

# **Het regionaal loket voor acute zorg**

Een programma van eisen voor  
telefonische toegang en regie

Opdrachtgever: CVZ

Riny Pepels  
Rutger Sonneveld  
Gerrie Lierens  
Tijn Kool

Utrecht, 12 juni 2006

## **Prismant**

Prismant is dé zakelijke dienstverlener voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Zij beschouwt het als haar opdracht om haar klanten te ondersteunen bij het formuleren, implementeren en evalueren van hun beleid, gericht op verbetering van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit haar betrokkenheid bij de Nederlandse gezondheidszorg wil Prismant toonaangevend zijn in de markt, betrouwbaar zijn als partner en excelleren op het gebied van advies, onderzoek, informatievoorziening en opleiding.

© Stichting Prismant, Utrecht, december 2005. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

### **Uitgever**

Prismant  
Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht  
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht  
Telefoon 030 - 2345 678  
Fax 030 - 2345 677  
E-mail [prismant@prismant.nl](mailto:prismant@prismant.nl)

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

© Prismant is een wettig gedeponeed dienst- en warenmerk.

p:\4351 cvz programma van eisen\programma van eisen\eindversie pve\rapport pve definitief.doc

## **Prismant**



**Antwoord op uw vragen**

# Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Inleiding: Waarom een regionaal loket voor acute zorg?          | 5  |
| 1. Wat is een regionaal loket voor acute zorg?                  | 7  |
| 1.1 Wat doet een regionaal loket?                               | 7  |
| 1.2 Afbakening  | 7  |
| 1.3 Proces op hoofdlijnen                                       | 8  |
| 2. Programma van eisen  | 11 |
| 2.1 Inleiding   | 11 |
| 2.2 Strategisch, bestuurlijke invalshoek                        | 12 |
| 2.3 Operationele invalshoek                                     | 13 |
| 2.4 Toetsende invalshoek  | 14 |
| 3. Bestuurlijke randvoorwaarden en eisen                        | 15 |
| 3.1 Samenwerkingsovereenkomst                                   | 15 |
| 3.2 Bestuurlijke structuur                                      | 15 |
| 4. Operationele eisen   | 19 |
| 4.1 Eisen aan de voorlichting en communicatie                   | 19 |
| 4.2 Eisen aan de telefonische toegang                           | 20 |
| 4.3 Eisen aan de triage   | 23 |
| 4.4 Eisen aan de regie  | 26 |
| 4.5 Eisen aan de advisering                                     | 29 |
| 5. Toetsingscriteria  | 33 |
| 5.1 Eisen vanuit patiëntenperspectief                           | 33 |
| 5.2 Wetgeving   | 34 |
| 5.3 Kwaliteitseisen   | 35 |
| 5.4 Inhoudelijke protocollen                                    | 36 |
| 6. Adviezen om tot een regionaal loket voor acute zorg te komen | 38 |



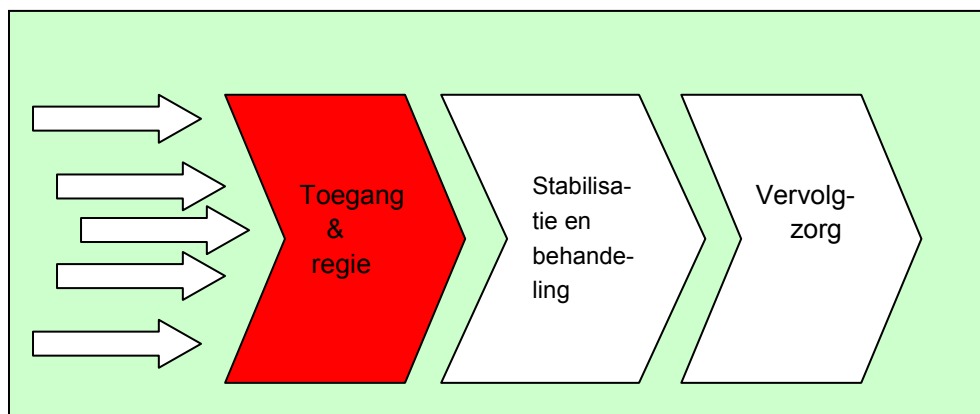


## Inleiding: Waarom een regionaal loket voor acute zorg?

Al een aantal jaren staat de acute zorg in Nederland in de schijnwerpers. Bijna maandelijks verschijnen er rapporten met een analyse van wat er beter kan in de acute-zorgketen. De conclusie is meestal dat de acute-zorgketen onvoldoende patiëntgericht en doelmatig is omdat patiënten niet goed weten waar zij met welke vraag naartoe moeten. Er zijn immers veel mogelijkheden zoals de huisartsenpost bellen, de eigen huisarts de volgende dag bellen, langs gaan bij de spoedeisende-hulpafdeling van het ziekenhuis, 112 bellen voor een ambulance, de spoedlijn van de thuiszorg bellen, de acute GGZ benaderen, *et cetera*. Er bestaan bovendien geen expliciete afspraken waar patiënten zich moeten melden. De Utrechtse meetweek toont aan dat er sprake is van een grote mate van telefonische "vervuiling"<sup>1</sup> Vaagheid is, kortom, troef doordat de toegang niet eenduidig is. Er is ook geen regie mogelijk binnen de acute-zorgketen over waar welke patiënt door welke hulpverlener moet worden geholpen. Het gevolg is dat patiënten met een relatief weinig urgente zorgvraag bij een huisartsenpost en/of spoedeisende hulp worden gezien.<sup>2</sup>

Alle rapporten en partijen zijn het erover eens dat verandering noodzakelijk is. De verwachting is dat veranderingen aan het begin van de keten in de functies Toegang en regie (zie schema 1 voor de drie hoofdfuncties) de samenhang in de acute-zorgketen fors kunnen verbeteren waardoor de patiëntgerichtheid en doelmatigheid toenemen.<sup>3</sup>

Schema 1 de hoofdfuncties in de acute zorgketen



Allereerst en bovenal is eenduidigheid in toegang en regie nodig voor acute zorgvragen, zowel voor levensbedreigende vragen als niet-levensbedreigende vragen. Het op één plaats brengen van deze beide functies voor alle schakels in de keten door middel van het introduceren van een regionaal loket (huisartsen, ambulance, ziekenhuis, thuiszorg, et cetera) kan de gewenste eenduidigheid creëren. Dit loket is toegankelijk voor alle patiënten met een acute zorgvraag via een landelijk telefoonnummer. Vanuit elke plek in het land is dit ene nummer te bellen en vindt er een doorschakeling naar het regionale loket voor acute zorg plaats. De triagist begeleidt patiënten met niet-levensbedreigende vragen, mede op basis van kennis van het actuele zorgaanbod in de

<sup>1</sup> M. de Bie-de Waal, Ying lie O, et al, Acute zorg in Utrecht, UMC Utrecht, Julius Centrum 2005.

<sup>2</sup> Zie voor een overzicht: J. Wiechers, T. Kool, et al, Gezamenlijk bouwen aan meer samenhang in de acute-zorgketen, Plexus Medical Group/Prismant, 2005

<sup>3</sup> C. Mastenbroek en F. van der Meer, Over schakels en functies, CVZ, Diemen, 2005.

regio, naar een volgende schakel in de acute-zorgketen of geeft het (zelfzorg)advies. Hij maakt daarbij met de eerste vragen onderscheid tussen wel of niet-levensbedreigende vragen om de eerste categorie naar de 112-organisatie door te kunnen spelen. Om de regie te kunnen voeren moet dit regionale loket met voldoende mandaat de stromen in de keten kunnen beïnvloeden en daarmee meer samenhang aan brengen in de acute-zorgketen.

Het doel van een regionaal loket voor acute zorg is derhalve om eenduidige toegang te creëren tot de acute-zorgketen en regie te kunnen voeren over die toegang. De verwachting is dat hierdoor de acute zorg patiëntgerichter en doelmatiger wordt.

Wanneer de toegang en de regie van de acute zorg vorm krijgen in zo'n regionaal loket, is het de vraag aan welke eisen een dergelijk loket moet voldoen. Ondanks de regionale invulling van de acute zorg in Nederland kan te veel regionale vrijheid leiden tot grote verschillen tussen regio's in de toegang tot en de kwaliteit van de acute zorg. Om tot de noodzakelijke homogeniteit te komen en aan de wettelijke en professionele eisen te voldoen heeft het College voor Zorgverzekeringen Prismant gevraagd een Programma van Eisen op te stellen voor een dergelijk regionaal loket voor acute zorg. Het doel van dit Programma van Eisen is om de regio's te faciliteren bij het inrichten van een dergelijk loket. Het geeft de wettelijke en praktische randvoorwaarden aan waar regio's rekening mee moeten houden wanneer zij via zo'n loket meer samenhang in hun acute-zorgketen willen brengen.

Het Programma van Eisen geeft niet aan hoe de regionale vormgeving van het loket voor acute zorg er precies moet uitzien. Dit is immers afhankelijk van de specifieke situatie in de regio.

Dit rapport presenteert het Programma van Eisen.

- In het eerste hoofdstuk komt aan de orde wat in grote lijnen een dergelijk regionaal loket voor acute zorg inhoudt.
- In het tweede hoofdstuk beschrijven we in grote lijnen wat het Programma van Eisen inhoudt.
- In hoofdstuk drie bespreken we de bestuurlijke eisen en randvoorwaarden die gelden voor een goed functionerend regionaal loket.
- In het vierde hoofdstuk werken we de operationele eisen en randvoorwaarden uit voor de vier deelprocessen te weten:
  - o voorlichting;
  - o telefonische toegang;
  - o triage en
  - o regie.
- In het vijfde hoofdstuk komt aan de orde aan welke wettelijke en professionele eisen en normen het regionaal loket moet voldoen.
- Ten slotte eindigen we in het zesde hoofdstuk met een aantal adviezen om een regionaal loket optimaal te laten functioneren.

# 1. Wat is een regionaal loket voor acute zorg?

Voordat we tot een Programma van Eisen kunnen komen, schetsen we wat het regionale loket in grote lijnen inhoudt, waartoe het dient, de afbakening en de processtappen op hoofdlijnen.

## 1.1 Wat doet een regionaal loket?

Een regionaal loket voor acute zorg biedt een eenduidige telefonische toegang voor patiënten met een acute zorgvraag. Het regisseert via triage en de hierop gebaseerde geadviseerde vervolgfunctie het verdere vervolg in de acute-zorgketen. Het regionale loket ontvangt alle acute zorgvragen uit de regio<sup>4</sup>. Een eenduidige wijze van telefonische triage in het loket bepaalt vervolgens de urgentie waardoor het loket de patiënt naar de juiste plek met de juiste deskundigheid kan verwijzen om de zorgvraag te beantwoorden. De triagist maakt hierbij met zijn eerste vragen onderscheid tussen levensbedreigend en niet-levensbedreigend en met de andere vragen tussen acuut en niet-acuut.

Het loket vormt derhalve een eerste stap voor patiënten in de acute-zorgketen. Het is een frontoffice dat de telefonische triage verzorgt en vervolgens de regie voert voor begeleiding van de patiënt naar de volgende schakels in de acute-zorgketen. Het loket zorgt tevens voor een goede documentatie van deze begeleiding en informeert de partners van de acute-zorgketen met de essentiële informatie uit de triage. Het frontoffice onderhoudt hiertoe contacten met alle aanbieders uit de acute-zorgketen. Het loket moet voor een adequate regie op de hoogte zijn van mogelijkheden, de beschikbare capaciteit en de vereiste logistiek bij de verschillende schakels van de keten.<sup>5</sup> Essentieel is tevens dat het regionaal loket voldoende mandaat heeft van alle betrokken partijen te weten de aanbieders, vragers en verzekeraars, om deze functies ook te kunnen vervullen. Ten slotte moet de organisatie voldoen aan de wettelijke en professionele eisen en normen.

## 1.2 Afbakening

Het regionaal loket voor acute zorg moet de ingang tot de acute-zorgketen zijn voor de patiënt:

- De patiënt kan met elke acute zorgvraag naar het loket bellen. Via triage zullen deskundigen beoordelen of er behoefte is aan acute zorg.
- Het 'loket' 112 blijft het toegangsnummer voor 'wanneer iedere seconde telt'. Daarnaast komt er een regionaal loket voor alle andere acute-zorgvragen. Met de keuze voor twee toegangsnummers wordt aangesloten bij de organisatie die voor de politie geldt (112/0900-8844) en wordt de 112-organisatie niet complexer gemaakt. Beide systemen moeten direct met elkaar kunnen communiceren, vooral in het geval dat het regionale loket wordt benaderd wanneer wel iedere seconde telt.

---

<sup>4</sup> Naast het telefonisch loket kan ook een fysiek regionaal loket voor acute zorg bestaan. Dit behelst veelal een samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende-hulpafdelingen van ziekenhuizen in of in de nabijheid van het ziekenhuis. Het fysieke loket vangt naast de reguliere stroom van patiënten die naar de huisartsenpost gaan ook een groot deel van de zelfverwijzers naar het ziekenhuis op. Ook deze stromen zullen zo veel mogelijk worden omgebogen naar het telefonisch loket voor acute zorg.

<sup>5</sup> C. Mastenbroek en F. van der Meer, Over schakels en functies, CVZ, Diemen, 2005

- Consumentenvoorlichting moet een belangrijk aandachtspunt zijn bij het ontwikkelen van het loket, zodat de toekomstige gebruikers hun weg kunnen vinden bij de telefonische toegang tot de acute zorg.

