

Afsprakenplan

Het onderstaande model van afsprakenplan is een voorbeeldmodel. In die zin bevat het een aantal thema's die minimaal besproken dienen te worden waarbij het zich steeds dient aan te passen aan de lokale realiteit. De nieuwe wachtposten worden geacht een dergelijk afsprakenplan in te dienen bij de indiening van hun dossier bij het RIZIV. Het afsprakenplan zal een constitutief element zijn van het financieringsdossier van de wachtpost, die voor akkoord voorgelegd wordt aan de werkgroep 'wachtposten' van de Medicomut.¹ Indien samenwerking voor een bepaald element niet mogelijk of niet aangewezen is, worden de redenen daarvoor in het afsprakenplan vermeld als informatie die kan bijdragen tot de verbetering van de financiering en organisatie van de niet-planbare zorg. Alle wachtposten moeten beschikken over een afsprakenplan tegen eind 2017.

Voor redenen van eenvoudigheid, gaat dit voorbeeldmodel uit van een overeenkomst tussen enerzijds de wachtpost en de huisartsenkringen die haar oprichtten en anderzijds het ziekenhuis en haar spoeddienst. Het afsprakenplan kan echter ook afgesloten worden voor alle andere vormen van wachtdiensten van de huisartsgeneeskunde.

Het afsprakenplan is dynamisch in al zijn dimensies: het zal op geregelde momenten het onderwerp van overleg zijn tussen de voornaamste actoren, die op deze manier aanpassingen kunnen doorvoeren. De actoren, zoals bepaald in artikel 3 (de huisartsenkringen en -wachtposten, de beheerders en de medische diensthoofden spoedgevallen van de ziekenhuizen), zullen deze aanpassingen moeten laten valideren overeenkomstig de geldende statutaire bepalingen.

1. Doelstelling

De bedoeling is om een samenwerking en synergie tussen de huisartsenwachtposten en de spoeddiensten op te starten, vertrekkende vanuit een principe van gelijkwaardigheid tussen beide actoren, zodat de beste zorg door de beste zorgverlener op de beste plaats en op het beste moment op basis van zorgnood aan de patiënt kan worden verleend. Hierbij moet rekening worden gehouden met de beschikbaarheid van de actoren op het terrein en de beschikbare middelen. Op die manier wordt de efficiëntie van het niet planbare zorgsysteem buiten de normale openingsuren verbeterd.

2. Toepassingsgebied

Het afsprakenplan tussen de partners van de actoren is minimaal toepasbaar voor elke patiënt die een zorgvraag heeft van vrijdag 18.00 u tot en met maandag 08.00 u en feestdagen.

Indien de verschillende actoren dit wensen, kan het afsprakenplan verder uitgebreid worden naar andere momenten. Deze dienen duidelijk omlijnd te worden. (zie verder)

Het gebied dat de wachtpost bedient, wordt omschreven aan de hand van de gemeenten en deelgemeenten die door de verschillende huisartsenkringen bediend worden. Het gebied van een wachtpost kan eveneens het hele of een deel van het grondgebied van een of meerdere kringen beslaan.

Het gebied wordt eveneens uitgedrukt in totale oppervlakte (km²), totaal aantal inwoners en maximale aanrijtijd.

¹ De samenstelling van de werkgroep wordt opnieuw bekeken zodat ook de specialisten vertegenwoordigd zijn.

3. Actoren

3.1. *De huisartsenkringen en de wachtpost(en)*

De oprichting van een huisartsenwachtpost is het gevolg van een of meerdere huisartsenkringen die hiertoe beslissen. Deze huisartsenkringen worden nominatief opgesteld en besluiten onderling wie de wachtpost vertegenwoordigt bij het afsluiten van het afsprakenplan, via een protocolakkoord tussen de huisartsenkringen. Alle betrokken kringen moeten mee ondertekenen of, in voorkomend geval, volmacht geven, volgens de statutaire of wettelijke bepalingen.

