

## Behandelingsvoorstel voor de commissie Zorg, Cultuur en Welzijn

Onderwerp: Curatieve zorg

Cie-datum : 1 maart 2004

Cie-nummer: 2004ZCW13

---

<b>Procedure:</b> in GS (na Cie. Vergadering) op: 10 februari 2004	inspraak: ja
eerdere behandeling in cie: nee	op: -
in PS: nee	op: -

---

Behandelend ambtenaar: mr. F.A. Linthorst  
Portefeuillehouder: mr. J.G.J. Kamp

toestel: 2436

---

### Inleiding

In de zorg wordt de cure onderscheiden van de care. In grote lijnen gaat het bij de cure om zorg gericht op behandeling en genezing (eerste lijnszorg (huisartsen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten etc.), delen van de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg) en bij de care om verzorging en verpleging (ouderenzorg, zorg voor mensen met een beperking, delen van de geestelijke gezondheidszorg). Dit onderscheid wordt overigens steeds minder absoluut. Zo ontstaan bijvoorbeeld in de huisartsenzorg ook steeds meer “care-aspecten”.

De provinciale inzet richt zich met name op het terrein van de care (o.a. met het programma Wel thuis!). Wat betreft de cure richtte de provinciale inzet zich met name op de tweede lijnszorg (de ziekenhuizen). Inmiddels verleggen we onze inzet, gelet op de maatschappelijke urgentie, naar de eerste lijnszorg (huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, tandartsen, etc.). Dit is ook bij de andere provincies waar te nemen.

Wettelijk heeft de provincie op het terrein van zorg een taak in het kader van de ambulancezorg (vergunningverlening, vaststellen spreidingsplan) en in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (advies over de behoefte aan een zorgvoorziening). Zie hiervoor bijlage 2 bij bijgevoegde notitie. Voor niet-wettelijke taken wordt scherp gekeken of de provincie toegevoegde waarde heeft en of haar inzet resultaat oplevert (presterende en verbindende provincie) en past binnen de provinciale zorgnota. Bij huisartsenzorg en de spoedeisende zorg is dat zeker het geval.

De te bereiken resultaten zijn het bijdragen aan het oplossen van het huisartsentekort en een optimale keten van spoedeisende zorg in de provincie Utrecht.

---

Vervolg inleiding op pagina 2: nee

### Wordt geagendeerd:

X om advies over de volgende vraag (vragen):

Stemt u in met de voorgestelde provinciale aanpak van:

1. het huisartsentekort
  2. de spoedeisende zorg?
-

## **Beoogd effect**

Het leveren van een bijdrage aan de oplossing van het huisartsentekort in de provincie Utrecht.  
Een optimale keten van spoedeisende zorg in de provincie Utrecht.

## **Argumenten**

Bij ongewijzigd beleid ontstaat er een huisartsentekort van 20%. Wij constateren dat deze tekorten in de huisartsenzorg een belangrijk maatschappelijk en urgent probleem vormen. In genoemde notitie worden voorstellen gedaan om het huisartsentekort op te lossen. Bij de aanpak van het huisartsentekort wordt een link gelegd met het programma Wel thuis! Voldoende beschikbare en bereikbare huisartsenzorg is een belangrijke voorwaarde om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Voor deze aanpak is er voldoende draagvlak. Agis zorgverzekeraar en de Districts Huisartsen Vereniging willen samen met de provincie bijdragen aan de oplossing van het huisartsentekort door gemeenten te stimuleren met de huisartsenproblematiek aan de slag te gaan. Van de zijde van gemeenten wordt positief gereageerd op de voorgestelde aanpak.

De provincie is nodig vanwege de regionale schaal, waarop de problematiek zich openbaart. Agis zorgverzekeraar en de Districts Huisartsen Vereniging opereren op regionaal niveau. De provincie is in de regio de bestuurlijke partner van deze partijen en is de verbindende schakel naar gemeenten zodat een adequate aanpak tot stand komt. Als onze aanpak succesvol is, dan kunnen we vervolgens beoordelen of een bredere aanpak in de provincie kan worden ingezet.