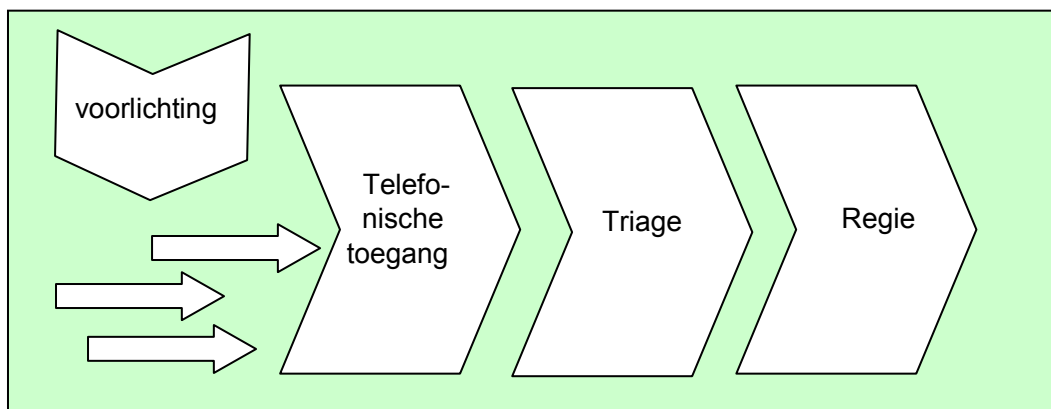
Het regionaal loket kent hierbij de volgende afbakening:

- Het loket beperkt zich in eerste instantie tot de avond, nacht en weekendzorg. Een uitbreiding naar 7 x 24 uur kan echter relatief eenvoudig plaatsvinden. Het principe van het regionale loket blijft immers hetzelfde. De praktische invulling zal anders verlopen.
- Het loket richt zich met name op de acute zorgvragen die momenteel terecht komen bij de huisartsenposten, ambulancediensten, meldkamers en spoedeisende-hulpafdelingen van ziekenhuizen. Globaal nemen wij echter ook de consequenties mee voor wanneer de acute zorgvragen van de thuiszorg, de GGz en de verloskundige zorg tot de acute keten zouden behoren. Het principe en de organisatie van het regionaal loket voor acute zorg blijft immers hetzelfde wanneer ook deze aanbieders hun acute zorgvragen leiden via het regionaal loket.
- Het regionale loket voor acute zorg beperkt zich tot eenduidige *telefonische* toegang van de acute zorg.

### 1.3 Proces op hoofdlijnen

Het regionale loket kent de volgende vier processtappen (zie schema 2):

*Schema 2: processtappen van de functie Toegang en regie*



#### 1. Zorgen voor telefonische toegang

Het doel is dat alle acute zorgvragen via een telefoonnummer bij het regionale loket binnenkomen. Het betreft dus vragen die nu binnenkomen bij de huisartsenposten, vragen die nu bij 112 binnenkomen maar daar niet horen en vragen van zelfverwijzers op en telefoontjes naar de spoedeisende-hulpafdeling van het ziekenhuis. Ook de zorgvragen die bijvoorbeeld via het algemene toegangsnummer van de politie, 0900 – 8844, binnenkomen maar een zorgkarakter hebben, worden doorgeleid naar het regionale loket voor acute zorg. Wanneer het loket een grote toegankelijkheid kent zullen ook zorgvragen geïnduceerd worden die momenteel vaak latent aanwezig zijn maar door de eerder geconstateerde drempels niet worden gesteld.

## 2. Voorlichting geven

Het loket kan alleen goed functioneren als het duidelijk wordt geprofileerd. Daar is goede voorlichting voor nodig over wanneer patiënten het loket kunnen bellen. Een loket voor acute zorg heeft naast een directe oplossende functie ook een belangrijke preventieve functie. Door goede voorlichting over acute zorg, zowel op landelijk niveau als regionaal, is het mogelijk om patiënten te informeren hoe zij met welke vragen bij het loket terecht kunnen, voor welke vragen zij beter hun huisarts kunnen benaderen en welke vragen zij eenvoudig zelf kunnen beantwoorden. Hiervoor zal het loket aandacht moeten besteden aan gestructureerde voorlichting die als integraal onderdeel van het proces kan worden gegeven. Een mogelijkheid is om een informatieve website te maken waar (potentiële) patiënten via een eenvoudige beslisboom zelf kunnen uitzoeken wat de mogelijke oorzaak is van hun probleem en waar zij terecht kunnen voor een oplossing. Een deel van de voorlichting zal standaard zijn voor alle regio's, een deel zal per regio specifiek kunnen worden ingevuld. Het betreft met nadruk voorlichting over acute zorg en niet gezondheidsvoorlichting in algemene zin. Daarvoor zijn andere communicatiemethoden en -kanalen.

## 3. Triëren

Bij binnenkomst van de acute zorgvraag bepaalt de triagist hoe urgent de zorgvraag is. Met zijn eerste vragen maakt hij onderscheid tussen levensbedreigende en niet-levensbedreigende situaties om, indien 'iedere seconde telt', direct door te schakelen naar de 112-organisatie. Het eindresultaat van de triage is de bepaling van urgentie, de benodigde deskundigheid van zorg en een advies voor een vervolg. Een eenduidig triagesysteem is daarbij noodzakelijk.

## 4. Regie voeren

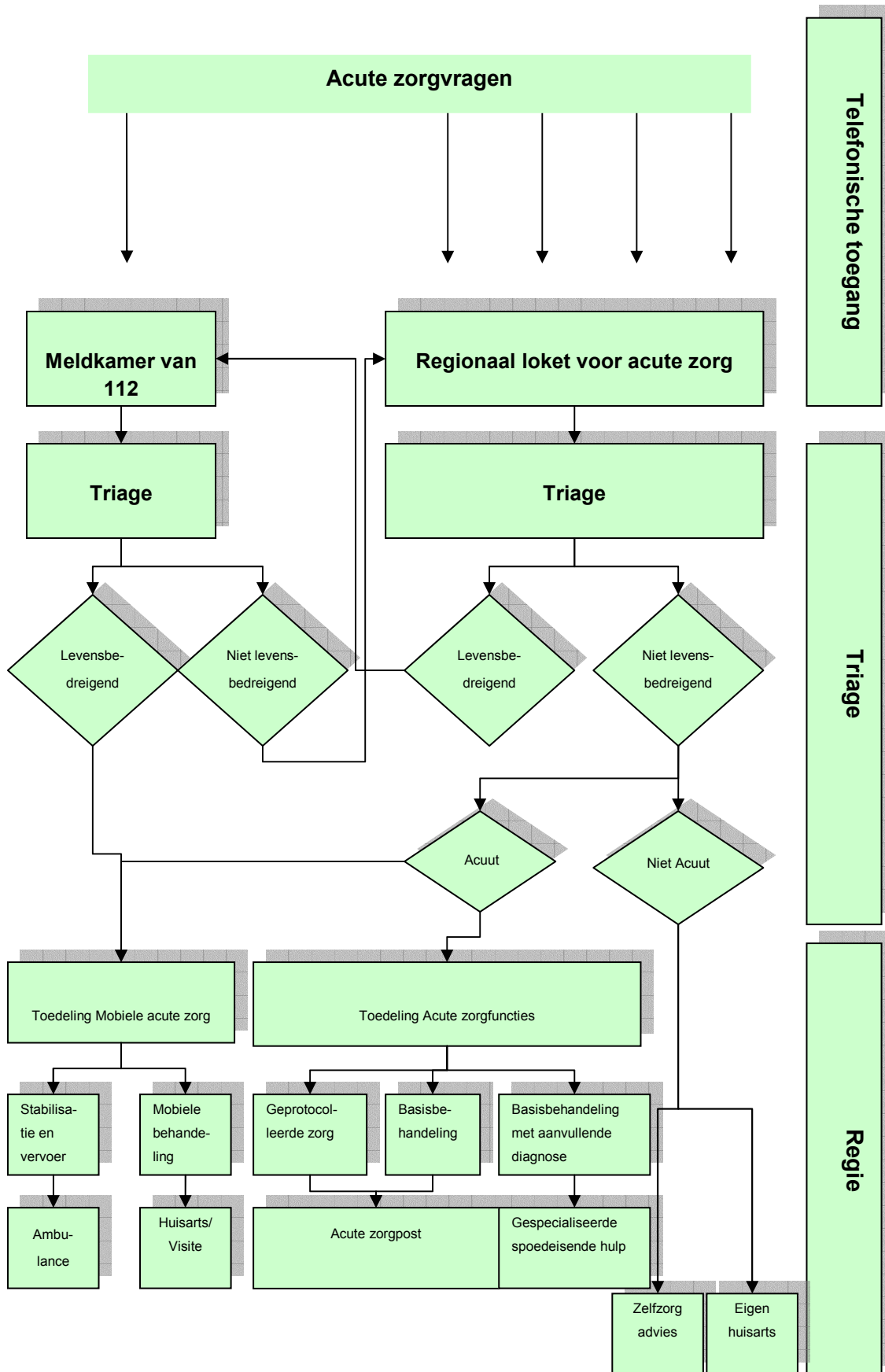
Het begrip 'regie' is voor meerdere uitleg vatbaar. Wij vatten het hier op als sturing van het logistieke proces'. Een centrale regie op het vervolg van de patiënt in de acute-zorgketen is nodig om ervoor te zorgen dat de patiënt ook daadwerkelijk binnen een genormeerd tijdsbestek terecht kan bij de aangewezen hulpverlener met de benodigde deskundigheid. Dit kan uiteenlopen van het sturen van een ambulance of de visite-arts, een telefonisch consult bij de huisartsenpost of spoedpost of een het geven van een zelfzorgadvies. Om deze regie goed uit te oefenen zijn er drie belangrijke randvoorwaarden:

- het loket moet beschikken over gegevens van de capaciteit van de verschillende regionale aanbieders;
- het loket moet inzicht hebben in de mogelijkheden van transport van de patiënt en
- het loket moet voldoende mandaat hebben om de capaciteit en vervoer in te zetten.

In sommige situaties kan het voor het regionale loket van belang zijn te kunnen beschikken over gegevens van patiënten uit delen van het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD) zoals uit het Waarneemdossier Huisartsen en het Elektronische Medicatiedossier. Het aanwezig zijn van een functionerend EPD is echter geen absolute randvoorwaarde om te beginnen met een regionaal loket.

De verschillende processtappen zullen we in de volgende hoofdstukken aan de hand van het Programma van Eisen verder uitwerken. Het proces is samengevat in onderstaand schema 3:

Schema 3 De processen van het regionaal loket voor acute zorg



## 2. Programma van eisen

### 2.1 Inleiding

Dit Programma van Eisen kan helpen om tot een regionaal loket voor acute zorg te komen. Het is op te vatten als een functioneel ontwerp voor de functie telefonische toegang en regie. Een dergelijk referentiemodel kan bovendien voorkomen dat er te grote verschillen ontstaan tussen regio's in de toegang tot en de kwaliteit van de acute zorg. In het voorgaande hoofdstuk zijn al verschillende randvoorwaarden genoemd waaraan de organisatie van het regionale loket moet voldoen. Dit hoofdstuk geeft in grote lijnen een inventarisatie van deze randvoorwaarden, bijvoorbeeld ten aanzien van de benodigde expertise, de uitkomsten van het proces, welke informatie beschikbaar moet zijn, aan welke wettelijke vereisten moet worden voldaan, *et cetera*. Het geeft aan waar de vier processtappen te weten telefonische toegang, voorlichting, triage en regie over de verschillende schakels aan moeten voldoen.

Dit Programma van Eisen is derhalve een houtskoolschets, een functioneel gericht ontwerp hoe regio's op hoofdlijnen zo'n zorgloket kunnen inrichten. Het zijn hoofdlijnen omdat de regio's zelf de inrichting ter hand moeten nemen. Wel zijn over de regio's heen een aantal algemene eisen en randvoorwaarden te stellen waaraan voldaan moet worden om met name de toegankelijkheid en kwaliteit te garanderen. Het Programma van Eisen zal dus niet verder gaan dan deze randvoorwaarden en eisen. De specifieke invulling hoe het regionaal loket verder wordt vormgegeven, is aan de regio's.

Het doel van dit Programma van Eisen is daarom tweeledig:

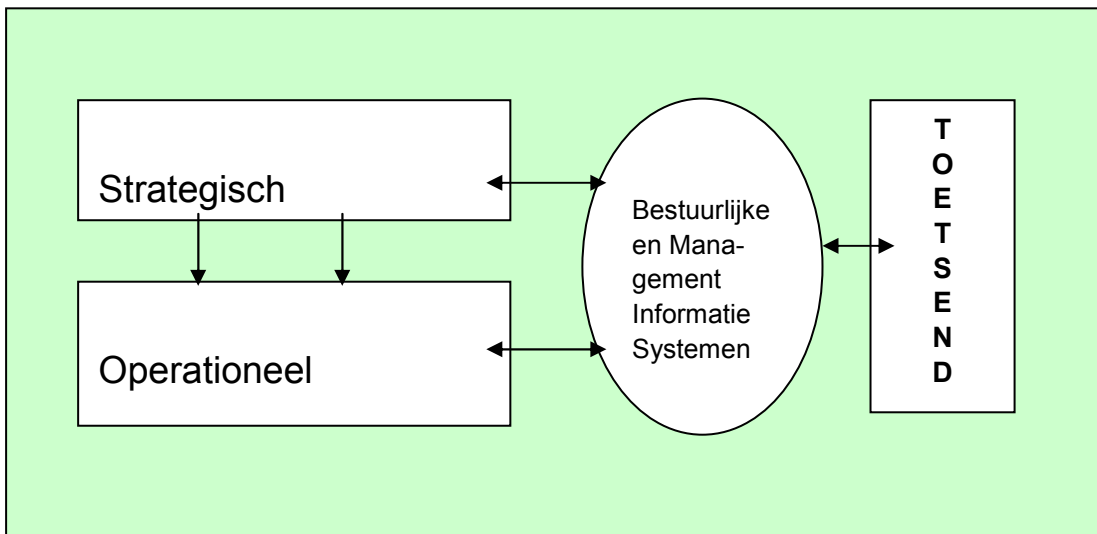
- het waarborgen op landelijk niveau van uniforme minimale eisen ten aanzien van met name toegankelijkheid en kwaliteit waaraan het regionale loket voor acute zorg dient te voldoen en
- het concretiseren van de mogelijkheden voor regio's voor zo'n loket om hen te faciliteren bij de inrichting ervan.

De beschrijving van het Programma van Eisen kent drie invalshoeken (zie schema 4):

1. een strategische en bestuurlijke invalshoek, gericht op het bereiken van (gezamenlijke) doelen en mandaat voor het regionaal loket;
2. een operationele invalshoek, gericht op de inhoudelijke vormgeving van het regionale loket voor acute zorg en
3. een toetsend kader, gericht op het voldoen aan de wettelijke en professionele eisen en normen.

Hieronder analyseren we eerst per invalshoek welke aandachtspunten de regio's moeten regelen in het Programma van Eisen. Deze aandachtspunten worden in dit hoofdstuk op abstract niveau gekenmerkt en vervolgens in de volgende twee hoofdstukken concreet uitgewerkt.