In principe kan eenzelfde gebied slechts door één wachtpost worden bediend. Naargelang de lokale situatie kunnen een of meerdere satellietposten, verbonden aan een centrale wachtpost, eenzelfde gebied bedienen.

Ook de wachtpost(en) binnen het gebied worden nominatief opgesteld.

3.2. *Ziekenhuisdirectie en medisch diensthoofd spoedgevallen*

Het afsprakenplan lijst eveneens op welke spoeddiensten er zich binnen het gebied van de wachtpost bevinden. De spoeddienst wordt minstens vertegenwoordigd in het afsprakenplan door het medisch diensthoofd van de betrokken spoedgevallendienst. Hij is de ondertekenaar van het afsprakenplan voor wat betreft de opdrachten en bevoegdheden overeenkomstig de ziekenhuiswet. Alle andere aspecten worden door de ziekenhuisbeheerders ondertekend, overeenkomstig de ziekenhuiswet.

De huisartsenkring(en) of de wachtposten die via protocol met de kringen het mandaat hebben om de wacht te organiseren en akkoorden te sluiten, spreken met elk van deze spoeddiensten een afsprakenplan af volgens het voorliggend model. Het is mogelijk om 1 plan af te sluiten met verschillende ziekenhuizen.

De drie actoren ondertekenen steeds het afsprakenplan.

4. Organisatie van de zorg

4.1. *Hoe wordt de patiënt op de meest geschikte zorglocatie behandeld*

4.1.1. Omschrijving patiëntenpopulatie naar plaats van verzorging

De klachten van de patiënt vormen de basis van de triage. Het triageproces behelst het beoordelen van de urgentie van de hulpvraag, op basis van protocollen. Dat wil zeggen dat de aangestelde bepaalt met hoeveel spoed een patiënt onderzocht en behandeld moet worden. Dit wordt gevolgd door een regulatie, namelijk het antwoord op de zorgnood. Dit is de wijze waarop de hulpvraag het beste kan worden beantwoord en door wie die patiënt gezien moet worden.

Wat de DGH betreft, gaat het namelijk om een MUG, een PIT, een ambulance of het doorsturen naar de spoedgevallen. Wat de huisartsen betreft, gaat het om een prioritair bezoek, een bezoek, de raadpleging (standaard) of een uitstel.

Vanaf de invoering van een nationaal oproepnummer 1733, dat een regulatie- en triagesysteem is, dat operationeel en gevalideerd is door de minister van Volksgezondheid na advies van de taskforce, op basis van een wetenschappelijke studie (protocollen – kosten/baten – methodiek) zal de patiënt, vertrekkende van zijn klacht, naar het meest geschikte zorgaanbod worden geleid, die bepaald wordt op basis van de toepassing van protocollen.

In afwachting van het nationaal triagesysteem, bepalen de actoren (zie artikel 3) onderling hoe ze de nood aan niet-planbare zorg naar het juiste aanbod verwijzen.

De triage en regulatie zijn het middel bij uitstek om één van de doelen van het afsprakenplan te realiseren, nl. het begeleiden van de patiënt naar het meest geschikte zorgaanbod.

4.1.2. Telefonische regulatie en triage

De telefonische regulatie en triage zal in de toekomst verzekerd worden door het landelijk oproepnummer '1733'.

Zolang het '1733'-systeem niet algemeen in voege is, is de telefonische regulatie en triage afhankelijk van lokale initiatieven. Waar mogelijk, sluit men aan bij deze bestaande initiatieven. Waar de 1733 operationeel is, sluit men hierbij aan.

