



Acute Zorg
Uitgangspunten en
kwaliteitscriteria
vanuit patiëntenperspectief

Utrecht, juni 2006

MELDPUNT

'Last van veranderingen in de zorg?'

030 29 16 777 van maandag tot en met vrijdag
van 10.00 tot 16.00 uur of kijk op www.npcf.nl

Colofon

Uitgave

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Postbus 1539
3500 BM Utrecht
telefoon: (030) 297 03 03
fax: (030) 297 06 06
e-mail: npcf@npcf.nl
website: www.npcf.nl

Bestelnummer: 24

Prijs

€ 3,50 inclusief verzendkosten

Utrecht, juni 2006

Bestellen van deze brochure is mogelijk door overmaking van het gevraagde bedrag (inclusief verzendkosten) op Postbank nr. 370907 t.n.v. de NPCF te Utrecht o.v.v. het bestelnummer. Bij afname van meerdere exemplaren naar hetzelfde verzend-/debiteurenadres gelden kortingen.

De in dit rapport opgenomen informatie mag worden gebruikt met bronvermelding.

Samenvatting

EISEN AAN ACUTE ZORG VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

1. Per regio is er een informatiekaart (huis aan huis verspreid) over waar mensen terecht kunnen voor acute zorgvragen.
2. Overal in Nederland is een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid gegarandeerd.
3. Voor onmiddellijk levensbedreigende zorgvragen kan binnen 8 minuten de eerste zorg verleend worden.
4. Naast 112, voor als elke seconde telt, is er een eenduidig landelijk telefoonnummer voor niet onmiddellijk levensbedreigende zorgvragen.
5. Er is een goede spreiding van huisartsenposten en ziekenhuizen met een SEH-afdeling. Patiënten moeten deze binnen 30 (auto)minuten kunnen bereiken.
6. Waar dit vanuit spreidingsoogpunt mogelijk is bevinden huisartsenpost en SEH zich onder één dak en vormen één organisatie.
7. Bij de post is ook een apotheekvoorziening.
8. De keten van acute zorg is goed op elkaar afgestemd. Dit is geborgd in een kwaliteitssysteem.
9. Overal in de keten vindt op een éénduidige wijze de triage plaats.
10. In de hele keten is het elektronisch (waarneem) dossier beschikbaar. Dit dossier is ook voor de patiënt zelf in te zien.
11. Er wordt overal deskundige en patiëntgerichte zorg verleend. Waar mogelijk vindt taakdelegatie plaats.
12. Er is een adequate klachtenregeling, conform de WKCZ.
13. Periodiek vindt er klantervaringenonderzoek plaats; de resultaten leiden tot een verbetertraject in overleg met patiëntenplatforms.
14. Aan de patiënt wordt duidelijke voorlichting gegeven over de financiële gevolgen voor de patiënt (verschil tussen zorg door huisartsenpost en zorg door SEH).

Inhoudsopgave

Samenvatting: Eisen aan acute zorg vanuit patiëntenperspectief	03
1) Inleiding	05
2) Wat is een acute zorgvraag?	05
3) Snelle veranderingen in de acute zorg	05
4) Zorgaanbieders op het gebied van acute zorg	06
5) Functionele benadering van acute zorg	07
6) Acute zorg: eerste of tweede lijn?	08
7) Als elke seconde telt	08
8) Waar gaat of belt de patiënt heen?	09
- Duidelijkheid voor de patiënt	09
- Acute zorg tussen 08.00 en 17.00 uur	09
9) Triage	09
10) Elektronisch patiëntendossier	10
11) Kwaliteit van zorg	10
12) Discussiepunten voor de nabije toekomst	10
13) Kwaliteitscriteria voor acute zorg vanuit patiëntenperspectief	10
a. Algemeen	11
b. Informatie en voorlichting	11
c. Bereikbaarheid, spreiding, toegankelijkheid en wachttijden	12
d. Triage	13
e. Behandeling/zorgverlening	13
f. Beschikbaarheid patiëntgegevens	14
g. Klachtenregeling	14
h. Cliëntenparticipatie	14

1. Inleiding

Dit document geeft beknopt weer waaraan acute zorg in Nederland in de ogen van de NPCF zou moeten voldoen.