Schema 4 invalshoeken van het programma van eisen



## 2.2 Strategisch, bestuurlijke invalshoek

Het is van belang dat er duidelijkheid bestaat over de bestuurlijke inbedding van het regionale loket voor acute zorg. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden moeten helder zijn omschreven. Met name de volgende kenmerken zijn van belang:

- *instellen*

Allereerst is van belang welke partij(en) het initiatief nemen en er vervolgens voor zorgen dat het loket er daadwerkelijk komt en de zorgverzekeraar de functie telefonische toegang en regie kan inkopen. Helder moet zijn met wie de zorgverzekeraar hiervoor een contract kan sluiten. Hiervoor is het belangrijk dat duidelijk is wie welke taken heeft en dat mensen en budget daadwerkelijk beschikbaar zijn om een loket op te zetten.

- *besturen*

Daarnaast moeten er afspraken zijn over wie eindverantwoordelijk is voor de keuzes die het loket maakt. Het bestuur zal het proces, de structuur en de uitkomsten aan van te voren opgestelde eisen en indicatoren toetsen. Het zal informatie willen hebben ten aanzien van kwaliteit en of het loket de bedoelde resultaten en doelen bereikt binnen de organisatorische randvoorwaarden. Het loket moet daarom over een adequaat bestuurlijk informatie systeem (BIS) en een management informatie systeem (MIS) beschikken.

- *uitvoeren*

Ook moet helder zijn wie er voor zorgt draagt dat er continuïteit is. Wie is verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken en wie zorgt ervoor dat de regiefunctie bijvoorbeeld ook daadwerkelijk wordt gebruikt?

Regio's vullen deze invalshoek voldoende in door afspraken over de verantwoordelijkheid voor het instellen, uitvoeren en toetsen gezamenlijk vast te leggen voor de acute-zorgketen in zijn geheel en voor de verschillende deelprocessen daarbinnen.

Om te voorkomen dat sommige patiënten tot geen van de regio's behoren, is een belangrijke voorwaarde dat Nederland volledig "gedekt" is door bestuurlijke eenheden. Van welke regio-indeling daarbij wordt uitgegaan – veiligheidsregio's, de tien regio's rond de traumacentra of een

andere indeling – is niet van belang. Het gaat erom dat de aangrenzende regio's duidelijke afspraken hebben. De regio's zullen voor een belangrijk deel volgens een groeistrategie tot stand komen. Klein beginnend kunnen de regio's door schaalvergroting toewerken naar een efficiënte indeling in regio's, waardoor tevens 'grensproblemen' die zich bij kleinere regio's voordoen, worden opgelost.

## 2.3 Operationele invalshoek

In het vorige hoofdstuk zijn de vier operationele hoofdprocessen beschreven te weten telefonische toegang, voorlichting, triage en regie. De volgende kenmerken zijn bij deze processen van belang:

- *profilering*

De profilering van het regionale loket maakt voor burgers helder wat een loket voor acute-zorgvragen is en welke partijen betrokken zijn en wat er gebeurt. Bekendheid bij burgers dat het loket bestaat is een essentiële voorwaarde voor goed functioneren. Bekendheid van wanneer en onder welke omstandigheden en voorwaarden het loket functioneert, is minstens zo belangrijk.

- *bereikbaarheid*

Voor patiënten die het loket willen bellen moet het praktisch bereikbaar zijn. De bereikbaarheid van het loket voor acute zorg is één landelijk herkenbaar nummer dat door middel van goede voorlichting voor alle burgers te bereiken is, zonder hoge kosten. Zowel voor de vaste als de mobiele telefonie komt de beller terecht bij het loket waar hij zich het dichtst bij bevindt.<sup>6</sup> Bereikbaarheid impliceert ook dat de initiële wachttijd tot het eerste contact met het loket tot een minimum is beperkt.

- *toegankelijkheid*

De toegankelijkheid houdt in dat het loket in eerste instantie toegankelijk is voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ook impliceert toegankelijkheid een klantgerichte attitude van het loket, dat in eerste instantie open staat voor alle acute zorgvragen.

- *deskundigheid*

De triagisten en de supervisors moeten over voldoende competenties en functieniveau beschikken om de acute zorgvragen goed te begeleiden. Landelijke richtlijnen voor een vereist functieniveau geven richting aan de personele invulling van het loket om te voorkomen dat er risicovolle situaties ontstaan waarbij de patiëntveiligheid in het geding is. De (huis-)arts van het loket voor acute zorg is volgens de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg eindverantwoordelijk voor de zorguitoefening. Bij het loket betekent dit dat de arts de eindverantwoording heeft voor de triage en voor het advies en de inzet van de juiste zorg.

- *fysieke infrastructuur*

De lokalisering van het loket moet aan bepaalde eisen voldoen. Wat is bijvoorbeeld de minimale en maximale regio-omvang? Een ander aspect van de fysieke infrastructuur is de plaats waar het loket gaat functioneren. Bij welke partner(s) wordt het loket ondergebracht? En aan welke eisen bijvoorbeeld ten aanzien van arbeidsomstandigheden moet de fysieke omgeving voldoen?

---

<sup>6</sup> Op dit moment is dat voor mobiele telefonie nog niet mogelijk maar binnenkort wel.

- *technische infrastructuur*

De technische infrastructuur houdt alle ICT-infrastructuur in die nodig is voor het realiseren van het regionale loket voor acute zorg. Dit betekent de aanwezigheid van een goed functionerend eenduidig systeem dat de triage ondersteunt. De uitkomsten van dit systeem moeten adequate regie mogelijk maken. Dit zal in de toekomst ook betekenen dat de elektronische medische dossiers beschikbaar zijn om een goede beoordeling mogelijk te maken. De technische infrastructuur behelst ook de telecomvoorzieningen met bijbehorende systemen, de *callcenter* faciliteiten zoals uitleesbord en een systeem *fall back* voor alle voorzieningen. Bovendien zijn technische koppelingen tussen het loket voor acute zorg en 112 of andere diensten van belang. Deze infrastructuur moet het mogelijk maken om binnen normtijden de vraag te ontvangen, te beoordelen en snel te handelen afhankelijk van de urgentie.

- *organisatorische infrastructuur*

Het regionale loket vormt een organisatie met een personele bezetting, procedures en informatiestromen. Afhankelijk van het te verwachte aantal acute zorgvragen moeten regio's keuzes maken over het aantal medewerkers dat in dienst komt, hoe de benodigde medewerkers worden georganiseerd, hoe de communicatie verloopt, intern en extern. De organisatie moet personele en administratieve procedures opstellen. Daarbij komen aan de orde wie welke taak en verantwoordelijkheden heeft, waar de overdrachtsmomenten in de processen liggen en hoe deze worden georganiseerd en wat voor informatie beschikbaar is voor wie en wanneer?

Aan het einde van dit hoofdstuk wordt in een matrix per processtap een overzicht van de eisen gegeven die in hoofdstuk 5 worden uitgewerkt.

## 2.4 Toetsende invalshoek

De uitkomsten van het loket moeten worden getoetst:

- a) aan de door de regionale partijen gezamenlijk geformuleerde prestatie-indicatoren. In dit Programma van Eisen zijn in paragraaf 5.1 bijvoorbeeld de eisen opgenomen zoals ze door de patiëntenorganisaties verwoord zijn.
- b) aan wetgeving zoals de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst, de Zorgverzekeringswet, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen. De eisen gesteld in het programma dienen niet strijdig te zijn met deze wetgeving.
- c) aan professionele normen en kwaliteitskaders zoals de NEN 7510 norm, die de informatiebeveiliging in de zorg beschrijft, en HKZ-kwaliteitsschema's zoals voor ketenzorg en CPA's. De eisen gesteld in het programma dienen niet strijdig te zijn met deze normen.

In het vierde hoofdstuk werken we de operationele vereisten verder uit. Eerst gaan we in het derde hoofdstuk dieper in op de bestuurlijke randvoorwaarden en eisen. In het vijfde hoofdstuk werken we de toetsende invalshoek verder uit en in hoofdstuk zes geven we een aantal adviezen om tot een regionaal loket te komen.

## 3. Bestuurlijke randvoorwaarden en eisen

### 3.1 Samenwerkingsovereenkomst

Om met een loket voor acute zorg van start te gaan is het belangrijk dat er formele overeenstemming bestaat over de verantwoordelijkheidsverdeling over alle betrokken partijen. Wie zijn verantwoordelijk waarvoor en welke vrijheidsgraden zijn daarbij? Het is immers een regionale verantwoordelijkheid dat het loket er komt en goed functioneert. Er moet derhalve een gemeenschappelijk gevoel zijn over de urgentie van een dergelijk loket dat vervolgens vertaald wordt naar een samenwerkingsovereenkomst, bijvoorbeeld in de vorm van een convenant. In zo'n convenant regelen de partijen de bestuurlijke en uitvoerende verantwoordelijkheden. Het convenant benoemt de betrokkenheid van alle partijen en zet deze om in organisatorische taken. Ten slotte regelt zo'n convenant ook de basisafspraken over de financiering van zo'n regionaal loket. De regio zal geld moeten vrijmaken om een regionaal loket voor acute zorg te starten. Hoe financiert de regio de investering voor personeel, de locatie en de infrastructuur? Hierbij zal een belangrijk onderdeel zijn om rekening te houden met inkomstenderving van bepaalde zorgaanbieders.

### 3.2 Bestuurlijke structuur

Het kan zijn dat er een 'stichting regionaal acuut zorgloket' komt met in het bestuur de deelnemende partijen. Een aparte bestuurlijke structuur is overigens niet absoluut noodzakelijk. Er zijn ook andere oplossingen denkbaar. Regio's kunnen de partijen binden door een bestuurlijke schil over de bestaande platforms te leggen met nieuwe bestuurlijke verantwoordelijkheid. Een stichting is formeel krachtiger maar een 'lossere' structuur is flexibeler en makkelijker te realiseren. Minimaal is noodzakelijk dat formeel wordt aangegeven wie initieert, wie uitvoert en wie bestuurt. Deze vragen zijn nodig om de bestuurlijke structuur en mede daarmee de rolverdeling vast te kunnen stellen. Dat leidt tot het overzicht zoals hieronder geschetst in schema 6 met daarin bepaald: wie wanneer wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is, maar evenzeer hoe de sturing aan doelen en wet(regels) gaat.

Schema 5 Een verantwoordelijkheidsverdeling

| Regionale partijen:            | Verantwoordelijkheden: |           |          |
|--------------------------------|------------------------|-----------|----------|
|                                | Instellen              | Uitvoeren | Besturen |
| Traumacentra                   |                        |           |          |
| Huisartsenposten               |                        |           |          |
| Huisartsen                     |                        |           |          |
| Ziekenhuizen                   |                        |           |          |
| Ambulancevoorzieningen         |                        |           |          |
| Verzekeraars                   |                        |           |          |
| Landelijke overheid            |                        |           |          |
| Provinciale overheid           |                        |           |          |
| Gemeentelijke overheid         |                        |           |          |
| IGZ                            |                        |           |          |
| Patiënten/Consumentenplatforms |                        |           |          |
| GHOR-functionaris              |                        |           |          |
| Meldkamer Politie en Brandweer |                        |           |          |

### 3.2.1 Instellen

Alle genoemde partijen hebben belang bij het regionale loket voor acute zorg. Maar wie moet het initiatief nemen, wie heeft het grootste belang? De minister van VWS heeft in de Wet Toelating Zorginstellingen aangegeven dat de traumacentra het initiatief moeten nemen om de betrokken partijen bij elkaar te roepen in een regionaal acute-zorgoverleg. Een van de opties is dat dit overleg ook het initiatief neemt tot een regionaal loket. Dit zal echter per regio verschillen. In sommige regio's zal bijvoorbeeld de holding van alle huisartsenposten een dusdanige invloed uitoefenen dat zij het initiatief neemt. Weer andere regio's kennen reeds een krachtig informeel acute-zorgoverleg dat het initiatief zal nemen.

Voor de zorgverzekeraars moet helder zijn met welke partij of partijen zij een contract sluiten voor het leveren van de functie telefonische toegang en regie.

### 3.2.2 Besturen

Een mogelijkheid is om een bestuur in te stellen met daarin vertegenwoordigers van alle deelnemende partijen uit de acute-zorgketen<sup>7</sup>. Zij kunnen de belangen behartigen van hun achterban. Ook zijn zij verantwoordelijk voor overleg en samenwerking met andere regio's. Binnen dit bestuur kan een dagelijks bestuur acteren dat zorg draagt voor de voorbereiding van vergaderingen maar ook het contact is naar de andere partijen en het dagelijks management voert. Zo' n dagelijks bestuur is ook eindverantwoordelijk voor de operationele gang van zaken. Zij verzorgt de rapportages via het MIS en het BIS aan het gehele bestuur en daarmee de respectievelijke achterbannen.

Het bestuur moet duidelijke doelen stellen en deze toetsten aan wet- en regelgeving. Regelmatig organiseert het bestuur een audit om te analyseren of de gestelde doelen worden bereikt.

<sup>7</sup> We beperken ons hier tot het bestuur van het loket voor acute zorg. Wanneer het zorgloket deel uit maakt van een acute-zorgketen dan ligt het voor de hand dat het bestuur de gehele keten aanstuurt en er verantwoordelijk is.

### 3.2.3 Uitvoeren

Om de verantwoordelijkheidsstructuur eenvoudig te houden, is het aan te raden de operationele verantwoordelijkheid bij een van de partijen neer te leggen. Deze partij heeft hierbij de leidinggevende rol waarvoor de andere partijen mandaat op terreinen moeten verlenen.



## 4. Operationele eisen

In de onderstaande vier paragrafen werken we de eisen uit die het Programma van Eisen stelt aan de vier processtappen van het regionale loket voor acute zorg te weten telefonische toegang, voorlichting, triage en regie. Bij de beschrijving volgen we een vaste structuur met de zes belangrijkste operationele aandachtspunten voor een regionaal loket voor acute zorg te weten:

- de profilering;
- de bereikbaarheid en toegankelijkheid;
- de deskundigheid;
- de fysieke infrastructuur;
- de technische infrastructuur en
- de organisatorische infrastructuur.

### 4.1 Eisen aan de voorlichting en communicatie

#### *Profilering*

De organiserende partijen zullen de burgers duidelijk moeten maken hoe zij het loket kunnen bereiken en met welke vragen zij terecht kunnen bij het loket. Een deel van de profilering zal landelijk uniform moeten geschieden zoals de keuze voor een nummer. Dergelijke landelijke voorlichtingscampagnes zijn bij de start van zo' n regionaal loket van groot belang om de innovatie in de markt te zetten. Maar campagnes zijn ook structureel nodig om de aandacht van de burgers te houden.