4.1.3. Fysieke regulatie triage

Fysieke regulatie en triage lijkt echter enkel mogelijk bij een geïntegreerd systeem of een model waarbij spoeddienst en wachtpost zich voldoende nabij van elkaar bevinden, maar niet in een model waar spoeddienst en wachtpost gescheiden zijn. Bij verschillende ingangen, moeten identieke protocollen gehanteerd worden zodat, in geval van een gescheiden fysieke regulatie en triage, toch hetzelfde resultaat bekomen wordt. Eveneens moet de fysieke triage voldoende waarborgen geboden worden voor patiëntveiligheid en moet de aansprakelijkheid van de verschillende zorgverleners duidelijk in het afsprakenplan gedefinieerd worden. Indien een daadwerkelijke integratie tussen huisartsenwachtpost en spoeddienst echter niet bestaat, kan een patiënt die weigert zich naar de HWP te begeven niet gedwongen worden en zal deze behandeld worden op de spoeddienst.

Eens de 1733-protocollen gevalideerd zijn, zal worden uitgemaakt hoe deze protocollen als basis gebruikt worden voor de fysieke regulatie en triage op een manier die garandeert dat zij dezelfde uitkomst hebben als de protocollen voor de telefonische regulatie en triage.

In afwachting van deze gevalideerde protocollen, maken huisartsen en urgentieartsen afspraken rond de fysieke regulatie en triage. Zij kunnen zich hiervoor bedienen van de protocollen zoals zij gebruikt worden binnen het proefproject Leuven/Tienen – Luxembourg/Dinant. Het resultaat is een (lokaal) triage-instrument dat gedragen wordt door zowel de huisartsen als de urgentieartsen.

Bij het uitwerken van de fysieke regulatie en triage, gaat men zoveel mogelijk uit van het principe van een creatie van één (virtuele) ingang. Dit betekent dat, in de mate van het mogelijke, alle zelfverwijzers die zich op de wachtpost én op de spoeddienst aanbieden, door dezelfde persoon/organisatie getrieerd en gereguleerd worden volgens eenzelfde set van protocollen.

Het regulatie- en triage-instrument dat hiervoor gebruikt wordt is bij voorkeur hetzelfde voor alle spoeddiensten binnen het werkgebied.

4.2. Aanmelding

4.2.1. Wie ontvangt patiënt?

De ontvangstprocedure van de patiënt beschrijft welke stappen hij doorloopt vooraleer hij getrieerd wordt.

4.2.2. Wie beoordeelt de patiënt?

4.2.2.1. Triage en regulatie

De triage en regulatie zal gebeuren door een daartoe bevoegde en bekwame opgeleide persoon, die vertrouwd is met de afgesproken protocollen, onder het toezicht van een arts.

In het afsprakenplan wordt beschreven door wie en hoe de regulatie en triage zal worden uitgevoerd.

4.2.2.2. Doorverwijzing

Er worden afspraken gemaakt over de doorverwijzing indien uit de regulatie en triage of verder onderzoek blijkt dat een patiënt zich op het verkeerde zorgniveau bevindt. Deze doorverwijzing kan eveneens gebeuren omwille van de nood aan een specialistisch consult of verdere technische onderzoeken. Er wordt nagegaan of een doorverwijzing onmiddellijk naar de betrokken dienst kan gebeuren en of dit prioritair behandeld kan worden. Een doorverwijzing gebeurt steeds op gestandaardiseerde wijze, via een doorverwijsbrief en na telefonisch contact. Na het specialistisch consult of technisch onderzoek, wordt de patiënt opnieuw naar het juiste zorgniveau verwezen.

Bij de doorverwijzing moeten voldoende waarborgen geboden worden voor patiëntveiligheid en moet de aansprakelijkheid van de verschillende zorgverleners duidelijk in het afsprakenplan gedefinieerd worden.