De uiteindelijke invulling kan regionaal verschillen. Op regionaal niveau zullen patiënten-organisaties, zorgaanbieders en verzekeraar naar de meest optimale invulling moeten zoeken. In dit document is bijeen gebracht wat door de NPCF de afgelopen jaren, al dan niet zijdelings, is uitgedragen en opgeschreven over acute zorg. We nemen hierin de uitkomsten van door de NPCF geïnitieerde onderzoeken mee en maken gebruik van de notities van enkele regionale patiënten consumenten platforms.¹

Dit document is bestemd voor:

- de NPCF zelf en haar vertegenwoordigers (als werkdocument);
- stakeholders en landelijke koepelorganisaties die zich bezighouden met acute zorg: het document biedt een overzicht van eisen, wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van acute zorg;
- regionale patiëntenorganisaties die het kunnen gebruiken bij het specificeren van eisen voor de regio en bij het toetsen van bestaande voorzieningen in hun regio.

2. Wat is een acute zorgvraag?

Bij acute zorgvragen gaat het om vragen die door patiënten als acuut worden ervaren. Een oneigenlijke acute zorgvraag bestaat niet. Het kunnen ook zorgvragen betreffen die vanuit medisch inhoudelijk oogpunt als minder acuut worden geclassificeerd. De patiënt weet vaak pas achteraf of iets feitelijk net zo acuut was dan hij zelf had ingeschat.

De NPCF kiest voor een ruime omschrijving van acute zorg. Alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen behoort daartoe. Daaronder vallen uiteraard acute levensbedreigende zaken. Maar het betreft dus ook de vragen die louter met een telefonisch advies of een geruststelling kunnen worden beantwoord; de patiënt geeft dan aan wat er aan de hand is en krijgt een zelfzorg advies.

De acute zorgvraag moet 7X24 uur per dag gesteld en beantwoord kunnen worden. Hiervoor is een duidelijk telefoonnummer noodzakelijk en een duidelijke en herkenbare fysieke plek waar je eventueel naar toe moet.

Het betreft hier niet de vragen van patiënten die een niet-acute zorgvraag hebben, maar deze toch buiten de reguliere kantoortijden stellen. Dit vraagt om een ander antwoord zoals het voldoende beschikbaar zijn van zorg tijdens de daguren en het afstemmen van openingstijden en spreekuren van (huis)artsen, poliklinieken etc. op de wensen van de zorgvragers in de regio.

3. Snelle veranderingen

In betrekkelijk korte tijd is er in Nederland ten aanzien van de acute zorg veel veranderd. Het aantal ziekenhuizen en ziekenhuislocaties met een spoedeisende hulp afdeling is afgenomen. Hoogspecialistische acute zorg is ondergebracht in een aantal grotere en gespecialiseerde ziekenhuizen.

¹ Het betreft hier ondermeer het rapport 'Spoed moet goed' van de NPCF (Amsterdam 2005), en een checklist met kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor spoedeisende zorg van PP/CP Utrecht (april 2005).

Huisartsen hebben in een snel tempo het werken met waarneemgroepen voor de avond-, nacht- en weekenddiensten omgezet in een (bijna) landelijk dekkend netwerk van huisartsenposten. Daarbij wordt voor een veel groter werkgebied dienst gedaan vanuit een vaste huisartsenpost. Reden voor het massaal tot stand komen van deze huisartsenposten was op de eerste plaats het verminderen van werkdruk van huisartsen. De huisartsenposten hebben zich in korte tijd doorontwikkeld tot veelal hoogwaardige professionele organisaties. Daarmee verwierven ze ook een plaats in de keten van acute zorgverlening.

Uit de achterban van de NPCF komen soms geluiden van mensen die terug willen naar de situatie van vroeger, waarbij de huisarts dag en nacht bereikbaar en beschikbaar was. Toch is de NPCF van mening dat zij niet anders kan dan aansluiten bij de door de huisartsen zelf in razendsnel tempo doorgevoerde 'normalisering' van werktijden en beschikbaarheid. Dat past nu eenmaal in de huidige samenleving. Maar in die samenleving moet ook oog zijn voor de wensen en behoeften van de patiënt van nu; daaronder behoren een begripvolle en deskundige omgang met diens acute zorgvragen. Mensen voelen zich angstig en onzeker als iets niet in orde is met hun gezondheid of die van hun naasten, zeker 's nachts of in het weekend. Zij verwachten dat deskundige hulp snel en eenvoudig toegankelijk is.