Profilering dient echter ook per regio te gebeuren; de invulling van het loket voor acute zorg kan per regio verschillen. Het moet duidelijk zijn met welke vragen burgers zich bij het loket kunnen melden bijvoorbeeld wel of niet verloskundige zorg. Door de profilering moet het loket voor acute zorg een duidelijk focuspunt zijn in de regio: patiënten moeten niet nadenken maar meteen contact kunnen zoeken via dat ene (landelijke) nummer. De techniek zorgt voor de juiste routing in relatie met de urgentie van de benodigde acute zorg. Zonder goede voorlichting voor het publiek zal een regionaal loket voor acute zorg niet goed functioneren en blijven 'verkeerde' telefoontjes bij het loket binnenkomen.

*Een goed voorbeeld van voorlichting over acute zorg is de website van NHS Direct in Southampton waarin aan de hand van vragen helder wordt gemaakt of het om een spoedgeval, acute zorg of routine zorg gaat en hoe de patiënt in dergelijke situaties moet handelen. Ook is aangegeven bij welke symptomen sprake is van levensbedreigende spoed en '112' gebeld moet worden. Als patiënten dan nog onzeker zijn, krijgen ze het advies te bellen met het (landelijk)nummer van NHS Direct, waarbij ze verder worden geholpen.*

Behalve de voorlichting aan burgers is ook een goede communicatie met burgers van belang, zowel bij de ontwikkeling van het loket voor acute zorg als bij de instandhouding ervan. Regionale patiënten- en cliëntenorganisaties denken vanuit patiëntperspectief mee over de inrichting en het functioneren van het loket; zo heeft de Utrechtse regio criteria opgesteld vanuit patiëntperspectief voor de acute zorg die inmiddels landelijk zijn overgenomen. Regionale inkleuring blijft van belang, want wat voor de patiënt in Groningen geldt hoeft niet per definitie ook voor patiënten in de regio Amsterdam zo te zijn. Via patiënttevredenheidsevaluaties en/of paneldiscussies met patiënten(-vertegenwoordigers) in de acute-zorgketen is optimaliseren en afstemming op de wensen van patiënten mogelijk.

### *Bereikbaarheid en toegankelijkheid*

De voorlichting op landelijk niveau moet duidelijk maken dat het loket voor acute zorg te bereiken is onder één landelijk telefoonnummer zonder hoge kosten en met een maximum wachttijd. Op regionaal niveau dienen de partijen de burgers te informeren over de verschillende partijen die mee doen en daarmee de soort vragen die behandeld kunnen worden.

### *Deskundigheid*

Bij een goede positionering van het regionale loket voor acute zorg is het belangrijk potentiële gebruikers te informeren welke professionals in welk deel van de afhandeling van de vraag hen te woord staan. Het is bijvoorbeeld voor veel patiënten moeilijk te begrijpen dat zij niet direct een arts aan de telefoon krijgen maar een triagist. Het is belangrijk dat iedere beller weet wie ze wel aan de telefoon krijgen en wat haar rol is en dat, wanneer het nodig is, een arts direct kan inspringen en bovendien alle telefoontjes zal superviseren.

### *Fysieke infrastructuur*

De regio kan de voorlichting onderbrengen als onderdeel van het regionale loket of dit proces beleggen bij een van de partijen.

### *Technische infrastructuur*

Regio's kunnen veel gebruik maken van voorlichting via een internetsite of andere media. Zo kan een regio gebruik maken van lokale media opdat duidelijk wordt voor burgers waar zij terecht kunnen met hun acute zorgvragen.

### *Organisatorische infrastructuur*

Een belangrijke onderdeel van de voorlichting is duidelijk te communiceren welke zorgaanbieders meewerken aan het loket voor acute zorg. Deze zorgaanbieders moeten vervolgens eensluidende voorlichting geven over de toegankelijkheid en functie.

In de communicatie met gebruikers van het loket voor acute zorg is het van belang duidelijk te maken bij wie ze terecht kunnen als ze niet tevreden zijn over de dienstverlening van het loket. In het verlengde daarvan is het instellen van een klachtenregeling een belangrijke voorwaarde.

## 4.2 Eisen aan de telefonische toegang

### *Profilering*

Het loket voor acute zorg moet zo worden gepositioneerd dat burgers geen drempels hoeven te ervaren om met het loket te bellen wanneer zij een acute zorgvraag hebben. Dit moet duidelijk worden gecommuniceerd met de potentiële gebruikers. Ook moet glashelder zijn wanneer ze terecht kunnen bij het loket. Dit Programma van Eisen gaat uit van bereikbaarheid tijdens ANW-diensten, maar in de toekomst is het ook mogelijk om dit uit te breiden naar 7 x 24 uur.

### *Bereikbaarheid en toegankelijkheid*

Voor de eisen van de telefonische bereikbaarheid voor het opnemen en beantwoorden van de telefoon maakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderscheid tussen spoedvragen en overige vragen. Op basis van onderzoek naar de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenposten heeft de IGZ voor spoedvragen (U1 en U2) de volgende eisen geformuleerd, gebaseerd op de door de huisartsenposten geformuleerde KKK-eisen<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> IGZ Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten, Den Haag, juni 2005

- 90% van de bellers heeft binnen 30 seconden persoonlijk contact met de triagist ; langer dan 60 seconden is niet acceptabel;
- uit oogpunt van bereikbaarheid is inzet van directe nummers te verkiezen boven een voice response systeem (VRS) of een 0900-nummer;
- bij handhaving van dit VRS moeten enkele maatregelen worden getroffen, zo dient het systeem een sneltoets te bezitten waardoor de triagist direct bereikbaar is.
- bij gebruik van 0900-nummers mogen geen langere wachttijden ontstaan dan bij een regulier nummer.

De eis van de IGZ dat bellers met een spoedvraag niet dienen te worden doorverwezen naar een ander nummer bijvoorbeeld 112, maar door de dienstdoende huisarts direct te worden overgenomen/opgenomen en door de post te worden afgehandeld, is voor de door ons geschetste organisatie minder relevant; het regionaal loket moet snel kunnen schakelen met 112 en vice versa. Een belangrijk doel is dat bellers met een acute zorgvraag altijd ergens terecht kunnen en komen en dus niet 'kwijt raken' in de acute-zorgketen, ook wanneer ze niet in eerste instantie het juiste nummer hebben gebeld.

### *Deskundigheid*

Triagisten regelen de telefonische toegang. Het is van groot belang de deskundigheid van de triagisten goed te beschrijven in competentie-eisen en functieniveau. Zij moeten geschikt zijn om snel en deskundig de triage uit te voeren. Daarom zijn voor deze functie goed opgeleide triagisten noodzakelijk. Dit betekent dat zij

- over voldoende medische kennis moeten beschikken;
- de geëigende methoden en technieken die opgenomen zijn in het triage-systeem dienen te beheersen;
- moeten beschikken over een aantal persoonskenmerken aansluitend bij gedragscompetenties en
- een ruime en brede kennis en ervaring moeten hebben in het omgaan met acute zorgvragen.

Om de functie van triagist goed uit te oefenen is daarom praktijkervaring in de acute zorg, bijvoorbeeld op een spoedeisende-hulpafdeling van een ziekenhuis, een vereiste. Regio's zullen zelf moeten kiezen of zij van oorsprong verpleegkundigen, doktersassistenten of een mix hiervan inzetten. In alle gevallen zullen de professionals opnieuw getraind moeten worden om te kunnen functioneren in een regionaal loket voor acute zorg. Naast de medische kennis hebben ervaringen met de call-centra van NHS Direct in Engeland uitgewezen dat ook een aantal algemene vereisten van belang zijn. Deze zijn: inlevingsvermogen, het hebben van een prettige telefoonstemsysteem, communicatief vaardig en stressbestendigheid<sup>9</sup>.

De IGZ stelt de eis dat (huis)artsen de werkzaamheden van triagisten binnen een bepaald tijdsbestek superviseren.<sup>10</sup> De arts neemt niet zelf de telefoon aan maar kan als achterwacht fungeren voor overleg door de triagisten. In bijzondere gevallen moet hij het telefoongesprek kunnen overnemen. Aanwezigheid is daarom noodzakelijk. Zij dienen bovendien ruime ervaring te hebben met acute zorg.

Duidelijk is dat triage in het regionale loket voor acute zorgvragen hoge eisen stelt aan de triagisten en de (huis-)artsen en dat klinische ervaring vereist is. Behalve de aandacht te richten op de individuele kwaliteiten van de triagist, is het ook van belang de aandacht te richten op de combi-

<sup>9</sup> Naar voren gebracht in de presentaties bij bezoeken aan twee call-center van NHS Direct; een in North East London en een in North Central London, februari 2006. In Nederland heeft het MOBG ook al onderzoek gedaan naar de gedragscomponenten die van belang zijn voor telefonische triage.

<sup>10</sup> IGZ Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten, Den Haag, juni 2005

natie van de vereiste deskundigheden voor de organisatie van het loket. Dit zal mogelijk een opwaartse druk op de competenties van de bemensing van het regionaal loket geven.

Naast de vereiste competenties is van belang dat ook de verantwoordelijkheden tussen de verschillende disciplines geregeld zijn. Wie is waar aanspreekbaar op? Dit geldt bovendien niet alleen binnen het loket maar dient ook in relatie tot de ander voorzieningen in de acute zorg te worden geregeld. Stel de spoedpost of een spoedeisende hulpafdeling in het ziekenhuis verwijst een patiënt eerst naar het regionale loket en in de tussentijd verslechterd de situatie sterk? Wie is dan aansprakelijk?

#### *Fysieke infrastructuur*

Nadat bepaald is welke partijen gaan meewerken binnen het regionale loket voor acute zorg moet de regio bepalen in welke omgeving het loket komt. De locatie moet geschikt zijn voor *call-center*-achtige activiteiten zoals rustige omgeving, geluidsabsorptie en mogelijkheden tot ontspanning tussen de telefoontjes door. Er moet makkelijke communicatie met de meldkamer en andere deelnemende partijen mogelijk zijn. Dit kan bijvoorbeeld door aanhaking aan bestaande structuren zoals huisartsenposten of meldkamers, zeker wanneer er al sprake is van co-locatie.

#### **Co-locatie voor spoedeisende zorg**

*In de Utrechtse situatie zijn op de gezamenlijke meldkamer van de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht, politie en brandweer reeds plekken ingericht voor de thuiszorg en andere potentiële deelnemers aan de acute-zorgketen. Gekozen is voor werkplekken dicht bij elkaar waardoor directe communicatie mogelijk is. Maar bij de triage en inzet van de benodigde zorg wordt uitgegaan van de gescheiden werkprocessen. De acute zorgvragen die binnenkomen voor de thuiszorg worden vervolgens door een triagist van de thuiszorg getriëerd en geregistreerd. Hij kan daarbij in de toekomst ook gebruik maken van het centrale planningssysteem dat de ambulance, de ambulanceauto's van de HAP en de thuiszorg-auto's inzet. Op de tijden dat het aantal telefoontjes zeer gering is kan een geïntegreerd loket voor acute zorg de werkprocessen combineren en triagisten breed inzetten.*

#### **Opties voor locatie van het loket**

*In de eindrapportage Acute Zorg in de Regio Almelo<sup>11</sup> heeft de projectgroep een aantal opties voor het regionale loket voor acute zorgvragen op een rijtje gezet. De opties zijn:*

- *uitbesteding aan andere huisartsenpost of gespecialiseerd call center;*
- *integratie van het (telefonische) loket met de (fysieke) spoedpost en*
- *co-locatie met de meldkamer ambulancezorg.*

*In de groep zijn de opties op verschillende aspecten beoordeeld; zoals de mogelijkheid voor gebruikmaking van kennisdeling met collegiale specialismen op het gebied van telefonische triage en van de logistieke deskundigheid van de meldkamercentralisten voor aansturing bij de mobiele acute-zorgfunctie. Maar ook de behoefte aan feedback op de telefonische en fysieke triage en het persoonlijk kennen van de patiënt.*

*Tevens zijn de opties beoordeeld op aspecten van: kwaliteit, duidelijkheid, bereikbaarheid/beschikbaarheid, toekomstvastheid bij schaalvergroting, doelmatigheid, patiënt- en medewerkerstevredenheid en organisatorische consequenties.*

*Bij deze afweging is de eerste optie gesneuveld, mede omdat eerdere ervaringen met een landelijke call center niet goed zijn uitpakkt. Kennis van de regionale sociaal-culturele aspecten en*

<sup>11</sup> W. van de Worp / G. Vixseboxse; Acute zorg in de regio Almelo; eindrapportage van het project Integratie acute zorg Almelo en omstreken; Almelo, versie 2 mei 2005.

*zorgkaart is bepalend voor de schaal waarop een dergelijke telefooncentrale effectief kan functioneren. Met name bij het uitoefenen van de regiefunctie is dit van belang. De laatste twee opties zijn volgens het rapport goede alternatieven, maar de betrokken partijen wegen de argumenten verschillend, waardoor er geen eensluidend advies uit de Stuurgroep is voortgekomen.*

#### *Technische infrastructuur*

De locatie waar het loket zich bevindt moet in het bezit zijn van een telecominstallatie met *call center* faciliteiten die voldoen aan de eisen die hierboven worden gesteld. Er moet voldoende technische capaciteit zijn om een piek van telefoontjes op te vangen en er moet een mogelijkheid zijn om uitval op te vangen door bijvoorbeeld over te schakelen naar een ander regionaal loket. Bij rampen moet de infrastructuur probleemloos kunnen worden aangesloten op de structuur voor Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR).

Daarvoor dient het loket voor acute zorg over een noodplan ten aanzien van de bereikbaarheid te beschikken<sup>12</sup>, waarin een regeling is opgenomen voor storingen en overbelasting. Dit noodplan dient aanwijzingen te bevatten voor wat te doen bij:

- uitval eigen centrale;
- uitval bij centrale telefoonmaatschappij;
- uitval stroomvoorziening en
- brand of andere zaken waardoor het loket niet op locatie kan werken.

*Een apart nummer voor het regionale loket voor acute zorg zal volgens sommigen problemen met zich mee kunnen brengen. Zij vrezen dat zo' n nummer op dit moment nog te veel technische storingen zal opleveren. Voor 112 is het nu bijvoorbeeld nog niet mogelijk om de meldingen via de mobiele telefoon bij een regionale meldkamer binnen te laten komen. Deze komen nu nog bij de KLPD in Driebergen binnen. In de nabije toekomst zal dat wel kunnen.*

#### *Organisatorische infrastructuur*

Om de telefonische toegang te garanderen is voldoende personeel nodig om de te verwachten stroom bellers te woord te staan en flexibel te kunnen reageren op piektijden. Tevens is van belang dat in geval van calamiteiten extra personeel oproepbaar is.