Voor de oplossing van problemen in de spoedeisende zorg is een pro-actieve aanpak wenselijk. Door een gezamenlijk toetsingskader vast te stellen geven we sturing aan de ontwikkeling van de spoedeisende hulp in de provincie Utrecht. Voor een gezamenlijke aanpak in de provincie Utrecht is veel draagvlak. Vraagstukken als spreiding, beschikbaarheid en bereikbaarheid zijn regionaal van aard. Deze aspecten raken onze burger direct. Om deze redenen is een provinciale rol als bestuurlijke en ontwikkelingspartner in de regio aangewezen.

## **Financiën**

In het kader van de voorgestane aanpak huisartsenzorg zijn middelen nodig (€20.000) voor een korte inventarisatie naar tekorten in het aanbod van huisartsenzorg in de provincie Utrecht op gemeenteniveau. Op landelijk niveau zijn cijfers voorhanden. Het gaat om een vertaalslag naar de provincie Utrecht. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt waar precies “witte vlekken” zijn of dreigen te ontstaan (bijvoorbeeld doordat oudere huisartsen stoppen).

Verder zijn er middelen nodig (eerste inschatting €20.000) voor externe ondersteuning (inzet bijzondere deskundigheid) bij de ontwikkeling van het toetsingskader voor de spoedeisende zorg.

## Realisatie

In het kader van het stimuleren van gemeenten om met deze problematiek aan de slag te gaan wordt voor het terugdringen van het huisartsentekort een link gelegd met de projecten ondersteunen gemeenten en het project bestuurlijke afspraken Eemland, binnen het programma Wel thuis! Voor de uitvoering wil de provincie door middel van resultaatafspraken met gemeenten bereiken dat op gemeentelijk niveau een bijdrage wordt geleverd aan het oplossen van het huisartsentekort.

## **Communicatie**

Nadat de statencommissie Zorg, Cultuur en Welzijn heeft ingestemd met het behandelingsvoorstel wordt een persbericht uitgebracht. Aan zowel de aanpak oplossing huisartsentekort als het project spoedeisende zorg wordt een communicatieparagraaf toegevoegd.

## **Bijlagen**

Notitie curatieve zorg.

## **CURATIEVE ZORG**

### **1. Inleiding**

In de zorg wordt de cure onderscheiden van de care. In grote lijnen gaat het bij de cure om zorg gericht op behandeling en genezing (eerste lijnszorg (huisartsen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten etc.), delen van de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg) en bij de care om verzorging en verpleging (ouderenzorg, zorg voor mensen met een beperking, delen van de geestelijke gezondheidszorg). Dit onderscheid wordt overigens steeds minder absoluut. Zo ontstaan bijvoorbeeld in de huisartsenzorg ook steeds meer “care-aspecten”.

De provinciale inzet op het gebied van de curatieve zorg richtte zich in het verleden met name op de tweede lijnszorg (met name de ziekenhuizen). Inmiddels verleggen we onze inzet, gelet op de maatschappelijke urgentie, naar de eerste lijnszorg (huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, tandartsen, etc.). Dit is ook bij de andere provincies waar te nemen. Voor een overzicht van activiteiten van andere provincies op het terrein van de curatieve zorg: zie bijlage 1.

Wettelijk heeft de provincie op het terrein van zorg een taak in het kader van de ambulancezorg (vergunningverlening, vaststellen spreidingsplan) en in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (advies over de behoefte aan een zorgvoorziening). Zie hiervoor bijlage 2. Voor niet-wettelijke taken wordt scherp gekeken naar de vraag of de provincie toegevoegde waarde heeft en of haar inzet resultaat oplevert (presterende en verbindende provincie) en past binnen de provinciale zorgnota.