4. Zorgaanbieders op het terrein van acute zorg

Acute zorg wordt op dit moment geleverd door verschillende beroepsbeoefenaren en instellingen, te weten:

- huisartsenpraktijken (weekdagen overdag)
- huisartsenposten (HAP)
- huisartsendienstenstructuren/waarneemdiensten (afnemend in aantal)
- verloskundigen
- spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen (SEH)
- ambulancediensten
- traumacentra
- ggz crisiscentra
- instellingen voor thuiszorg en terminale zorg
- apotheken
- tandartsen

In de Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010 wordt traumazorg omschreven als zorg aan mensen die het slachtoffer zijn van een ongeval. "Een trauma is het lichamelijke letsel van een ongevalslachtoffer. Dat letsel kan variëren van minimaal tot zeer ernstig. Traumazorg is in de regel ketenzorg en de kwaliteit hiervan wordt bepaald door de zwakste schakel. De samenwerking begint op de plaats van het ongeval en eindigt bij de laatste behandeling van de revalidatiearts. Een landelijk goed samenhangende traumazorgketen moet leiden tot een daling van het aantal dodelijke slachtoffers, tot een vermindering van blijvende restinvaliditeit en tot betere kwaliteit van traumazorg in het algemeen. Voor een kleine groep patiënten met ernstige traumata leidt het concentreren van de noodzakelijke multidisciplinaire zorg in daarvoor uitgeruste ziekenhuizen tot aanzienlijke gezondheidswinst. In Nederland zijn nu tien ziekenhuizen aangewezen als traumacentrum."²

Er zijn in Nederland nog grote verschillen in mate van afstemming en samenwerking in de acute zorgketen.

² Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010, Kamerstuk 19-4-2006

Om in alle regio's tot een goede afstemming te komen heeft de minister de traumacentra opdracht gegeven om de verschillende aanbieders van acute zorg in de regio om tafel te krijgen en afspraken te laten maken. Ook Regionale Patiënten Consumenten Platforms moeten hierbij betrokken worden.

De uiteindelijke bestuurlijke context van de acute zorgvoorzieningen is voor de zorgvrager niet zo relevant mits de acute zorg maar snel, goed en adequaat geleverd kan worden. In verband met de afstemming in de keten is het vanuit het perspectief van de patiënt wel relevant dat de zorgaanbieders in een regio goede afspraken met elkaar maken en deze ook nakomen. De zorgverzekeraar zal voldoende acute zorg moeten inkopen en daar kwalitatief hoge eisen aan moeten stellen.

5. Functionele benadering van acute zorg

In actuele discussies m.b.t. acute zorg wordt veel gesproken over al dan niet samengaan van huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen. Feit is dat er in elk geval een aanzienlijke overlap is tussen wat de huisartsenpost doet en wat de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis doet. Feit is ook dat er nog behoorlijke domeindiscussies plaatsvinden: wie kan wat nou het beste. Daarnaast spelen financiële belangen een rol; veel ziekenhuizen c.q. specialisten willen en/of kunnen de inkomsten die zij genereren met de niet-complexe zorgvragen op de SEH niet missen.

Om niet in deze domein- en financiële discussies te stranden kan gekeken worden naar de verschillende functies die in de acute zorg onderscheiden kunnen worden.

Een functionele benadering van de acute zorg maakt het makkelijker om de discussie te voeren over mogelijke taakherschikking. Wie wat doet in dit proces is voor de patiënt minder relevant als de geleverde zorg maar deskundig, snel, adequaat en kwalitatief verantwoord is. In de nieuwe zorgverzekeringwet wordt uitgegaan van een functionele benadering van zorg. De functionele aanspraken in deze wet regelen de aard, inhoud en omvang van verzekeringsaanspraken, maar niet door wie en waar deze zorg wordt geleverd. In een functiegerichte benadering kan concreter invulling worden gegeven aan de wensen en verwachtingen van de patiënt.

In het in 2005 verschenen rapport "Acute zorg: over schakels en functies" van het CVZ worden in de acute zorg drie processtappen onderscheiden:

- Toegang en regie
- Stabilisatie en behandeling
- Vervolgzorg.

Binnen elke processtap worden verschillende functies benoemd.

Toegang en regie omvat de functies consumentenvoorlichting, telefonische toegang en regie voor levensbedreigende vragen (112), telefonische toegang en regie voor niet-levensbedreigende vragen ("113"), en fysieke toegang.

De processtap stabilisatie en behandeling omvat de volgende functies: stabilisatie en vervoer, mobiele behandeling, geprotocolleerde zorg, basisbehandeling en behandeling met aanvullende diagnostiek.

In de processtap vervolgzorg kunnen de volgende functies onderscheiden worden: zorg bij hartinfarct, zorg bij CVA, zorg bij multitrauma, zorg bij zwangerschap en algemeen/gespecialiseerde vervolgzorg.