## 4.3 Eisen aan de triage

#### *profilering*

Voor de burgers is het van belang goed te weten dat het loket levensbedreigende problemen direct doorstuurt naar de meldkamer voor 112. Burgers moeten ook weten dat triagisten een aantal vragen stellen dat van belang is om de meest geschikte zorg voor hen te organiseren.

#### *bereikbaarheid en toegankelijkheid*

Het vaststellen of er sprake is van een levensbedreigende situatie moet binnen vijftien seconden plaatsvinden. Dit is een internationaal vastgelegde norm. Bij de overige vragen van de triage draait het deels om snelheid door met een maximaal gemiddelde gespreksduur te werken. Van groot belang is tevens de juistheid van de urgentiebepaling en de benodigde deskundigheid. Dit stelt kwalitatieve eisen aan het triagesysteem.

<sup>12</sup> IZG Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten, Den Haag, juni 2005

### *deskundigheid*

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (LAMP), de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV) en GGZ Nederland hebben een eerste aanzet gegeven tot een geïntegreerd triagesysteem dat geschikt is om de triage voor een loket voor acute zorg te verrichten<sup>13</sup>. Dit Nederlands Triage Systeem (NTS) heeft de steun van de drie belangrijkste bij de triage betrokken beroepsgroepen te weten de huisartsen, de ambulanceverpleegkundigen en de spoedeisende-hulpverpleegkundigen. Maar ook de GGZ heeft zich aangesloten, omdat herkenning van psychosociale en verslavingsproblematiek van groot belang is in de triage. De scholing dient daar aandacht aan te besteden.

De toekomstige triagemethodiek is gebaseerd op een uniforme urgentieclassificatie (zie schema 6), een uniforme methodiek van triage, algemene en specifieke (klachtgerelateerde) triagecriteria.

Een belangrijke eis zal daarom zijn dat de triagisten van de regionale loketten dit systeem en de daaraan gekoppelde triagemethodiek kunnen hanteren. Het doel van de methodiek is dat de professional snel aan iedere patiënt een urgentie en een vervolgtraject kan toekennen<sup>14</sup>. Ook hiervoor geldt dat de triagist goed moet zijn opgeleid.

### *Schema 6 Urgentieclassificering in het Nederlands Triage Systeem*<sup>15</sup>

| <b>Categorie</b> | <b>Naam</b>      | <b>Klinische prioriteit</b>             |
|------------------|------------------|---|
| <b>U 1</b>       | Levensbedreigend | Onmiddellijk                            |
| <b>U 2</b>       | Spoed            | Zo snel mogelijk                        |
| <b>U 3</b>       | Dringend         | Binnen enkele uren                      |
| <b>U 4</b>       | Niet-dringend    | Geen tijdsdruk, wel dezelfde dag/dienst |
| <b>U 5</b>       | Advies           | Volgende werkdag                        |

In de toekomst zullen op basis van 'evidence' en 'best practices' verantwoorde streef- en normtijden er aan gekoppeld worden.

### *fysieke infrastructuur*

De triagisten moeten hun werkzaamheden kunnen verrichten in een ruimte die voldoet aan arbo-normen voor *call centres*. Dat betekent dat de werkplekken volgens deze normen zijn ingericht, dat het aantal werkplekken per m<sup>2</sup> binnen de norm blijft en dat de hardware en software het werk van de triagisten faciliteert.

### *technische infrastructuur*

Voor het proces van triage moet het regionale loket, zoals eerder vermeld, gebruik maken van het NTS dat digitaal toegankelijk is gemaakt. Tevens moet de koppeling met de meldkamer van 112 soepel verlopen zodat de triagist acute levensbedreigende zorgvragen direct kan doorschakelen.

<sup>13</sup> R.Drijver en P. Jochems (red); Nederlands Triage Systeem: op weg naar eenduidige triage; Utrecht, april 2006

<sup>14</sup> idem

<sup>15</sup> idem

### **De berichtenstandaard Health Level (HL) 7**

*In Nederland is de HL7-standaard sedert de introductie in 1992 uitgegroeid tot een standaard voor de communicatie tussen systemen en toepassingen in instellingen. Vrijwel alle Nederlandse algemene ziekenhuizen gebruiken de HL7-standaard voor koppelingen tussen ZIS's en afdelingssystemen. Het ondersteunen van de HL7-standaard is vrijwel unaniem een eis van de (ziekenhuis)instellingen. Vrijwel alle landelijke leveranciers van geïntegreerde en van afdelingsgerichte informatiesystemen in de zorg ondersteunen formeel de HL7-standaard in hun toepassingen ([www.HL7.nl](http://www.HL7.nl)).*

*De HL7-standaard wordt prominent vermeld in diverse overheidsdocumenten inzake informatievoorziening, standaardisatie en normalisatie in de zorg. Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg heeft HL7 versie 3 gekozen als voorkeursstandaard voor nieuwe ontwikkelingen. Gezien de inmiddels in Nederland bereikte toepassingsgraad van de HL7-standaard, is het van belang dat de HL7-standaard landelijk ook formeel wordt erkend. Standaardisatie is een voorwaarde voor het kunnen realiseren van de speerpunten van het overheidsbeleid ten aanzien van inrichting en verbetering van de informatievoorziening voor de eerstkomende jaren, waaronder o.a. EPD/EMD, zorgpas, zorgcircuits en (regionale) patiënteninformatie. De HL7-standaard vervult hierbij een belangrijke rol om deze gegevens intern en extern op uniforme (instellingsonafhankelijke) wijze te kunnen opslaan, uit te kunnen wisselen en te kunnen raadplegen<sup>16</sup>.*

*Ook het loket voor acute zorg zou, wanneer medische gegevens tussen hulpverleners worden uitgewisseld, gebruik kunnen maken van de berichtenstandaard HL7. Hiermee borgt het loket de veiligheid van gegevensuitwisseling. Of de eisen die de huisartsen aan het systeem stellen in de berichtenstandaard verwerkt kunnen worden, moet nog blijken.*

*Er zijn verschillende projecten gestart van huisartsenposten en andere partners in de acute zorg om, vaak met hulp van verzekeraars, een alternatief te ontwikkelen voor de berichtenstandaard HL7 omdat deze op dit moment nog niet aan hun eisen voldoet. Zo gebruiken huisartsen uit West Noord-Brabant en Kennemerland het Open Zorg Informatie Systeem (OZIS). Dit systeem zorgt voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen onderling. Een systeem dat is ontwikkeld omdat HL7 (de internationale standaard voor uitwisseling van berichten) niet naar behoren werkt. De vraag is nu of de verzekeraars een verdere ontwikkeling van dit systeem wil financieren.*

Behalve technisch infrastructurele eisen dienen er ook registratie-eisen te worden gesteld aan de telefonische triage zodat benchmarken mogelijk is. Het registreren (van de duur) van het telefoongesprek geeft bijvoorbeeld goede managementinformatie en dient te worden teruggekoppeld naar de betrokken organisaties in de keten.

De gegevens die uit de registraties naar voren komen kunnen tot gezamenlijke verbeteracties leiden. Om adequaat te opereren is het van belang in de registraties van het telefoongesprek onderscheid te maken tussen het proces van triage en het proces van advisering.

De triage moet binnen een bepaald tijdsbestek afgerond kunnen zijn; het proces van advisering is sterk afhankelijk van degene die aan de lijn is. Is een verward iemand aan de lijn dan kan het geven van een advies langere tijd in beslag nemen. Uiteindelijk gaat het daarbij om de kwaliteit van het advies en niet alleen om de snelheid.

---

<sup>16</sup> zie internet: [www.HL7.nl](http://www.HL7.nl)

### *organisatorische infrastructuur*

Afhankelijk van het aantal te verwachten acute zorgvragen bij het loket, is het noodzakelijk dat hiervoor voldoende triagisten zijn. Omdat het gaat om acute en soms levensbedreigende situaties dient er altijd voldoende personeel aanwezig te zijn om de telefoon direct te beantwoorden. Er moet dus sprake zijn van een structurele overcapaciteit. Deze kan eventueel georganiseerd worden in samenwerking met andere regio's door op bepaalde tijdstippen waar er gemiddeld weinig vragen zijn zoals 's nachts, de bellers door te schakelen naar een andere regio's. Dit vergt echter wel weer extra technische infrastructuur en kennis van de verschillende deelnemende regio's om die functie naar andere regio's uit te breiden.

De werktijden van de triagisten moeten voldoen aan de wettelijke normen voor *call center* medewerkers.

## 4.4 Eisen aan de regie

### *Profiling*

Het is van cruciaal belang dat burgers goed op de hoogte zijn van de verschillende taken van het regionale loket voor acute zorg. Het feit dat de triagist de beller begeleidt naar een volgende schakel van de acute-zorgketen kan tot verrassingen leiden. Veel patiënten zullen het advies van de triagist ervaren als aantasting van hun keuzevrijheid. De uitdaging is om duidelijk uit te leggen dat dergelijke adviezen tot bijvoorbeeld zelfzorg in het belang van de beller zelf zijn.

De triagisten zullen zich altijd beperken tot een advies. De beller heeft de uiteindelijke keuze om het advies op te volgen of niet.

### *Deskundigheid*

Het regionale loket voor acute zorg moet op de hoogte zijn van

- welke afspraken de deelnemende organisaties hebben gemaakt voor de inzet. Naar welk ziekenhuis met een stroke-unit kan een ambulance met een CVA-patiënt? Kan een ambulance die in de buurt van een spoedlocatie is maar waar eigenlijk een visite van een huisarts nodig is, ook ingezet worden?
- welke actuele capaciteit beschikbaar is om in te zetten. Welke ambulances rijden waar en welke zijn vrij, waar zijn de huisartsen visite aan het doen, waar rijden de thuiszorg auto's, welke IC of CCU bedden zijn beschikbaar, welke huisartsenposten en spoedeisende-hulpafdelingen zijn erg druk, *et cetera*?

De kennis hiervan is een harde randvoorwaarde voor het loket om overzicht te hebben om de regie adequaat uit te oefenen en de acute-zorgketen efficiënt en effectief te laten functioneren. Het organiseren van de regie is een andere functie dan die van de triagist. De triagist ontvangt het telefoontje, zorgt voor een urgentiebepaling en het gewenste deskundigheidsniveau en 'geeft de beller dan door' aan een coördinator voor de acute zorg. Deze zal inventariseren hoe het door de triagist gegeven advies het best verwezenlijkt kan worden. Hij maakt bijvoorbeeld een inschatting welk type mobiele functie ingezet moet en kan worden. Om deze regiefunctie uit te oefenen is derhalve voldoende ervaring nodig met het organiseren van logistieke processen.

Een alternatief is dat beide functies, het aannemen van de telefoon en het inzetten van de vervolgactie, door de zelfde persoon gebeuren. Triëren en regelen van logistieke processen vereisen echter verschillende competenties en zijn derhalve niet makkelijk te combineren. Mogelijk kan dit wel een oplossing zijn op rustige momenten.

### *Fysieke infrastructuur*

Om deze functie van regie goed uit te oefenen is direct contact tussen triagist en coördinator/regisseur van groot belang. Deze zullen in een meldkamerachtige omgeving moeten opereren. Omdat bij met name de toewijzing van de mobiele functies kennis van de regio noodzakelijk is, is een regio met een beperkte omvang met het oog op snelheid en kwaliteit, noodzakelijk. Wij denken daarbij aan regio's van één tot anderhalf miljoen burgers. Dit is gebaseerd op de berekeningen in bijlage 1.

Is de inzet minder urgent en zijn aanvullende gegevens gewenst alvorens de coördinator/regisseur een goed advies kan geven, dan kan via elektronische gegevensuitwisseling informatie worden ingewonnen en doorgegeven.

Voor een veilige gegevensuitwisseling tussen professionals wordt een landelijke infrastructuur ontwikkeld die de verschillende informatiesystemen verbindt. De voordelen die een dergelijke infrastructuur biedt en hoe dit landelijk dan wel regionaal is opgebouwd is in bijlage 2 opgenomen. Hier beperken we ons tot de voorwaarden die aan de gegevensuitwisseling tussen de verschillende professionals in de keten zijn gesteld. Mocht het loket voor acute zorg gebruik maken van deze gegevensuitwisseling dan is het een vereiste uit te gaan van de richtlijn die op dit gebied is opgesteld en de daaraan gekoppelde voorwaarden.

#### ***Richtlijn gegevensuitwisseling huisartsen – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp***

*Deze richtlijn omvat de gegevens die nodig zijn voor een adequate uitwisseling tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij acute zorg. De richtlijn is gemaakt door het Nederlands Huisartsgenootschap en NICTIZ in juli 2005.*

*Een belangrijk uitgangspunt hierbij is het medische dossier van de patiënt (patiëntendossier) dat bij de huisarts aanwezig is met daarin de complete (medische) geschiedenis van de patiënt. Daarin zitten ook de gegevens van de patiënt wanneer deze in het ziekenhuis is geweest. Dit dient beschouwd te worden als een medische wegwijzer en bevat niet het complete medische dossier van de huisarts. Een vereiste is dat het dossier te allen tijde beschikbaar en opvraagbaar is. Daarnaast dient de gegevensuitwisseling ook te voldoen aan de verschillende wet- en regelgeving, zoals de WGBO en WBP. De richtlijn loopt vooruit op de huidige stand van zaken. Nog niet alle huisarts informatiesystemen zijn gestandaardiseerd. Deze richtlijn gaat hier al wel vanuit.*

#### ***Voorwaarden NHG voor gegevensuitwisseling tussen de spoedeisende hulp, de huisarts en de huisartsenpost:***

- medische historie in patiëntendossier HA;
- adequate dossiervorming;
- de gegevens moeten 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar zijn;
- identificatie, authenticatie, verwijzindex, logging aanwezig;
- software-eisen, deze moeten de volgende functies ondersteunen:
  - berichtenstandaard;
  - logging van inzage;
  - autorisatie;
  - voldoen aan de eisen van de WGBO en
  - voldoen aan de eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem.
- patiëntenperspectief, zoals vermeld in de WGBO;
- verdere benodigde informatie is opvraagbaar bij een HA en
- retourinformatie afdeling SEH en/of ambulance naar de HA of HAP.

### **Professionele Samenvatting, richtlijn NHG voor HA en Waarnemend huisarts**

- totale probleemlijst;
- totale episodelijst;
- journaallijst: gegevens van de laatste vier maanden of laatste vijf consulten;
- medicatielijst: actuele medicatie en afgesloten medicatie van afgelopen vier maanden;
- geneesmiddelenintolerantie;
- contra-indicaties en
- alleen actuele overdrachtsgegevens.