In de Zorgnota provincie Utrecht 2001 tot en met 2004 is de provinciale missie geformuleerd: “De provincie Utrecht zet zich in voor de totstandkoming van een op de wensen en behoeften van de Utrechtse zorgvragers afgestemde regionale infrastructuur van zorg en dienstverlening. Dit moet resulteren in een aanbod dat aansluit op de behoeften van burgers en hen maximale kansen bieden om volwaardig deel te nemen aan de Utrechtse samenleving.” Vanuit deze missie worden in deze notitie keuzes gemaakt op het gebied van de curatieve zorg.

Wij constateren dat de tekorten in de huisartsenzorg een belangrijk maatschappelijk en urgent probleem vormen. Bij onze aanpak om bij te dragen aan het oplossen van het huisartsentekort wordt een link gelegd met het programma Wel thuis! Voldoende beschikbare en bereikbare huisartsenzorg is immers een belangrijke voorwaarde om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Daarnaast wordt voorgesteld een toetsingskader voor de spoedeisende zorg vast te stellen.

### **2. Aanpak**

Tegen de hiervoor geschetste achtergrond zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, Provinciaal Patiënten en Consumenten Platform (PPCP), Regionale Huisartsen Verenigingen (RHV), Districts Huisartsen Vereniging (DHV), Stichting Dienstenstructuren Huisartsen Utrecht (SDHU), Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU), Regionaal Genootschap van Fysiotherapeuten, Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap (KNMG), Orde van Medisch Specialisten (OMS), ziekenhuizen en gemeenten. De gespreksronde heeft onderbouwing opgeleverd voor wat de belangrijkste aandachtspunten van de provincie in de komende tijd moet zijn.

De eerstelijnszorg staat onder druk. Bij huisartsen, verloskundigen, tandartsen en fysiotherapeuten ontstaan tekorten. Vanuit de gedachte dat de huisarts de spil is in dit geheel is ervoor gekozen om daar de prioriteit te leggen. Huisartsenzorg omvat de zorg overdag, maar ook de zorg tijdens de avond, nacht en in het weekend. De avond, nacht en weekenddiensten zijn ondergebracht in de huisartsenposten. Het huisartsentekort heeft ook direct invloed op de invulling van de dienstverlening op deze huisartsenposten. De huisartsenposten maken onderdeel uit van de spoedeisende zorg. Mede om die reden is er voor gekozen onze rol in de spoedeisende zorg op te pakken.

### 3. Tekorten huisartsenzorg

#### Probleem

Tijdens onze gespreksronde en op basis van cijfers van het Nivel (landelijk onderzoeksbureau) is duidelijk geworden dat bij ongewijzigd beleid er een aanzienlijk tekort aan huisartsen ontstaat. Het huisartsentekort in Nederland is in 2010 meer dan 20% (zie bijlage 3). Voor de provincie Utrecht betekent dit een tekort in 2010 van circa 95 fulltime huisartsen. Daardoor komen ongeveer 228.500 mensen zonder huisarts te zitten. De toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg voor onze burgers is daarmee in gevaar.

Dit huisartsentekort heeft ook consequenties voor ontwikkelingen op het gebied van vermaatschappelijking van de zorg in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg en voor processen van substitutie en transmuralisering in de ziekenhuiszorg. Het voor handen zijn van voldoende huisartsenzorg is een belangrijke voorwaarde om mensen (langer) thuis te laten wonen. In relatie tot het Programma Wel thuis! over wonen, zorg en welzijn is de continuering van huisartsenzorg cruciaal. Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande zoals bv. de vermaatschappelijking van de zorg die de druk op de huisartsenzorg vergroot. Voor meer inzicht in deze ontwikkelingen: zie bijlage 4.

#### Betrokkenheid provincie

Agis zorgverzekeraar en de Districts Huisartsen Vereniging willen samen met de provincie werken aan de oplossing van het huisartsentekort. Agis zorgverzekeraar en de Districts Huisartsen Vereniging opereren op regionaal niveau. De provincie is de bestuurlijke partner op regionaal niveau en legt de verbinding naar gemeenten zodat een adequate aanpak tot stand komt.