Met de indeling in functies wordt goed aangegeven welke zorg aan de patiënt geboden moet kunnen worden.

6. Acute zorg: eerste of tweede lijn?

Wanneer je uitgaat van een functionele benadering van de acute zorg, zoals hierboven besproken, is een indeling naar eerstelijnszorg en tweedelijnszorg niet meer zo relevant; we willen juist niet in domeinen denken.

Van belang is dat aan de door patiënten gestelde kwaliteitscriteria voor acute zorg wordt voldaan.

De NPCF is in het algemeen voorstander van zoveel als mogelijk opvang en behandeling van acute zorgvragen door zorgverleners met een brede (huisarts-)geneeskundige blik. Eerstelijnszorg is zorg die aansluit bij het dagelijks leven van de patiënt. Er wordt met een brede (huisarts)geneeskundige blik gekeken en niet zuiver en alleen naar het "zieke" onderdeel. Dat is ook voor acute zorgvragen in de avond-, nacht- en weekenduren van belang!

Bovendien komt onder meer uit het in opdracht van de NPCF uitgevoerde onderzoek "Spoed moet goed"³ naar voren, dat acute zorg geleverd door huisartsen minder extra diagnostiek en kosten met zich meebrengt dan wanneer dezelfde zorgvragen vanuit het ziekenhuis worden behandeld.

Spoedeisende huisartsenzorg is bij voorkeur zoveel mogelijk verbonden met de afdeling spoedeisende zorg van een ziekenhuis. Het geeft patiënten een veilig gevoel dat, indien noodzakelijk, gemakkelijk een beroep kan worden gedaan op de apparatuur en deskundigheid van het ziekenhuis. De spreiding van posten speelt hier wel een belangrijke rol. Iedereen die gebruik wil maken van spoedeisende huisartsenzorg moet binnen 30 minuten bij een post kunnen zijn. In de directe nabijheid moet ook een apotheekvoorziening aanwezig zijn, zodat geen onnodige tijd verloren gaat. Huisbezoeken blijven in spoedgevallen mogelijk.

Terminale patiënten willen thuis bij voorkeur geholpen worden door de eigen huisarts. Voor hen is het van belang dat de eigen huisarts afspraken maakt over de eventuele bereikbaarheid buiten kantoortijden, zodat zij niet met verschillende artsen en verschillend beleid te maken krijgen.

7. Als elke seconde telt

De landelijk aanvaarde norm voor aanrijtijd van ambulance en/of huisarts ligt momenteel op 15 minuten. Binnen 15 minuten na een melding moet er ter plaatse stabilisatie en/of eerste behandeling kunnen plaatsvinden.

De NPCF wil dat toegewerkt wordt naar een norm van 8 minuten voor levensbedreigende situaties, conform het in 2003 door de RVZ uitgebrachte advies "Acute Zorg". Het tijdig ingrijpen (binnen 8 minuten) bij onmiddellijk levensbedreigende en op korte termijn levensbedreigende situaties biedt de patiënt veel betere overlevingskansen. Bovendien kan daardoor irreversibele gezondheidsschade worden voorkomen, hetgeen weer rechtstreeks van invloed is op de zorgvraag in de rest van de curatieve zorgketen. Door sneller ingrijpen kunnen aanzienlijke besparingen in de vervolgzorg bereikt worden.

De ambulancehulpverlening vormt de mobiele schakel tussen de partners in de keten. Het inzetten van verschillende typen ambulances zoals helikopter, ambulancemotor en hulpambulance, afhankelijk van de zorgvraag (hoog complexe of laag complexe zorg) en de kenmerken van de betreffende regio, kan bijdragen aan een efficiëntere organisatie van de hulpverlening.

Het is denkbaar dat door opleiding en uitrusting van politie en brandweer als first responders, ook enige tijdswinst kan worden geboekt. Ook goed getrainde bedrijfshulpverleners en burgers zouden een bijdrage kunnen leveren als first responder.

³ TNS NIPO in opdracht van de NPCF. Spoed moet goed. Een onderzoek naar spoedeisende zorg. Amsterdam 2005.

8. Waar belt of gaat de patiënt heen?

Duidelijkheid voor de patiënt

Het moet helder zijn waar de patiënt met zijn acute zorgvraag naar toe moet. Daartoe moet duidelijke voorlichting verstrekt worden in de betreffende regio. Huisartsen dienen hun patiënten goed te informeren waar zij buiten kantoor tijden terecht kunnen.