#### *Technische infrastructuur*

De regiefunctie stelt hoge eisen aan de technische infrastructuur. Alle capaciteitsgegevens over bijvoorbeeld beschikbare IC-bedden, OK-faciliteiten en Stroke-Unitbedden, moet actueel beschikbaar zijn. De plaats van de verschillende mobiele functies zoals ambulance en huisarts moet tevens gevisualiseerd worden door bijvoorbeeld GPS. Hiervoor zal er informatie-uitwisseling moeten zijn, afhankelijk van de scope van het loket, met andere instellingen zoals huisartsenposten, ziekenhuizen, thuiszorginstellingen of ggz-instellingen. Deze registratie kan bijvoorbeeld via een website die door alle betrokken partijen te vullen en te raadplegen is.

In geval van rampen zal direct contact met de GHOR-functionaris mogelijk moeten zijn en zal hij gebruik moeten kunnen maken van de infrastructuur van het regionale loket voor acute zorg.

*C2000 is het communicatiesysteem voor politie, brandweer en ambulance. Ook de koninklijke marechaussee maakt gebruik van dit digitale communicatiesysteem. Dit zijn de zogenoemde aangewezen gebruikers. Ook kunnen gelieerde organisaties gebruik maken van dit systeem mits zij voldoen aan het criterium dat de betreffende organisatie, in dienst van de (semi-) overheid, een operationele taak heeft op het terrein van de openbare orde en veiligheid. Tevens moet de organisatie daarvoor in contact kunnen treden met één of meerdere aangewezen gebruikers zoals het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.*

*Het loket voor acute zorg kan ook gebruik maken van het communicatiesysteem C2000. De verschillende samenwerkende partijen van het loket hebben dan de mogelijkheid om met elkaar te communiceren bij de regiefunctie zodat een betere afstemming van diensten mogelijk is. Te denken hierbij valt aan het sturen van een ambulance naar een zieke patiënt wanneer deze in de buurt is in plaats van een huisarts die veel verder uit de buurt is.*

*In het begin heeft het systeem problemen gekend maar deze zijn in het algemeen opgelost. Bij een rampoefening bij de Westerscheldetunnel in maart 2006 in Zeeland heeft C2000 goed gewerkt. Ook in het evaluatierapport van C2000 (september 2005) komt naar voren dat het systeem op dit moment geen noemenswaardige risico's meer kent en dat het systeem naar behoren werkt<sup>17</sup>.*

*De geïnterviewden van de HDS West Brabant en het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg benadrukken dat een goede communicatie tussen de verschillende hulpverleners onontbeerlijk is voor een effectieve en efficiënte samenwerking. C2000 kan deze functie ondersteunen.*

#### *Organisatorisch infrastructuur*

Om de positie van de coördinatoren, de triagisten en de superviserende artsen in te vullen kan het regionale loket voor acute zorg afspraken maken met de deelnemende partijen om personeel in te huren. Hun personeel zal immers praktisch georiënteerd moeten zijn met voldoende overzicht over de gehele acute-zorgketen. Mogelijk kan in een gevarieerde pool begrip voor elkaars situatie ontstaan en dit kan de samenwerking bevorderen. Ten slotte lijkt ook de 'omvang' van het loket samenwerking te rechtvaardigen vanuit efficiëntieoverwegingen.

<sup>17</sup> 7<sup>de</sup> Voortgangsrapportage project C2000, Deloitte accountants, 2005

In sommige situaties kan het voor bij de regiefunctie van belang zijn te kunnen beschikken over gegevens van patiënten uit delen van het EPD zoals uit het waarneemdossier huisartsen (WDH) of het elektronisch medische dossier (EMD). De beschikbaarheid van een functionerend EPD is echter geen absolute randvoorwaarde bij het regionaal loket.

In alle gevallen zal het regionale loket voor acute zorg de gegevens van de patiënt conform vooraf vastgestelde format vastleggen en doorsturen naar de volgende schakel van de acute-zorgketen. Het is essentieel dat regio's duidelijke afspraken maken welke informatie gewenst is en in welke vorm.

#### **Waarneemdossier huisartsen**

*Het e-waarneemdossier voor huisartsen is een samenvatting van het patiëntendossier dat gebruikt kan worden door waarnemende huisartsen op een huisartsenpost. Het belangrijkste kenmerk van dit dossier is dat er geen wijzigingen in opgenomen kunnen worden. Wanneer informatie wordt toegevoegd, wordt dit in de vorm van een retourbericht aan de huisarts doorgegeven. Het NHG heeft richtlijnen opgesteld waarin vermeld staat welke aspecten van het patiëntendossier opgenomen moeten worden in het e-waarneemdossier.*

#### **Medicatie dossier**

*Het e-medicatie dossier is een dossier met daarin de voorgeschreven medicatie van de patiënt en daarbij ook het medicatieverleden van de patiënt. Daarnaast dient het dossier gegevens te bevatten die relevant zijn voor medicatiebewaking en medicatiebegeleiding.*

*De informatie in het e-medicatie dossier blijft bij de bron (zoals het ziekenhuis of de huisarts) en is alleen ter inzage. Het is op verschillende plaatsen dus wel in te zien maar er kan niets in worden veranderd. Dit kan worden gebruikt door ambulancediensten, huisartsenposten of een regionaal loket voor acute zorg.*

## 4.5 Eisen aan de advisering

*De huisartsenposten kennen een brede range aan vragen. Vijftig procent van de vragen die nu bij een huisartsenpost binnenkomen worden direct afgehandeld. Bij deze vragen vinden er geen vervolgstappen plaats zoals visiterijden of een bezoek aan de post. In de toekomst zullen deze vragen ook bij het regionale loket komen. Daarom besteden we in een aparte paragraaf expliciet aandacht aan de advisering.*

#### *Profilering*

Bij het loket voor acute zorg zullen veel vragen binnenkomen die geen acute zorg nodig hebben. Vaak gaat het daarbij om telefonisch gestelde vragen, waarbij mensen de zekerheid willen dat er niets ernstigs aan de hand is. Dit zijn vragen met een urgentiecode 4 of 5, waarbij na triage blijkt dat ze niet acuut zijn en er dus geen tijdsdruk geldt<sup>18</sup>. Een deel van de vragen kan met een zelfzorgadvies worden verholpen of de triagist verwijst de patiënt door naar de eigen huisarts overdag.

<sup>18</sup> R.Drijver en P. Jochems (red); Nederlands Triage Systeem: op weg naar eenduidige triage; Utrecht, april 2006

### *Bereikbaarheid en toegankelijkheid*

Het is van belang dat het regionale loket voor acute zorg van begin af aan helder maakt met welke vragen patiënten bij het loket in de avond, nacht en weekenddiensten terecht kunnen. Wil het loket bijvoorbeeld wel of niet een opvangnet zijn voor mensen die overdag moeilijk naar de huisarts kunnen gaan of die de huisarts overdag moeilijk kunnen bereiken? Of streeft het loket erna op termijn alleen de acute vragen op te vangen en zijn er dan in de regio andere mogelijkheden om de niet-acute vragen te ondervangen. Dit kan bijvoorbeeld door het telefonisch loket ook op sommige uren overdag open te stellen.

### *Deskundigheid*

De triagist en/of de coördinator/regisseur kunnen zelfzorgadviezen geven. Een belangrijke kwaliteit daarbij is dat deze de beller in de eerste plaats deskundig advies verleent, maar tevens ook kan geruststellen. Bij de ene persoon zal daar meer overredingskracht voor nodig zijn dan bij de andere. Mocht het zelfzorgadvies toch niet voldoende werken, dan dient het "loket" de bereidheid te hebben om de beller opnieuw te woord te staan en, indien nodig, naar de spoedpost te verwijzen.

### ***Tips voor uw gezondheid***

*Behalve via telefonische adviezen kunnen burgers ook op andere manieren van zelfzorgadviezen worden voorzien. Een aardig voorbeeld daarvan is de brochure die de Utrechtse huisartsen hebben uitgebracht en waarin van 24 klachten is aangegeven wat de symptomen zijn, wat daar zelf aan te doen is en wanneer patiënten de praktijk van de huisarts moeten bellen. Deze brochure is met subsidie van onder andere de gemeente Utrecht en het Utrechtse Fonds Achterstandswijken uitgebracht.<sup>19</sup>*

### *Technische infrastructuur*

Behalve via brochures kan het loket voor acute zorg, als onderdeel van de acute-zorgketen, ook digitaal zelfzorgadviezen aanbieden. Tevens kunnen daarbij links naar relevante websites worden aangegeven, zoals [www.gezondheidsplein.nl](http://www.gezondheidsplein.nl) of [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

### **Samenvattend**

De vereisten die in dit hoofdstuk naar voren zijn gebracht vatten we samen in onderstaande matrix.

---

<sup>19</sup> Uitgave van de Regionale Huisartsen Vereniging Utrecht; Doktoren onder de Dom, 2005

### Operationele invalshoek (voor invulling zie hoofdstuk 5)

| Processtappen:                            | Input:   |  | Throughput :   | Output:  |   |  |
|---|--|--|--|--|---|--|
| <b>Kenmerken:</b>                         | <b>voorlichting</b><br><br><b>Par 4.1</b>  | <b>proces van toegang</b><br><br><b>Par 4.2</b>  | <b>triage</b><br><br><b>Par. 4.3</b>   | <b>proces van regie toedeling mobiele functies</b><br><b>Par. 4.4</b>                  | <b>proces van regie toedeling acute zorgfuncties</b><br><b>Par. 4.4</b>                   | <b>proces van advisering</b><br><br><b>Par. 4.5</b>            |
| <b>Urgentiebepaling</b>                   |  |  | U1-U5  | U2-U3  | U2-U3   | U4-U5  |
| <b>Profilering</b>                        | landelijke én regionale voorlichtingscampagne; communicatie met burgers / gebruikers | geen drempels; In aanvang open bij ANW; mogelijk later 7x24 uur open                       | levensbedreigend versus niet-levensbedreigend; acuut versus niet acuut                   | helderheid mobiele hulpverlening   | helderheid acute zorg instellingen  | Zelfzorgadvies en verwijzing naar derden (w.o. eigen huisarts) |
| <b>Bereikbaarheid en toegankelijkheid</b> | één landelijk telefoonnummer   | snelheid van telefonisch contact   | snelheid urgentiebepaling;   | inzicht in beschikbaarheid mobiele zorgfuncties  | inzicht in beschikbaarheid capaciteit   | range van (zelfzorg)vragen verhelderen                         |
| <b>Deskundigheid</b>                      | wie de patiënt te woord staat; supervisorrol arts                                    | competenties en functieniveau triagisten   | competenties en functieniveau triagisten   | competenties functieniveau regisseurs  | competenties en functieniveau regisseurs  | competenties functieniveau triagisten                          |
| <b>Fysieke Infrastructuur</b>             | beleggen van voorlichtingsfunctie  | locatie-eisen voor call-center-achtige activiteiten; mogelijk co-locatie                   | geïntegreerd triagesysteem; urgentieclassificering                                       | mogelijkheid tot direct contact tussen functies; actueel beschikbare capaciteit auto's | mogelijkheid tot direct contact tussen functies; actueel beschikbare capaciteit IC /OK ed |  |
| <b>Technisch Infrastructuur</b>           | internet en andere media   | telecominstallatie; noodplan voor uitval; koppeling GHOR;                                  | koppeling met 112  | GPS-systeem; veilige gegevensuitwisseling ; elektronisch                               | veilige gegevensuitwisseling; elektronisch  | internetsite; digitale (brochure) zelfzorgadviezen             |
| <b>Organisatorisch Infrastructuur</b>     | welke zorgaanbieders in loket participeren; klachtenregeling                         | personele bezetting en type functies; flexibel in te zetten bij piektijden en calamiteiten | personele bezetting en type functies; voldoende personeel met structurele overcapaciteit | personele bezetting en type functies; richtlijnen en protocollen                       | personele bezetting en type functies; richtlijnen en protocollen                          | personele bezetting en type functies;                          |



## 5. Toetsingscriteria

Het regionale loket voor acute zorg zal rekening moeten houden met eisen vanuit patiëntenperspectief, bestaande wetgeving, kwaliteitseisen en protocollen

### 5.1 Eisen vanuit patiëntenperspectief

In het algemeen kunnen deze eisen als volgt worden samengevat<sup>20</sup>:

#### *Voorlichting*

- De patiënt is geïnformeerd over waar hij terecht moet met welke zorgvraag.
- De informatievoorziening is doelgroepspecifiek: ouderen en anderstaligen vragen een eigen benadering.

#### *Telefonische toegang*

- Er is één nummer voor levensbedreigende situaties in de regio en één nummer voor overige acute zorgvragen.
- De telefonische wachttijd voor overige acute vragen betreft: 90% contact binnen een minuut, 100% contact binnen drie minuten.
- Voor levensbedreigende situaties is de telefonische wachttijd minder dan 15 seconden.
- Er is altijd een ervaren arts aanwezig voor overleg met de triagist. Het streven is om de triage door verpleegkundigen te laten verrichten.
- De arts controleert de adviezen van de triagist in 90% binnen 60 minuten na advisering en in 100% binnen 90 minuten na advisering.

#### *Triage*

- Er is sprake van goede kwaliteit van zorgverlening die voldoet aan professionele eisen.
- Het triagesysteem is transparant en toetsbaar.

#### *Regie*

- Voor ieder is binnen 15 minuten acute zorg beschikbaar.
- De medische gegevens zijn beschikbaar voor de triagist en dienstdoende arts.
- Er bestaan eenduidige criteria voor toegang tot de gegevens.
- Het streven is voorkómen van onnodige medicalisering.

#### *Besturing criteria*

- De patiënt weet wie eindverantwoordelijke is.
- Er is een laagdrempelige klachtenregeling.
- De inbreng vanuit het patiëntenperspectief is geformaliseerd.

---

<sup>20</sup> Zie hiervoor J. Wiechers, T. Kool, et al. Gezamenlijk bouwen aan meer samenhang in de acute-zorgketen, Plexus Medical Group/Prismant, 2005

## 5.2 Wetgeving

### *Wet Ambulancevervoer*

De Stichting LAMP pleit voor de inzet van een verpleegkundige op de meldkamer. De stichting geeft aan dat de centralist vanwege de Wet Ambulancevervoer een verpleegkundige moet zijn aangezien de CPA beslist of ambulancevervoer nodig is bij elke aanvraag. Ook in het wetsvoorstel Wet Ambulancezorg wordt vermeld dat het verboden is om ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van de meldkamer (art. 7). Volgens een brief van de ministers Hoogervorst en Remkes kan de meldkamer worden beschouwd als een zorginstelling en valt daarmee onder de Kwaliteitswet zorginstellingen<sup>21</sup>. Het is daarom logisch om ook een loket voor acute zorg als een zorginstelling te beschouwen.