Bij een aantal gemeenten is er nog onvoldoende aandacht voor de problematiek. Zo is er onder meer weinig aandacht voor de problemen die pas afgestudeerde huisartsen ondervinden als zij zich in een gemeente willen vestigen. Ook vormen de hoge grondprijzen in Utrecht een obstakel voor het van de grond komen van initiatieven. Het koppelen van woon-zorg-welzijnsinitiatieven, waarbij bouw aan de orde is, aan initiatieven in de eerste lijn, biedt kansen. De grondprijs per vierkante meter is in Utrecht vaak erg hoog. Dit hoeft echter niet onoverkomelijk te zijn door de ruimte intensiever en meer gemeenschappelijk (wachtkamers, behandelkamers, zorgruimtes, etc.) te gebruiken. Door samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines te bevorderen zijn er mogelijkheden goede en vraaggerichte initiatieven te realiseren (zorgposten-plus: huisartsenpraktijken met een plus, bijvoorbeeld apotheek, fysiotherapie, zorg- en welzijnsdiensten). Door deze samenwerkingsvormen kunnen huisartsen voorts hun bedrijfsvoering en administratie samen opzetten en daarvoor iemand in dienst nemen.

Gemeenten kunnen met name instrumenten inzetten op het gebied van ruimtelijke ordening, grondbeleid, huisvesting, parkeerbeleid, vergunningenbeleid, coördinatie en op het gebied van subsidiëring. De VNG heeft de gemeenten geadviseerd om genoemde instrumenten in te zetten om op die manier een bijdrage te leveren aan de oplossing van het huisartsentekort. Hieraan wordt door slechts een deel van de gemeenten gehoor gegeven.

Wij doen het hierna volgende voorstel om bij te dragen aan het oplossen van het huisartsentekort omdat er voldoende draagvlak is, dat de maatschappelijke urgentie groot is en dat de provincie een cruciale rol heeft te vervullen. Voor een overzicht van mogelijke andere aansluitende oplossingen die bijdragen aan de oplossing van het huisartsentekort wordt verwezen naar bijlage 5.

## Voorstellen

### 3.1. Terugdringen huisartsentekort

Resultaat:	Bijdragen aan het oplossen van het huisartsentekort. Daartoe is het noodzakelijk op lokaal niveau inzicht te verschaffen in het aanbod aan huisartsenzorg en de toekomstige ontwikkeling daarvan.
Financiën:	€ 20.000 voor 2004 (inventarisatie en regionale bijeenkomsten) uit awbz-werkbudget 2004; Uitvoeren convenanten PM.
Uren:	250 in 2004

Voorgesteld wordt om:

1. een korte inventarisatie te doen naar tekorten in het aanbod van huisartsenzorg in de provincie Utrecht op gemeenteniveau. Het gaat het erom inzichtelijk te maken waar precies “witte vlekken” zijn of dreigen te ontstaan (bijvoorbeeld doordat oudere huisartsen stoppen);
2. Op basis van de inventarisatie worden betrokkenen geïnformeerd over de Utrechtse tekorten en wordt commitment verkregen voor het oplossen ervan. Hierbij wordt gekozen voor een combinatie van een regionale en lokale aanpak:
  - a.) er worden regionale bijeenkomsten gehouden gericht op informatieverstrekking, het bereiken van commitment en het komen tot samenwerking tussen lokale/regionale partijen bij de oplossing van de problematiek. De organisatie ligt in handen van de provincie, de DHV en Agis. Per regio wordt daar aangegeven wat de tekorten zijn en worden de betrokken partijen geïnformeerd over oplossingsrichtingen en “best practices”. Resultaat is dat op regionaal niveau oplossingen worden gevonden voor het dreigende huisartsentekort, die leiden tot daadwerkelijke uitvoering. In welke regio’s de bijeenkomsten worden georganiseerd zal nader besproken worden met het veld en afgestemd worden op actuele lokale ontwikkelingen.
  - b.) Door convenanten met gemeenten wil de provincie bereiken dat op gemeentelijk niveau het huisartsentekort wordt aangepakt. Hiervoor wordt een link gelegd met het project ondersteunen gemeenten en het project bestuurlijke afspraken Eemland, binnen het programma Wel thuis! Een deel van de convenanten zijn in het kader van Wel thuis! al gesloten, zonder dat daar de huisartsenproblematiek in zit. Een deel van de nog te sluiten convenanten zit al in de pijplijn. Geprobeerd zal worden de huisartsenproblematiek daarin alsnog onder te brengen. Voorts wordt aangehaakt bij in het kader van Wel thuis! nieuw te sluiten convenanten. Uitgangspunt hierbij is dat de voortgang van activiteiten gericht op wonen, zorg en welzijn op lokaal niveau niet wordt belemmerd. Daarnaast kunnen zo nodig afspraken worden gemaakt met andere gemeenten die nog niet op de nominatie staan om een convenant in het kader van Wel thuis! mee te sluiten.

### 3.2. Pilot expertteam huisartsenzorg

Resultaat:	Het oplossen van het huisartsentekort in vier gemeenten
Financiën:	€ 25.000 voor 2004, € 25.000 in 2005 ten laste van awbz werkbudget 2003 en 2004.
Uren:	40 in 2004

GS en de statencommissie Zorg, Cultuur en Welzijn (op 26 januari j.l.) hebben ingestemd met het opzetten van een pilot.

Gedurende twee jaar gaat gewerkt worden met een expertteam in de gemeenten Wageningen, Ede, Rhenen en Veenendaal. Twee Gelderse en twee Utrechtse gemeenten. De reden om de pilot met een expertteam in de Gelderse Vallei te laten plaatsvinden is dat momenteel in deze regio een groot aantal huisartsen hun praktijk beëindigen en dat bovendien in deze regio de infrastructuur aanwezig is om op korte termijn met een expertteam van start te kunnen gaan. Wij vinden de opzet van de pilot aansprekend. Zo wordt de uitstroom van huisartsen in kaart gebracht, gewerkt aan een aantrekkelijk vestigingsklimaat, voorwaarden geschapen om huisartsen langer door te laten werken, informatie over praktijkinrichting en –organisatie van huisartsen door het expertteam snel en deskundig verstrekt en wordt er gewerkt aan organisatieverbetering in huisartsenpraktijken o.a. door samenwerking tussen

huisartsen onderling en met andere disciplines te entameren. Het te bereiken resultaat (oplossing huisartsentekort) wordt vervolgens meetbaar in beeld gebracht. Bij de uiteindelijke uitwerking en implementatie van de adviezen heeft het expertteam een begeleidende rol. Er is sprake van co-financiering met o.a. de provincie Gelderland. Het expertteam wordt ondergebracht bij de Stichting Loco in Ede. De ontwikkelde expertise en aanpak kan, als de pilot slaagt, elders in de provincie worden ingezet.

#### **4. Spoedeisende zorg**

Onder de keten van spoedeisende zorg valt de ambulancezorg, spoedeisende hulp in ziekenhuizen en huisartsenposten, maar ook specialistische zorg (waaronder traumatoloog), verloskundige hulp, farmaceutische hulp, tandheelkundige hulp, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg.