In sommige gevallen is het iedere patiënt of omstander meteen duidelijk dat hij 112 moet bellen, bijvoorbeeld bij een ernstig (verkeers-)ongeval. Voor andere zaken is het niet zonder meer duidelijk of de huisartsdienst/huisartsenpost of 112 gebeld moet worden of dat men naar de SEH moet. Praktijk is momenteel dat veel mensen meteen naar de SEH gaan omdat zij bijvoorbeeld het nummer van de huisartsenpost niet bij de hand hebben. Ook is patiënten niet duidelijk dat er voor de GGZ weer een andere spoeddienst is.

Indien er een landelijk bekend nummer is voor niet-levensbedreigende spoedzorg, zoals 113, zullen mensen gemakkelijker, waar zij zich ook bevinden, telefonisch contact met de huisartsenpost opnemen.

Uitgangspunt moet zijn dat de patiënt weet waar hij zich (telefonisch) moet melden.

Acute zorg tussen 8.00 en 17.00 uur

Zoals eerder al gesteld moet de acute zorgvraag 24 uur per dag beantwoord kunnen worden. Een aanzienlijk deel van deze vragen kunnen op werkdagen tussen 8.00 en 17.00 uur door de eigen huisartspraktijk van de patiënt worden opgevangen. De NPCF heeft nog geen definitief standpunt over de opvang van acute zorgvragen overdag. Feit is dat er wat inconsequenties de kop opsteken als deze acute zorg overdag anders georganiseerd is dan in avond-, nacht- en weekenduren. Is de huisartsenpraktijk werkelijk deze hele periode goed bereikbaar voor acute zorgvragen die spoed vereisen? Verstoren acute zorgvragen het reguliere werk niet te zeer? De patiënt zelf loopt ook de kans alsnog naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis te worden doorverwezen. Stellen we aan de doktersassistente van de huisartsenpraktijk dezelfde eisen dan aan de triagist op de huisartsenpost en SEH?

9. Triage

Nadat de patiënt zich telefonisch of fysiek heeft gemeld, dient er deskundige triage plaats te vinden. Triage kan worden omschreven als het dynamische proces van urgentie bepalen én vervolgtraject indiceren (Nederlands Triage Systeem, 2006).

Degene die de triage uitvoert dient daarvoor een adequate opleiding te hebben gevolgd. Patiënten willen weten dat degene die aan de telefoon zit ook daadwerkelijk deskundig is.

De patiënt moet snel kunnen aangeven hoe spoedeisend zijn vraag is, nog voordat allerlei persoonsgegevens worden opgevraagd.

De triage dient eenduidig te zijn en indien een patiënt wordt doorverwezen worden de gegevens doorgegeven, zodat de patiënt niet alles opnieuw hoeft te vertellen. Er is altijd een ervaren arts op locatie aanwezig voor overleg met de triagist. Ook fiatteert deze arts de zelfstandig afgehandelde vragen door de triagist binnen een uur.

De verschillende aanbieders op het terrein van de acute zorg hanteren momenteel nog verschillende urgentie categorieën (U1 t/m U4, A1 t/m A4, rood-geel-groen-kaarten etc.). Gezamenlijk gaan hanteren van eenzelfde triage systeem kan verwarring voorkomen.

10. Elektronisch patiëntendossier

De verschillende partners/schakels in de acute zorg dienen te kunnen beschikken over het elektronisch dossier van de betreffende patiënt. Dat kunnen vooralsnog het waarneemdossier huisarts en het elektronisch medicatiedossier zijn. Patiënten moeten goed voorgelicht worden over het gebruik van een elektronisch patiënten dossier. Patiënten wordt toestemming gevraagd voor het opvragen en doorsturen van gegevens.

11. Kwaliteit van zorg

Er moet gewerkt worden aan een integraal kwaliteitssysteem voor de hele keten van acute zorg. Cliëntenraadpleging vormt een onderdeel van een dergelijk kwaliteitssysteem. De cliëntentoets moet betrekking hebben op alle stappen die de cliënt in de keten van acute zorg doorloopt.