Een patiënt die zich aandient op de spoed en gecatalogeerd wordt als niet-dringend, die geen ziekenhuiszorg vereist maar toch niet-uitstelbare zorg nodig heeft, wordt naar de wachtdienst van de huisarts verwezen. Indien de wachtpost niet geïntegreerd is binnen de spoeddienst en de patiënt weigert zich naar de wachtpost te begeven, zal hij behandeld worden op de spoeddienst. Het is echter wel wenselijk om deze patiënt duidelijk binnen het juiste kader op het juiste moment te informeren dat de niveaukeuze die hij gemaakt heeft niet adequaat is en dat bij volgende gelijkaardige klachten er een adequater en beter zorgniveau bestaat.

Indien de wachtpost niet geïntegreerd is binnen de spoeddienst en een patiënt op een huisartsenwachtpost getrieerd wordt in een categorie die dringende ziekenhuishulp impliceert, wordt er rechtstreeks contact opgenomen met de spoeddienst van het dichtstbijzijnde ziekenhuis zodat een contact tussen de huisarts en de spoedarts bewerkstelligd wordt.

Beide actoren worden uitgenodigd om informatica-oplossingen te gebruiken opdat de elektronische gegevens van de patiënt mee verzonden worden tijdens de doorverwijzing.

Elke partij verbindt er zich toe om elke doorverwijzing te respecteren.

4.3. Welke afspraken rond gezamenlijk gebruik van: (directie)

Binnen het afsprakenplan maken de actoren afspraken over het mogelijk gedeeld gebruik, al dan niet in de toekomst, van de volgende elementen:

4.3.1. Diensten

Er wordt hier bijvoorbeeld gedacht aan wasfaciliteiten, ICT, sterilisatiefaciliteiten, kuisfaciliteiten, enz. Ook op het niveau van labo-diensten dient nagegaan te worden of een verdere samenwerking mogelijk is.

4.3.2. Lokalen

4.3.3. Personeel

Dit kan gaan om onthaalpersoneel, administratieve ondersteuning, regulatie- en triagepersoneel, chauffeur, ...

4.3.4. Opleiding

4.3.5. Vervoersmiddel

De wachtpost of de huisartsenkring heeft tijdens de wacht permanent vervoersmiddelen nodig die geïdentificeerd kunnen worden als behorend tot de wachtdienst.

4.3.6. Materiaal

Vertrekkend vanuit de noden van de actoren, gaan de partijen in het akkoord na welke samenwerking op het gebied van materiaal zij kunnen realiseren. Op deze manier kunnen groepsaankopen gestimuleerd worden of kan de wachtpost genieten van de betere prijzen die de ziekenhuizen kunnen bekomen van hun leveranciers.

4.4. Wie zal de zorgen verstrekken?

Het basisprincipe is de autonomie van de beroepsbeoefenaars. Zowel huisarts als spoedarts behandelen de patiënten conform hun competenties. Van zodra een nationaal triage- en regulatiesysteem tijdens de werkuren bestaat, zal de patiënt die de zorg van de huisartsengeneeskunde nodig heeft, verwezen worden naar zijn GMD-houder of indien hij deze niet heeft, zal hij uitgenodigd worden er een te kiezen.

De bedoeling op lange termijn is het opzetten van een systeem van niet-planbare zorg en dit zowel binnen de gespecialiseerde als de niet-gespecialiseerde geneeskunde, 24 op 7, 365 dagen op een jaar.

Van zodra men buiten het werkingsgebied van het plan treedt, dient het afsprakenplan te verduidelijken wie de niet-planbare zorg die behoort tot de huisartsengeneeskunde verleent en binnen welk tijdslot. Indien de huisartsen deze zorgen niet verlenen, zal het alternatief dat door de kring voorgesteld wordt, verantwoord worden en geëvalueerd worden door een werkgroep die alle actoren verenigt en daartoe gemachtigd wordt door de bevoegde autoriteiten.