##### Probleem

Ogenschijnlijk lijkt de spoedeisende zorg in Nederland goed geregeld. Er zijn echter problemen die om een adequate oplossing vragen. Deze problemen zijn naar voren gekomen in de gespreksronde en komen ook tot uiting in verschillende beleidsnotities van het Ministerie van VWS, onderzoek van ondermeer het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (ambulancezorg) en adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. In algemene zin gaat het om de bereikbaarheid en beschikbaarheid van spoedeisende zorg. Zo vraagt de implementatie van het spreidingsplan Ambulancezorg 2003-2007 voor de provincie Utrecht veel aandacht. Daarnaast brengt het toenemend huisartsentekort het voortbestaan van Huis Artsen Posten (HAP) in gevaar en worden in toenemende mate Spoed Eisende Hulpposten (SEH) in ziekenhuizen gesloten. Ook blijken patiënten in de praktijk niet te weten waar ze in spoedeisende zaken naar toe moeten: wanneer naar de HAP of SEH? Verder is het nog maar de vraag of twee spoedeisende capaciteiten (huisartsenposten en spoedeisende hulp in ziekenhuizen) kosteneffectief is. Voorts is op veel ziekenhuislocaties geen zogenaamde spoed OK (operatiekamer) voorhanden is en er een gebrek aan Intensive Care capaciteit. Uitgangspunt zou de vraag van de patiënt moeten zijn. De spoedeisende zorg is daar vaak niet op ingericht, zowel niet qua spreiding als niet qua beschikbaarheid van functies op één locatie.

##### Betrokkenheid provincie

Het op peil houden c.q brengen van de spoedeisende zorg is in het belang van de Utrechtse burger. Voorts is van belang dat de spoedeisende zorg niet lokaal, maar regionaal is georganiseerd; de provincie is op regionaal niveau de bestuurlijke partner. Samen met Agis, de regiovertegenwoordiging van Zorgverzekeraars Nederland en het Provinciaal Patiënten en Consumenten Platform zijn besprekingen gevoerd over de spoedeisende zorg. De betrokken partijen hebben de provincie Utrecht gevraagd om mee te doen. Gezamenlijk willen deze partijen komen tot een aanpak voor de spoedeisende zorg.

##### Voorstel spoedeisende zorg

Resultaat:	Een optimale keten van spoedeisende zorg in de Provincie Utrecht. Daartoe wordt een toetsingskader spoedeisende zorg m.b.t. inhoud, kwaliteit en organisatie van de spoedeisende zorg ontwikkeld. Het op regionaal niveau tegen elkaar af zetten van vraag en aanbod spoedeisende zorg. Opstellen en uitvoeren werkprogramma spoedeisende zorg door een op te richten Platform Spoedeisende Zorg met als resultaat een optimale keten van spoedeisende zorg in de Provincie Utrecht. Inventarisatie knelpunten en oplossingen voor de korte termijn.
Financiën:	€20.000 t.l.v. de provincie en €20.000 t.l.v. AGIS in 2004.
Uren:	250 in 2004

Genoemde partijen hebben gezamenlijk een projectvoorstel (zie bijlage 6) ontwikkeld. Het project heeft twee doelstellingen:

1. Het ontwikkelen van criteria voor het optimaliseren van de organisatie van de spoedeisende zorg. Deze criteria hebben betrekking op inhoud, kwaliteit, organisatie, bekostiging, spreiding en vraaggerichtheid. Hiervoor worden externe deskundigen ingeschakeld. De criteria worden getoetst aan de bestaande praktijksituatie. Zo ontstaat een beeld van de “witte vlekken”. Dit vormt gezamenlijk een richtinggevend kader voor optimalisering van de spoedeisende zorg in onze provincie. Op basis hiervan wordt een werkprogramma gemaakt. Daarnaast dient het als een kader voor plannings- en bouwvraagstukken (en dus voor onze WZV-advisering) en voor contractering door zorgverzekeraars.
2. Aan de hand van concrete knelpunten wordt gewerkt aan concrete oplossingen. In dit verband komen problemen rond de avond, nacht en weekend diensten van huisartsen aan de orde. Bij deze concrete knelpunten zijn het primair de direct betrokken partijen die een oplossing zullen moeten vinden. De provincie kan hierbij wel een belangrijke agenderende rol vervullen en kan partijen bij elkaar brengen. Daarnaast zal deze casuïstiek ook input zijn voor het te ontwikkelen kader.