12. Discussiepunten voor de nabije toekomst

De acute zorg is sterk op weg naar een keten van goed op elkaar aansluitende zorg voor acute zorgvragen. Voor de nabije toekomst staan er wat de NPCF betreft nog wel een aantal discussiepunten open. We noemen hier:

- een optimale aansluiting van acute zorg en reguliere zorg. Goed toegankelijke dagzorg kan voorkomen dat zorgvragers in de acute zorgketen terechtkomen; andersom zal vanuit de acute zorg ook een goede aansluiting moeten zijn op de vervolgzorg in de dagsituatie;
- de rol van de huisartsenpraktijk overdag in de acute zorg. Gaan we bijvoorbeeld aan triage in de huisartspraktijk dezelfde eisen stellen als aan triage in de overige schakels van de acute zorg. Hoe gaan die zorgvragen opgepakt worden die primair huisartsgeneeskundige aanpak vragen en die overdag op de SEH terechtkomen?
- verkenning van de mogelijkheden om ook acute mondzorg te integreren in de acute zorgverlening. Ook voor acute mondzorg is een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van belang. Mogelijk kan deze geoptimaliseerd worden door aan te sluiten bij spoedposten;
- is het zinvol om in de acute zorg met DBC's te werken?

13. Kwaliteitscriteria voor acute zorg vanuit cliëntenperspectief

Op de volgende pagina's worden de kwaliteitscriteria voor acute zorg vanuit patiëntenperspectief weergegeven.

Kwaliteitscriteria acute zorg vanuit patiëntenperspectief

a. Algemeen

- De acute zorgvraag staat centraal in de keten van acute zorg (oneigenlijke acute zorgvraag bestaat niet). Hierbij gaat het om vragen die door de patiënt als acuut ervaren worden en die niet uitgesteld kunnen worden. Dit kunnen ook vragen zijn die vanuit een medisch inhoudelijk oogpunt als minder acuut worden geclassificeerd.
- De acute zorgvraag moet 7x24 uur per dag gesteld en beantwoord kunnen worden. Hiervoor is een duidelijk telefoonnummer en een herkenbare fysieke plek noodzakelijk.
- Concentratie van specialistische acute zorg is wenselijk. Het moet voor iedereen duidelijk zijn waar deze specialistische acute zorg geleverd wordt. (bijvoorbeeld t.a.v. CVA: welke ziekenhuizen hebben een stroke-unit?)
- Voor de organisatie van de acute zorg hanteren de betrokkenen zoveel als mogelijk protocollen.
- Er wordt te allen tijde bekwaam en voldoende gekwalificeerd personeel ingezet.
- Er zijn sluitende afspraken tussen de ketenpartners in de acute zorg (HAP, SEH, ambulancedienst, GGZ crisisdienst, verloskundigen, thuiszorg) over de samenwerking bij spoedmeldingen; alle ketenpartners zijn op de hoogte van de afspraken. De afspraken betreffen de procedure, inhoud van de zorg en de verantwoordelijkheidsverdeling bij de spoedmeldingen.
- Er zijn sluitende afspraken met de ketenpartners in de regio over de procedure en logistiek voor behandelingen die aansluiten op de triage.
- Patiënten worden geïnformeerd over de behandeling en de eventuele risico's, over vastlegging en uitwisseling van gegevens (conform WGBO), en over de klachten regeling.
- Bij onmiddellijke levensbedreigende en op korte termijn levensbedreigende situaties moet binnen 8 minuten ingegrepen kunnen worden (stabiliseren). Dit moet voor elke inwoner van Nederland op kunnen gaan. Het bereiken van de '15 minutengrens' wordt nu als pragmatische tussenstap gezien om uiteindelijk de '8 minutengrens' te realiseren.

b. Informatie en voorlichting

- Alle huishoudens in het werkgebied ontvangen een telefoonkaart waarop naast het centrale telefoonnummer en adres, kort en duidelijk staat wat er gebeurt zodra ze dit telefoonnummer bellen en welke gegevens worden gevraagd. Op de achterkant kan meer informatie gegeven worden over de aangeboden diensten.
- Informatie over de voorziening is gemakkelijk te vinden: bijvoorbeeld via een website, regelmatig herhaald in huis-aan-huisbladen, informatiefolders in de huisartsenpraktijk en bij de spoedpost.
- In de informatie over de voorziening staat duidelijk beschreven:
 - het centrale telefoonnummer en het bezoekadres;
 - voor welke hulpvragen de spoedeisende zorg bedoeld is;
 - wat een telefonische triage inhoudt, welke vragen worden gesteld en welke gegevens men bij de hand moet hebben;
 - de werkwijze van de voorziening;
 - de verschillende mogelijkheden van contact worden genoemd; bezoek, telefonisch advies en huisbezoek door een arts;
 - welke hulpverleners er werken, wat zij doen en in welke relatie zij tot elkaar staan;