4.4.1. 's nachts tijdens het weekend, op de vooravond van en op feestdagen

4.4.2. 's nachts in de week (van maandag tot donderdag behalve op de vooravond van en op feestdagen)

- 4.4.3. 's avonds tijdens het weekend, op de vooravond van en op feestdagen
- 4.4.4. 's avonds in de week (van maandag tot donderdag behalve op de vooravond van en op feestdagen)
- 4.4.5. overdag tijdens het weekend
- 4.4.6. overdag in de week

5. Financiële afspraken

Samen met deze afspraken op gebied van diensten, lokalen, personeel en materiaal worden financiële afspraken gemaakt die de vergoeding hiervoor vastleggen. Deze vergoeding dient transparant en gestandaardiseerd te zijn.

6. Opvolging afsprakenplan

6.1. Hoe afsprakenplan periodiek opvolgen?

De werking van het afsprakenplan wordt opgevolgd volgens een afgesproken frequentie door alle betrokken actoren vermeld in art. 3 in een paritair opvolgingscomité. Het opvolgingscomité is een voor de samenwerking representatief overlegorgaan waarbij elk onderwerp van het afsprakenplan besproken kan worden. Naargelang de noden kan er, op vraag van één van de partners, frequenter overlegd worden.

Een reglement van Interne Orde wordt hierrond opgesteld. Binnen dit reglement van Interne Orde wordt eveneens vastgelegd welke materie tussen welke partners besproken zullen worden.

Daarnaast worden ook afspraken gemaakt over de rapportage van incidenten zoals ondertriage, overtriage, moeilijkheden, kwaliteitsindicatoren, te meten parameters, verbetertrajecten, enz. Deze incidenten worden besproken op het overleg. Moeilijkheden met regulatie en triage worden besproken in aanwezigheid van externe partners, i.c. 1733-systeem waar toepasbaar.

6.2. Welke interne controlemechanismen kunnen hiervoor gebruikt worden?

Elke actor binnen het afsprakenplan stelt zijn interne controlemechanismen op en brengt de andere partners hiervan op de hoogte door deze te integreren in het afsprakenplan.

6.3. Wat indien afspraken niet gehonoreerd worden?

Indien uit de periodieke opvolging blijkt dat bepaalde afspraken gedeeltelijk of volledig niet uitgevoerd worden, worden zo spoedig mogelijk maatregelen afgesproken om dit bij te sturen. Het reglement van Interne Orde bepaalt de tijdslimiet waarbinnen deze maatregelen dienen genomen te worden. Er wordt eveneens een arbitrageprocedure gedefinieerd.

7. Optimaliseren van regulatie- en triagetool

De incident reports zullen dienen om het functioneren van het nationaal triagesysteem (1733) en de fysieke triage te optimaliseren.

8. Verwijzingen

Het afsprakenplan vermeldt duidelijk de modaliteiten van verwijzing van patiënten.

9. Aansprakelijkheid

Elk van de zorgverleners is aansprakelijk voor zijn eigen akten.

Het afsprakenplan vermeldt de aansprakelijkheidsregeling en de maatregelen inzake patiëntveiligheid.

10. Communicatie

Het afsprakenplan bepaalt hoe gecommuniceerd wordt over:

- 10.1. de onderzochte patiënten?*
- 10.2. de patiënten die de richtlijnen van de aangestelde '1733' niet gevolgd hebben.*

11. Evaluatie van de dienstverlening

Het afsprakenplan bepaalt hoe de volgende zaken geëvalueerd worden:

- 11.1. Komt de patiënt op de juiste plaats terecht?*
- 11.2. Op basis van welke globale kwaliteitsparameters en –indicatoren?*
- 11.3. Hoe de tevredenheid van de patiënt evalueren?*
- 11.4. Hoe de efficiëntie van de dienstverlening evalueren?*

Toekomstige initiatieven waarmee het afsprakenplan dient rekening te houden:

- 1. Uitrol 1733 bij gunstige evaluatie.
- 2. 24/7 oproepen naar de 1733
- 3. Invoering van het GMD bij 100% van de patiënten.
- 4. De evolutie van de medische demografie.