Voor de uitvoering van het werkprogramma en bijdrage aan de oplossing van knelpunten wordt medio 2004 duidelijk, welke kosten hiermee precies gemoeid zijn.



### **Wat doen andere provincies?**

Bij verschillende provincies staat de curatieve zorg in de belangstelling. In Groningen wordt al enige jaren met succes samengewerkt met DHV en zorgverzekeraar om de continuïteit van huisartsenzorg te waarborgen. Een actieve rol in de richting van gemeenten is daar de basis voor het succes. In Overijssel subsidieert de provincie zorgposten-plus, dat zijn huisartsenpraktijken met een plus, bijvoorbeeld apotheek, fysiotherapie, zorg- en welzijnsdiensten. Het voornaamste doel is behoud van huisartsenzorg in dorpen en stadswijken door het bundelen van eerste lijnsvoorzieningen. De DHV Twente heeft €225.000 subsidie gekregen om te bevorderen dat oudere huisartsen aanblijven. In Drenthe is net een onderzoek afgerond naar de continuïteit van de huisartsenzorg en zijn oplossingen geformuleerd, waaraan nu wordt gewerkt. Ook financiert de provincie onderzoek naar de huisartsenposten. In Limburg werkt de provincie nauw samen met de DHV om tekorten te voorkomen via voorlichting en opleiding (in samenwerking met Universiteiten Leuven en Maastricht). En ook in Gelderland, Flevoland en Friesland wordt ingezet op een bijdrage aan de oplossing van deze problematiek. Voorts zijn de andere provincies zich op dit gebied aan het oriënteren of ondersteunen in financiële zin projecten op lokaal niveau.

De problematiek van de kleine ziekenhuizen is voor vrijwel alle provincies een aangelegenheid waar zij op de een of andere manier bij betrokken zijn. Mede door het referentiekader spreiding curatieve zorg (afspraken tussen het IPO en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)) zijn provincies betrokken bij stakeholdersoverleggen van ziekenhuizen bij belangrijke ontwikkelingen (zie bijlage 2).

## Reguliere taken curatieve zorg

### 1. Ambulancezorg

In de ambulancezorg zijn we als provincie de laatste jaren zeer actief. Aanleiding hiervoor was dat het overschrijdingspercentage bij aanrijtijden van ambulances in de provincie Utrecht te hoog is. Uitgangspunt voor ons handelen is dat de ambulancezorg in Utrecht tijdig beschikbaar moet zijn.

De provincie heeft hierin een duidelijke rol en we hebben het voortouw genomen bij de oplossing van de problematiek.

Op instigatie van de provincie is het Platform Ambulancezorg voor de provincie Utrecht opgericht en is een werkprogramma opgezet. Dit heeft ertoe geleid dat:

- één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) per 1-1-2003 is gerealiseerd; de provincie heeft een prominente rol gespeeld in de totstandkoming van afspraken tussen de vervoerders en de CPA.
- start proef met motorambulances per 1/11/02
- start met drie tijdelijke extra uitrukpunten in Lopik, Houten-Zuid en Baarn
- tijdelijke inzet van een extra ambulance
- provinciale en gemeentelijke busbanen zijn beschikbaar voor niet-spoedeisend ambulancevervoer
- het spreidingsplan ambulancezorg is vastgesteld. Daarbij is het Landelijk spreidingsplan ambulancezorg (RIVM) gebruikt als referentiekader. Onze wettelijke taak op het terrein van de ambulancezorg en kennis van de regionale situatie leidt ertoe dat de provincie op het gebied van spreiding in de ambulancezorg het voortouw heeft.