- dat de voorziening beschikt over medische gegevens via de eigen huisarts en dat medische gegevens naar de eigen huisarts worden doorgespeeld bij gebruik van een waarneemdossier huisartsen of elektronisch medicatie dossier (zie ook medische gegevens);
- waar men terecht kan met eventuele klachten;
- wat de financiële consequenties zijn (kosten consult, no-claim, eigen risico).
- Voor allochtonen zijn informatiefolders in de eigen taal beschikbaar.

c. **Bereikbaarheid, toegankelijkheid, spreiding en wachttijden**

- Er is één toegang voor acute zorg. HAP en SEH zijn in elkaars nabijheid gesitueerd.
- In de directe omgeving is ook een apotheekvoorziening waar de patiënt buiten kantooruren terecht kan.
- De spreiding en beschikbaarheid van spoedeisende hulpafdelingen, huisartsenposten en ambulancelandplaatsen is zodanig dat in de regio binnen 15 minuten acute zorg geleverd kan worden (integraal referentiekader voor acute zorg). Dit kan betekenen dat in plattelandsgebieden de huisartsenposten extra moeten zijn uitgerust om adequate acute zorg te kunnen leveren (*inclusief apotheekvoorziening*).
- Er is een telefoonnummer voor onmiddellijk levensbedreigende situaties: 112.
- Er is één telefoonnummer voor de overige acute zorg, liefst landelijk uniform 113, zodat de zorgvrager, ook al is hij niet op zijn thuisbasis, weet welk nummer hij moet bellen.
- Patiënten moeten zich ook rechtstreeks bij de post kunnen vervoegen (voor sommige zorgvragers is bijvoorbeeld de telefonische gang van zaken niet duidelijk).
- De voorziening is rechtstreeks telefonisch bereikbaar.
- Er wordt zo min mogelijk gebruik gemaakt van een antwoordapparaat. De eventuele tekst op antwoordapparaten is duidelijk gesproken, kort en bondig. Het blijkt dat mensen in een panieksituatie lange teksten en doorverwijzingen moeilijk opnemen.
- Er is een mogelijkheid een spoedtoets te kiezen waarbij geen wachttijd is.
- De telefonische wachttijd is beperkt. Patiënten in de 'wachtrij' krijgen informatie over de wachttijd.
- Bij gebruik van keuzemenu's moet men, indien na 15 seconden geen keuze is gemaakt, automatisch doorverbonden worden met een medewerker. Sommige mensen (b.v. ouderen, slechthorenden, niet-nederlands sprekenden) hebben moeite met keuzemenu's.
- De voorziening heeft een regeling voor telefoonstoringen en overbelasting.
- De voorziening is toegankelijk voor patiënten die geen telefonisch contact vooraf hebben gehad. Bij hen vindt de triage op locatie plaats.
- De voorziening is toegankelijk voor iedereen met een acute zorgvraag, ook al is hij niet bij een van de huisartsen in het werkgebied ingeschreven. Het uitgangspunt is dat patiënten zelf kunnen kiezen welke locatie voor de spoedeisende zorg zij bezoeken.
- De afstand naar de voorziening bedraagt voor patiënten maximaal 30 minuten met de auto.
- Voorzieningen zitten op een goed bereikbare en duidelijk herkenbare plek. Er is een goede bewegwijzering naar de voorziening via belangrijke verkeersroutes en in de omgeving van de voorziening.
- Voorzieningen bevinden zich op een veilige en goed verlichte plek.
- De voorziening is voor iedereen goed toegankelijk, dus ook voor mensen in een rolstoel, met een visuele beperking etc.
- Bij de bouw en inrichting is rekening gehouden met het bieden van privacy aan patiënten bij de receptie en in spreekkamers.
- Wachttijden op locatie zijn redelijk. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met een afspraaktijd voor mensen die zich telefonisch melden. Patiënten worden goed geïnformeerd over eventuele wachttijden.
- First responders (zoals brandweer en politie) kunnen ingezet worden aanvullend op de acute zorg keten. Zij dienen te beschikken over kennis en vaardigheden mbt Basic Life Support.