### *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*

Deze wet schrijft helder voor wie welke handelingen mag verrichten. De wet noemt 'triage' niet als zodanig. Triage is zoals medische diagnostiek een onlosmakelijk onderdeel van het deskundigheidsgebied van de arts. Dat staat wel in de wet BIG. Anderen zoals triagisten mogen derhalve triëren, mits bekwaam en onder voorwaarden van supervisie.

Regio's kunnen de eis stellen dat er BIG-geregistreerde verpleegkundigen werken. De functie van triagist kent de wet niet. Er zal dus in nauwe samenspraak met de IGZ procedures moeten worden opgesteld wat de bevoegdheden zijn van de triagisten, de coördinatoren en de artsen.

### *Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst*

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, hetgeen gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand. Op het moment dat een potentiële patiënt naar het loket voor acute zorg belt, ontstaat zo'n arts-patiënt relatie zoals in deze wet omschreven. De superviserende arts zal de eindverantwoordelijkheid hebben.

### *Zorgverzekeringswet*

Deze wet omschrijft de functionele aanspraken en zegt wat de verzekerde prestatie inhoudt en wanneer de verzekerde er recht op heeft. Wie en waar is aan de zorgverzekeraar. Hierdoor is het mogelijk voor verzekeraars de functie Toegang en regie georganiseerd in een regionaal loket voor acute zorg in te kopen bij (een van de) partijen. Verzekeraars hebben binnen de Zorgverzekeringswet ten opzichte van hun verzekerden een zorgplicht. Zij hebben dus ook de plicht om de acute zorg in een regio goed in te kopen zodat deze toegankelijk blijft voor iedereen.

### *Kwaliteitswet zorginstellingen*

Het regionale loket voor acute zorg zal worden gezien als een instelling. Een zorginstelling heeft volgens deze wet de volgende verplichtingen:

- het leveren van verantwoorde zorg dat wil zeggen van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is.
- op kwaliteit gericht beleid dat betekent een goede organisatie, hetgeen onder meer tot uitting komt in een goede interne communicatie en voldoende en capabel personeel. Verder

---

<sup>21</sup> Inzet centralist op meldkamer ambulancezorg, Stichting LAMP, Beroepsvereniging Ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, 2005)

moet duidelijk zijn wie welke werkzaamheden uitvoert en wie daarvoor verantwoordelijk is.

Ook zijn instellingen verplicht in hun kwaliteitsbeleid de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties te verwerken.

- het hebben van een kwaliteitssysteem. Centraal in een kwaliteitssysteem staan altijd de expliciet geformuleerde normen waaraan een instelling zelf vindt dat ze zou moeten voldoen. Een kwaliteitssysteem moet regelmatig getoetst worden door de instelling of door een andere organisatie, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- het uitbrengen van een jaarverslag over de kwaliteit van de zorg in de instelling. In dit verslag legt de instelling verantwoording af over het gevoerde kwaliteitsbeleid en de kwaliteit van de verleende zorg. Daarbij moet specifiek aandacht worden besteed aan de betrokkenheid van patiënten bij het kwaliteitsbeleid, aan de frequentie waarmee en de manier waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvindt en aan de manier waarop de instelling met klachten en meldingen van patiënten en consumenten omgaat. Het verslag moet voor 1 juni aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het regionale patiënten/ consumenten platform (RPCP) en de minister van VWS worden verstuurd

#### *Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen*

Conform deze wet zal het regionale loket een klachtenreglement en een klachtenprocedure moeten hanteren. Hiervoor zal een onafhankelijke klachtencommissie in het leven geroepen moeten worden.

#### *Wet Marktordening*

Aangezien het samenwerkingsafspraken betreft met tevens afspraken over verwijzen tussen verschillende, deels concurrerende instellingen, zal het regionale loket voor acute zorg niet in strijd moeten functioneren met deze wet. Deze wet behandelt met name het toezicht op instellingen in de gezondheidszorg. De zorgautoriteit i.o. is hierin als toezichthouder opgenomen. Met haar zal het regionale loket moeten overleggen in welke mate het formeren van een regionaal loket strijdig is met deze mededingingswetgeving.

### 5.3 Kwaliteitseisen

Opvallend is dat er nauwelijks kwaliteitsnormen op ketenniveau in de acute zorg zijn. De IGZ ontwikkelt momenteel, ten behoeve van het preventieve toezicht, een set indicatoren voor de acute-zorgketen. Deze zal naar verwachting in juli 2006 beschikbaar komen. Deze indicatoren zullen niet primair gericht zijn op de organisatievorm, maar veeleer op de dienstverlening van de acute zorg.

De Kritische Kwaliteits Criteria van de LHV geven met name randvoorwaardelijke, procedurele afspraken aan<sup>22</sup>. Zij doen geen uitspraken omtrent de vormgeving van de organisatie. Zij regelen dat een assistente aantoonbaar voldoende kennis en vaardigheden moet hebben, aan de hand van bepaalde protocollen moet werken waarin signaallijsten voor alarmsituaties zijn opgenomen etc. Wel zijn in overleg met de koepel van huisartsenposten – de VHN - een aantal normen opgesteld.

De Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg bestaat sinds 2005 als norm voor de meldkamers.

---

<sup>22</sup> LHV / A.H.J. van de Rijdt – van de Ven; Kwaliteitsmodel Centrale Huisartsenposten; definitief werkconcept; december 2001

De IGZ hanteert bij de toetsing van de zorgaanbieders de norm dat ambulances en huisartsen binnen 15 minuten na melding bij de patiënt moeten kunnen zijn (A-ritten).

Het ministerie van VWS hanteert als norm voor spreiding van voorzieningen dat:

- 95% van de patiënten binnen 15 minuten een HAP of SEH kunnen bereiken en
- 98,8% moet binnen 45 minuten in het ziekenhuis kunnen zijn (15 minuten vervoer, 5 minuten stabilisatie en 25 minuten naar het ziekenhuis).

Er is ook sprake van kwaliteitseisen ten aanzien van de ICT-infrastructuur. Gezien het centrale karakter van het regionale loket voor acute zorg en de vele communicatieverbindingen die het zal hebben, ook via internet en met de AORTA-infrastructuur van NICTIZ, moet de technische infrastructuur voldoen aan de vereisten van een Goed Beheerd Zorgsysteem. Het moet dan voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van berichtenstandaarden, beveiliging, prestaties en beschikbaarheid. Wanneer bij het acuut zorgloket wordt gewerkt met een elektronisch patiëntendossier, of een afgeleide daarvan, zal dit moeten voldoen aan de eisen die hiervoor gelden. In de praktijk zal gewerkt worden met een professionele samenvatting of het waarneemdossier huisartsen.

De NEN 7510 norm beschrijft de eisen voor informatiebeveiliging in de zorg. De eisen die hierin vermeld staan, gelden ook voor het loket voor acute zorg. Met name op het gebied van gegevensuitwisseling tussen hulpverleners is het van groot belang dat dit op een goede en veilige manier gebeurt. Deze maatregelen zullen door de verantwoordelijken van het acuut zorgloket genomen moeten worden.

Het HKZ-raamwerk voor ketenkwaliteit stelt eisen aan de inrichting en de besturing van de keten, het primaire proces en de ketenbeheersing en -verbetering. Ten aanzien van de inrichting van de keten gaat het in op eisen aan de ketenpartners en communicatie tussen ketenpartners en buiten de keten (zoals patiënten/cliënten). Daarnaast gaat de richtlijn in op in te vullen indicatoren voor het primaire proces en de beheersing en verbetering van de keten.

Al deze kwaliteitseisen zijn niet direct opgesteld voor een regionaal loket voor acute zorg. Toch zijn ze van belang omdat zij aangeven welke eisen er aan de acute-zorgketen worden gesteld. Het is logisch om, wanneer er regionale loketten functioneren, ook specifiek hiervoor kwaliteitseisen op te stellen.

## 5.4 Inhoudelijke protocollen

De belangrijkste inhoudelijke protocollen op het gebied van mobiele acute zorg zijn:

- het Landelijk Protocol Ambulancezorg;
- de diverse NHG-standaarden;
- landelijke richtlijnen zoals opgesteld door onder andere het CBO en
- de landelijke transmurale afspraken.

Het is aan het regionaal loket om aan te geven hoe met bestaande, landelijk geldende protocollen wordt omgegaan. Het acuut zorgloket verheldert hoe zij deze protocollen in de eigen regio

toepast. De bestaande protocollen van de meldkamer en de huisartsenposten dienen daartoe geïntegreerd, doch minimaal op elkaar afgestemd te worden.

## 6. Adviezen om tot een regionaal loket voor acute zorg te komen

Wij hopen dat bovenstaand Programma van Eisen de regio's in Nederland helpt om de acute zorg patiëntgerichter en doelmatiger te organiseren. Wij zijn in dit Programma uitgegaan van het initiatief in de regio waar ten principale de kennis aanwezig is om een dergelijk loket voor acute zorg in te richten. Het is een Programma van Eisen en geen blauwdruk.

Prismant heeft zich de afgelopen jaren verdiept in de mogelijkheden en uitdagingen van een dergelijk loket. Wij hebben deze gedachten het afgelopen jaar in opdracht van het CVZ mogen opschrijven en ook kunnen toetsen aan een panel van deskundigen (zie bijlage 3 voor een overzicht). Deze deskundigen zijn geïnterviewd of gaven op persoonlijke titel commentaar op een eerdere versie. Mede op basis van dit commentaar willen wij elf adviezen geven aan in de eerste plaats de regio's die aan de slag willen gaan maar ook aan alle landelijke partijen betrokken bij de acute zorg. Het doel is dat deze adviezen het realiseren van een regionaal loket voor acute zorg meer concretiseren.

### 1. **Begin alleen als er een gezamenlijke visie en een gedeelde urgentie is met concrete doelen**

Een regionaal loket voor acute zorg vereist een goede samenwerking en de bereidwilligheid om samen afspraken te maken wie waar verantwoordelijk voor is. Het kost tijd om zover te komen en partijen moeten hiervoor een proces doorgaan.

### 2. **Maak zoveel mogelijk gebruik van bestaande platformen en/of overlegvormen**

Het opzetten van een platform kost tijd. Juist wanneer er al langer gezamenlijk wordt nagedacht over een op elkaar afgestemde organisatie van de acute zorg, is de kans groot dat er een gezamenlijke visie kan worden opgesteld.

### 3. **Maak heldere afspraken over het mandaat om regie te voeren**

Een regionaal loket kan niet functioneren zonder het mandaat om patiëntenstromen te sturen. Juist daar ligt een belangrijke meerwaarde van het regionale loket. Hiervoor zullen de deelnemende partijen concrete afspraken moeten maken, voortvloeiend uit hun gezamenlijke visie. Op het moment zelf moet overleg niet meer nodig zijn maar moet daadkrachtig handelen mogelijk zijn.

### 4. **Formuleer op landelijk niveau spelregels**

De partijen in de acute-zorgketen dienen een gezamenlijke set van landelijke spelregels af te spreken om de invoering van het regionale loket te vergemakkelijken. Zo zou een van de spelregels moeten zijn dat de uitkomst van de triage niet ter discussie wordt gesteld, maar dat vervolgfuncties worden ingezet die door het regionale loket geadviseerd zijn. In een later stadium kan met elkaar worden besproken of dit bij deze vraag de juiste inzet was en hoe in de toekomst hier mee om te gaan. Een andere spelregel die van belang is, is dat partijen zich verbinden aan het uitgangspunt om geen patiënt in de acute zorg "kwijt te raken". Dat houdt in dat als een acute zorgvraag eenmaal bij een het regionale loket of bij 112 is binnengekomen, partijen de verantwoordelijkheid hebben voor een goede afhandeling.

**5. Maak heldere afspraken over de financiering die het proces voor enkele jaren garanderen**

Juist de onzekerheid over de financiering zal partijen onrustig maken en onwillig om tot afspraken te komen. Toch is het van het grootste belang dat de partijen bereidwillig zijn om mee te werken en dat er een proces ontstaat met toenadering. Dat zal definitieve (financiële) afspraken in de toekomst makkelijker maken.

**6. Hanteer een groeimodel, zowel wat betreft het aantal partijen dat meedoet als het aantal te verwachte telefoontjes als de relaties tussen de partijen**

Het is goed kleinschalig te beginnen en te onderzoeken wat de gevolgen zijn van eenduidige toegang en regie. Het oefenen van de processen van het regionale loket kan effectiever plaatsvinden wanneer het aantal telefoontjes beperkt is.

**7. Besteed veel aandacht aan de communicatie tussen het loket en de ketenpartners**

Daar ligt een belangrijke sleutel tot succes. Het betekent concrete afspraken maken over verantwoordelijkheid van te voren. Het betekent ook dat huisartsen goed geïnformeerd moeten zijn wanneer hun patiënten het loket hebben gebeld.

**8. Besteed veel aandacht aan de voorlichting zodat patiënten goed geïnformeerd bel-  
len**

Goede voorlichting voorkomt veel 'onterechte en onnodige' telefoontjes. Bovendien zullen goedgeïnformeerde patiënten beter meewerken, zal de gespreksduur beperkt kunnen worden en zullen de uitkomsten verbeteren.

**9. Zorg voor zoveel mogelijk beschikbare elektronische patiëntgegevens via de NIC-  
TIZ-infrastructuur maar zie de afwezigheid niet als een belemmering om aan de  
slag te gaan met een loket.**

Het EPD gaat er komen en is van belang voor een regionaal loket. Maar het kan lang duren wanneer gewacht wordt op het volledig kunnen gebruiken van een EPD. In de tussentijd kan waardevolle ervaring opgedaan worden met het opzetten van regionale loketten.

**10. Verbind de organisatie van het loket aan bestaande voorzieningen**

Met dit rapport zetten we geen nieuwe voorziening neer, maar een nieuw concept te weten "het regionale loket voor acute zorg". Dit is een functioneel ontwerp van de functie telefonische toegang en regie. Wij adviseren geen nieuwe voorziening in het leven te roepen, maar aan te haken bij bestaande voorzieningen. Inbedding in de keten is dan sneller gewaarborgd en vervolgzorg is makkelijk geregeld. Bovendien kunnen mensen efficiënt worden ingezet op de verschillende processen.