d. Triage

- Voor een telefonische triage is er binnen 30 seconden een eerste contact met de triagist.
- De zorgvraag van de patiënt komt in het gesprek eerst aan de orde, daarna worden pas overige gegevens gevraagd.
- Voor spoedeisende gevallen is er een spoedtoets (of soortgelijke voorziening) om na het tot stand komen van het contact onmiddellijk de telefonische triage in te laten zetten.
- Voor niet-spoedeisende gevallen heeft voor 100% van deze gevallen binnen 10 minuten het telefonische consult plaatsgevonden.
- Er moet een systeem van triage zijn waardoor de patiënten met een acute zorgvraag op de juiste plaats (bijvoorbeeld bij de spoedeisende hulp afdeling of huisartsenpost) terecht komen zodat zij direct de zorg ontvangen die afgestemd is op hun zorgvraag.
- Indien de patiënt alsnog naar een andere plaats wordt verwezen zijn daar de gegevens over de eerder gedane triage aanwezig.
- Er is altijd een ervaren arts op locatie aanwezig voor flattering en overleg met de triagist.
- Wanneer de triagist en patiënt niet tot overeenstemming kunnen komen over de urgentie van de klacht neemt de (telefoon)arts het contact met de patiënt over.
- De zelfstandig door de triagist afgehandelde vragen worden binnen een uur gefiatteerd door een arts.
- Er zijn specifieke protocollen en eisen aan vaardigheden van triagisten voor het uitvoeren van telefonische triage.
- Voor het bepalen van het type consult bij telefonische triage (telefonisch overleg met arts, bezoek aan voorziening of huisbezoek) spelen naast medische ook sociale factoren een rol. Er zijn richtlijnen voor specifieke situaties en groepen (ouderen, kinderen, gehandicapten), bijvoorbeeld de optie huisbezoek ruimer te hanteren.
- Patiënten die zich zonder voorafgaand telefonisch contact op de post melden worden bij binnenkomst getriageerd. De mate van urgentie bepaalt hoe snel zij verder geholpen worden. Goede bejegening en indien nodig geruststelling zijn belangrijk. Patiënten worden goed geïnformeerd over wachttijden, ook als zich daarin wijzigingen voordoen.

e. Behandeling/ zorgverlening

- Er wordt te allen tijden bekwaam en voldoende gekwalificeerd personeel ingezet. Artsen en verpleegkundigen zijn opgeleid en getraind om daadwerkelijk spoedeisende zorg te kunnen verlenen en beschikken over noodzakelijke materialen. Triagisten hebben een gespecialiseerde opleiding gevolgd.
- Huisartsenposten moeten goed zijn uitgerust om ook daadwerkelijk acute zorg te kunnen leveren. Dit vereist naast opleiding en training van huisartsen, beschikbaar hebben van materiaal zoals een defibrillator, uitrusting om te intuberen etc (bijvoorbeeld met medewerking van een hulpambulance).
- De hulpverlener heeft een rustige en begripvolle houding en neemt voldoende tijd.
- De hulpverlener geeft goede informatie over onderzoek en behandeling (conform WGBO).
- Op de HAP en SEH wordt gewerkt met een kwaliteitssysteem waarin het patiëntenperspectief betrokken is.
- Een consult, waaronder begrepen fysieke triage en behandeling, kan plaatsvinden op de post, op een nader af te spreken plaats of in de thuissituatie van de patiënt.
- De plaats van behandeling is binnen normale omstandigheden met een auto in maximaal 30 minuten te bereiken is.

f. Beschikbaarheid patiëntgegevens

- Medische gegevens zijn elektronisch beschikbaar, ook bij ambulance en SEH (minimaal: waarneemdossier huisarts en medicatiedossier).
- Er zijn uniforme criteria met betrekking tot wie toegang heeft tot deze gegevens en onder welke omstandigheden.
- Er is een uniforme procedure voor terugkoppeling van de gegevens naar de eigen huisarts.
- Patiënten zijn geïnformeerd over deze terugkoppeling van gegevens naar de eigen arts.
- Patiënten zijn geïnformeerd over de mogelijkheid bezwaar te maken tegen de uitwisseling van gegevens tussen de eigen huisarts en de voorzieningen voor acute zorg.
- Bij de voorziening wordt gewerkt met een zogenoemd Goed Beheerd Zorgsysteem; er wordt voldaan aan geldende normen met betrekking tot informatiebeveiliging (o.a. NEN 7510).

g. Klachtenregeling

- Er is een laagdrempelige klachtregeling conform de WKCZ.
- Voor patiënten is helder wie eindverantwoordelijk is voor de voorziening.

h. Cliëntenparticipatie

- Voor de voorziening is een cliëntenraad ingesteld conform de WMCZ.
- Er vindt periodiek overleg plaats met het regionale patiënten consumenten platform (RPCP).
- Een maal per twee jaar vindt een cliëntenraadpleging plaats. Over de uitkomsten hiervan wordt overlegd met cliëntenraad en RPCP en er wordt gezamenlijk een verbetertraject opgesteld.