**11. Organiseer op korte termijn een of twee pilots van een regionaal loket voor acute  
zorg**

De hierboven geschetste organisatie gaat pas leven wanneer deze in de praktijk wordt uitgetest. Gezien de aanwezigheid van een uniform triagesysteem en de mate van samenwerking in enkele regio's zijn pilots op korte termijn, onder strikte randvoorwaarden, mogelijk en nuttig. Hierdoor zal de Nederlandse acute zorg veel ervaring op kunnen doen welke stappen er nodig zijn op weg naar een patiëntvriendelijke en doelmatige acute zorg.

## Bijlage 1 Kwantificering van het verwacht aantal telefoontjes

### 1) Zorgvragen die bij de meldkamer '112' binnenkomen.

Doorgaans zijn de vragen die bij de meldkamer binnenkomen te typeren als spoedvragen (uitgezonderd de vraag om geplande ritten (de B-ritten) van de ambulance. Bij een deel ervan is de situatie levensbedreigend (A1-ritten) en bij een deel niet-levensbedreigend, maar wel acuut (A2-ritten)<sup>23</sup>. (aantal telefonische vragen bij 112 is opgevraagd; vooralsnog stellen we de telefonische vragen gelijk aan het aantal ritten)

In 2001 waren 21,7 ritten per 1000 inwoners A1 rit en 9,7 ritten per 1000 inwoners A2 ritten. **Landelijk** bedroeg in 2001 het aantal spoedvragen via 112 **493.730**, te weten 341.190 A1 ritten en 152.540 A2 ritten.

Op een **regionale populatie** van 1.171.000 inwoners (provincie utrecht) waren er in 2005 volgens de RAVU:

A1 ritten/telefoontjes 22.751  
A2 ritten/ telefoontjes 26.650  
B ritten/telefoontjes 31.004

Het totaal aantal A1 en A2 ritten/spoedvragen in een regio als Utrecht is op basis van deze gegevens op 49.401 ritten per jaar. Helaas is de verdeling naar avond, nacht en weekend niet bekend. Geschat wordt dat 20% van de telefoontjes die binnen komen op de meldkamer van de CPA resulteert in een rit (A1 en A2). Dat betekent dat er voor een regio Utrecht per jaar ongeveer 250.000 telefoontjes binnenkomen. Van dit aantal zou in de toekomst waarschijnlijk **100.000** binnen kunnen komen bij het acuut zorgloket (niet levensbedreigend, wel acuut) voor een regio als Utrecht.

### 2) Zorgvragen bij de huisartsenpost

Alle contacten met de huisartsenpost komen telefonisch binnen. Ook de mensen die door de SEH 'terugverwezen' zijn, worden eerst telefonisch aangemeld.

Post meldt 237 keer telefonisch contact per duizend inwoners op jaarbasis bij de huisartsenpost.<sup>24</sup> Voor **een regio als Utrecht** met 1.171.000 inwoners schatten we het totaal aantal telefoontjes op ongeveer **277.527** per jaar. Het **landelijk** totaal aan spoedvragen dat bij de huisartsenpost binnenkomt schatten we op  $237 * 16000 = 3.792.000$  per jaar.

Op basis van de Utrechtse Meetweek 2004 en 2005 komen we op 200 respectievelijk 180 telefonische contacten per jaar. De cijfers variëren per avond, nacht en weekend.

De verdeling van het aantal zorgvragen dat op de huisartsenpost in de regio Utrecht tijdens de Meetweek 2005 binnenkwam was:

**Tabel: Spreiding van het aantal zorgvragen over de ANW in de Huisartsenpost.**

|             | Doordeweeks (%) | Weekend (%) |
|-------------|-----------------|-------------|
| 00.00-07.59 | 5,8             | 6,3         |
| 08.00-16.59 | -               | 35,4        |
| 17.00-23.59 | 26,5            | 26,1        |

<sup>23</sup> (RIVM, 2004)

<sup>24</sup> Post (2004)

Sommige vragen die bij de huisartsenpost binnenkomen kunnen ook levensbedreigend zijn; U1 ritten die worden omgezet naar een A1 zijn volgens de cijfers van de RAVU 14.000 ritten per jaar voor de regio Utrecht.

Ook is bekend dat van de spoedvisites die de huisarts aflegt tijdens de ANW-dienst bijna 42 % alsnog naar de tweedelijin verwezen wordt. Niet duidelijk is in hoeveel van deze gevallen op dat moment alsnog 112 voor een ambulance gebeld wordt.

Bij een acuut zorgloket zullen ook de telefoontjes voor de HAP binnenkomen. Dit houdt in dat voor de regio ongeveer per jaar **280.000** telefoontjes zullen binnenkomen.

### **3) Zorgvragen via de SEH**

Het aantal zelfverwijzers op de SEH bedraagt in de Utrechtse ziekenhuizen 75 per 1000 inwoners (Meetweek 2005). Voor een regio als de provincie Utrecht betekent dat 87.825 zelfverwijzers per jaar. Het aantal zelfverwijzers is per regio echter zeer verschillend en kan derhalve niet zonder meer worden omgezet in een landelijk cijfer.

Wanneer toch een schatting gemaakt wordt en er van wordt uitgegaan dat de mensen die naar een SEH zullen gaan eerst moeten bellen zou dat betekenen dat voor de regio Utrecht ongeveer **100.000** telefoontjes per jaar binnenkomen. Dit aantal zal dan in de toekomst eerst bij het acuut zorgloket binnenkomen.

### **4) Thuiszorg spoedlijn**

Verwacht wordt dat het aantal spoedvragen voor de thuiszorg niet een significant verschil zal uitmaken op het totaal aantal telefoontjes dat bij het acuut zorgloket binnenkomt. Naar schatting zullen dat er per jaar voor een regio Utrecht ongeveer 10 per dag zijn. De RAVU heeft aangegeven dat op een avond 2-3 telefoontjes op de meldkamer binnenkomen voor de acute thuiszorg. Wanneer wordt uitgegaan van ongeveer 10 telefoontjes per dag dat zal binnenkomen bij het acuut zorgloket, houdt dit op jaarbasis in dat er voor de regio Utrecht **3500** telefoontjes binnenkomen.

### **5) GGz spoedlijn**

Net als bij de thuiszorg heeft de RAVU aangegeven dat voor een regio Utrecht slecht een paar telefoontjes op een avond binnenkomen voor acute GGz hulpverlening. Hier kan de conclusie getrokken worden dat bij een acuut zorgloket op jaarbasis ook niet meer dan **3500** telefoontjes zullen binnenkomen. Daarbij komt dat GGz-instellingen vaak een eigen spoeddienst hebben.

### **6) Verloskunde**

Het aantal telefoontjes dat bij het acuut zorgloket voor verloskunde zal binnenkomen zal ook niet veel zijn. Veel mensen die zwanger zijn hebben vaak al een verloskundige welke gebeld zal worden ten tijde van een bevalling. Naar schatting zal het aantal telefoontjes liggen op ongeveer **1000** per jaar.

### **7) Zorgvragen via het politienummer 0900-8844**

Het nummer van de politie 0900-8844 is voor vragen voor de politie die niet urgent zijn. Het is te verwachten dat tussen de vragen die op dit nummer binnen komen een aantal vragen bestemd zouden kunnen zijn voor het acuut zorgloket. Dit aantal zal echter niet heel groot zijn. Verwacht wordt dat dit voor een regio ter grootte van Utrecht ligt op ongeveer 50 per week en dus op **2500** per jaar.

### 8) Extra en geïnduceerde vragen

Het aantal extra vragen dat zal binnenkomen op het acuut zorgloket is moeilijk te schatten. Bij het politienummer 0900-8844 bleek dat niet heel veel extra vragen voor de politie binnenkwam. Het is ook zeer afhankelijk van de scope van het acuut zorgloket. Wanneer een groot scala van diensten wordt aangeboden, waaronder een brede voorlichtingsfunctie dan zal dit extra vraag genereren. Naar schatting zullen ongeveer **20.000** extra telefoontjes per jaar voor een regio als Utrecht binnenkomen.

Het totaal aantal spoedvragen bij het acuut zorgloket dat in een regio met de omvang van Utrecht te verwachten is, bedraagt ongeveer **510.500** op jaarbasis.

Splitsen we dit uit naar de avond nacht en weekenden dan zien we de volgende verdeling.

**Tabel ... Overzichtstabel schatting van acute zorgvragen in de avond nacht en weekend voor het acuut zorgloket op jaarbasis en per uur**

| Spoedvragen<br>acuut zorgloket | nacht<br>00.00-07.59            |          | weekenddag<br>08.00-16.59 | avond<br>17.00-23.59 |           | Totaal  |
|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------------------------|----------------------|-----------|---------|
|                                | Week                            | Weekend  | Weekend                   | Week                 | Weekend   |         |
| 112                            | 5,8%                            | 6,3%     | 35,4%                     | 26,6                 | 26,1%     | 100.000 |
| HAP                            | 5800                            | 6300     | 35400                     | 26600                | 26100     | 280.000 |
| Zelfverwijzers SEH             | 16240                           | 17640    | 99120                     | 74480                | 73080     | 100.000 |
| Spoedlijn thuiszorg            | 5800                            | 6300     | 35400                     | 26600                | 26100     | 3.500   |
| Spoedlijn GGz                  | 196                             | 221      | 123                       | 931                  | 914       | 3.500   |
| Spoedlijn verlos-<br>kunde     | 196                             | 221      | 123                       | 931                  | 914       | 1.000   |
| Via 0900-8844                  | 58                              | 63       | 354                       | 266                  | 261       | 2.500   |
| Extra vragen                   | 145                             | 158      | 885                       | 665                  | 653       | 20.000  |
| Totaal                         | 1120                            | 1260     | 7080                      | 5320                 | 5220      | 510.500 |
| Aantal telefoontjes<br>per uur | 29555                           | 32163    | 178485                    | 135793               | 133242    |         |
|                                | 29555/52                        | 32163/52 | 178485/52                 | 135793/52            | 133242/52 |         |
|                                | /5/8=                           | /2/8=    | /2/9=                     | /5/7=                | 2/7=      |         |
|                                | 14 tele-<br>foontjes<br>per uur | 39       | 190                       | 75                   | 183       |         |

In totaal is te verwachten dat het acuut zorgloket ongeveer 510.500 telefoontjes zal ontvangen. Dit is voor een regio Utrecht met een inwoneraantal van 1.171.000. Wanneer dit cijfer wordt ge-extrapoleerd naar Nederland is te verwachten dat op landelijk niveau per jaar 7.150.000 telefoontjes bij het acuut zorgloket binnenkomen. Als wordt uitgegaan van 10 regio's zullen er in de toekomst **715.000** telefoontjes per regio per jaar binnenkomen.



## Bijlage 2 Gegevensuitwisseling

*De basisinfrastructuur moet de zorg de volgende voordelen gaan bieden:*

- *Toegang tot actuele en volledige informatie*
- *Veilige communicatie, toegang en opslag van zorginformatie*
- *Toezicht op informatie uitwisseling en gebruik*
- *Landelijke reikwijdte voor regio overschrijdende zorg en acute hulp*
- *Direct toegang tot alle digitale patiënteninformatie*
- *Direct toegang tot alle zorgaanbieder en zorgverzekeraars*
- *Direct toegang voor patiënten*
- *Cruciale zorginformatie die 7 dagen in de week toegankelijk is*
- *Eén infrastructuur om met alle zorgpartijen te communiceren*
- *Efficiënte en effectieve communicatie tussen zorgpartijen*
- *Reductie van netwerkkosten*
- *Reductie van beheer en ontwikkelkosten*
- *Meer tijd beschikbaar bij ICT-afdelingen van zorginstellingen en softwareleveranciers voor het verder ontwikkelen van zorgprocessen en zorgtoepassingen*
- *Sneller en meer aanbod van landelijke toepassingen en content*

*Basisinfrastructuur*

*De basisinfrastructuur omvat centrale en lokale componenten.*

*Centraal:*

- *Landelijke stelsels van registers voor identificatie en authenticatie van patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars en overige zorgpartijen*
- *Een Landelijk Schakelpunt voor verwijzen, routeren, identificatie, authenticatie, autoriseren en loggen.*
- *Zorg Service Providers voor de communicatie en dienstverlening tussen lokale omgevingen en de centrale LSP-omgeving.*

*Lokaal:*

- *Zorg-informatiesystemen bij de zorginstellingen, die:*
  - voldoen aan de eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem,*
  - functionaliteit (berichten en procedures) omvatten voor het e-medicatedossier, en e-waarneemdossier voor huisartsen en e-cdeclareren*
  - gebruikt worden door zorgverleners met UZI-pas.*
  - gebruik maken van UZI-systeempassen. ([www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl))*

### **Goed Beheerd Zorgsysteem**

*Een Goed Beheerd Zorgsysteem is een informatie omgeving van zorgverleners en zorgverzekeraars dat voldoet aan de kwaliteitseisen op het gebied van berichtenstandaarden, beveiliging, performance en beschikbaarheid. Om te zorgen voor betrouwbare gegevensuitwisseling is te verwachten dat in de toekomst zorgverleners moeten voldoen aan de eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem.*



## Bijlage 3 Geraadpleegde deskundigen

| <b>Naam</b>    | <b>Organisatie</b>  |
|----------------|---|
| J. Pierik      | Ambulance Oost  |
| A. Leferink    | Carint  |
| E. van Dijk    | CHP Nieuwe Waterweg Noord   |
| P. van Driel   | Elisabeth Ziekenhuis Tilburg  |
| P. Aben        | HDS West-Brabant  |
| D. Kievit      | Huisartsenpraktijk Zuilenstein  |
| J. Haeck       | IGZ   |
| R. Sardeman    | IGZ   |
| P. Jochems     | NHG   |
| G. de Kruijf   | Politie/brandweer/ambulance Progr. Meld- Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland |
| J. van Rooijen | Politie/brandweer/ambulance Progr. Meld- Informatie- en Coördinatiecentrum Kennemerland |
| J. van Engelen | RAVU  |
| J. Versluis    | RAVU  |
| R. Drijver     | Spoedpost Waterland Purmerend   |
| E. Hammacher   | St. Antonius ziekenhuis   |
| W. ten Wolde   | Stichting LAMP  |
| I. de Kam      | Thuiszorg Alliantie Centraal Nederland  |
| C. van Vugt    | Vereniging Huisartsenposten Nederland   |