De provincie Utrecht gaat voor planning en financiering in eigen hand vanwege haar kennis en kunde op het regionale niveau, maar ook vanwege de relatie met de rampenbestrijding. Aspecten als deze die betrekking hebben op de veiligheid van onze burgers zijn in onze optiek een overheidstaak (in dit geval voor de provinciale overheid). In de miljoenennota 2004 wordt aangekondigd dat er een nieuwe Wet op de ambulancezorg komt. Over de

besturingssystematiek wordt dit najaar door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de Tweede Kamer verder overlegd. De Minister heeft begin oktober in een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer aangegeven voor de provincies geen rol meer te zien. Planning en financiering komen in de voorstellen van de Minister te liggen bij het Rijk en de zorgverzekeraars. Het is afhankelijk van de opstelling van de Tweede Kamer welke kant het opgaat. Op 6 november 2003 heeft bespreking in de Tweede Kamer plaatsgevonden. Alleen het CDA heeft expliciet een lans gebroken voor de provincies. Vanuit de provincies is de lobby gaande in de richting van politieke partijen in de Tweede Kamer om op deze manier wijziging in de plannen van de Minister aan te brengen.

*Wat zijn onze taken?*

Samenvatting

Resultaat:	Goede spreiding door implementatie spreidingsplan Ambulancezorg 2003-2007 met het Platform Ambulancezorg
Financiën:	Geen beslag op provinciale middelen.
Uren:	300

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van ons spreidingsplan ligt primair bij de RAVU, de Centrale Post Ambulancevervoer en de zorgverzekeraars. Wij zullen de betrokken partijen in het Platform Ambulancezorg aansporen om de wijziging in standplaatsen en uitrukpunten (drie zijn er inmiddels al) te realiseren. Daarnaast zullen er extra ambulances beschikbaar moeten komen. In hoeverre dat lukt hangt af van de van rijkswege extra ter beschikking komende middelen voor de ambulancezorg in de provincie Utrecht. Op grond van de miljoenennota 2004 is er landelijk €18 miljoen extra ter beschikking gesteld. In hoeverre dit voor de ambulancezorg in de provincie Utrecht extra geld oplevert is nog niet aan te geven.

## 2. Ziekenhuiszorg

Voor onze advisering in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen blijven individuele contacten met ziekenhuizen plaatsvinden. Op zich is onze adviestaak maatschappelijk relevant omdat mede op grond van onze advisering door de Minister van VWSW wordt bepaald of er behoefte is aan nieuwbouw of vervangende bouw van een ziekenhuis. Voor de vraag of er behoefte is aan (ver)nieuwbouw van ziekenhuizen wordt gewerkt met demografische cijfers en registraties vanuit de ziekenhuissector die wordt verzameld op landelijk niveau door Prismant en bewerkt voor de Utrechtse situatie door het eigen provinciale bureau informatie en onderzoek.

In dit verband is voorts van belang dat op landelijk niveau tussen het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) het landelijk referentiekader spreiding en bereikbaarheid ziekenhuiszorg is overeengekomen. Dit referentiekader is in februari 2003 aangeboden aan de minister van VWS. Een belangrijke rol wordt daarin weggelegd voor de individuele ziekenhuizen die bij majeure ontwikkelingen (fusie, sluiting, lange termijn huisvestingsplannen) de betrokken stakeholders (vertegenwoordigers vanuit de patiënten, zorgaanbieders in hun adherentiegebied, gemeenten, provincie) zal moeten betrekken. Voorts zijn er dit najaar besprekingen gaande tussen het IPO en de NVZ over het monitoren van ontwikkelingen rond kleine ziekenhuizen. Een voorbeeld van een stakeholdersoverleg in de provincie Utrecht is het stakeholdersoverleg rond Meander Medisch Centrum. Hier dreigde de polikliniek in Soest te sluiten en waren er geen garanties voor het voortbestaan van de ziekenhuislocatie in Baarn. In het belang van onze burgers is dat de zorg zo dichtbij mogelijk beschikbaar is. Door onze interventie, samen met de gemeenten Baarn en Soest, blijft de polikliniek in Soest vooralsnog open, totdat er een goede invulling is gegeven in de sfeer van een gezondheidscentrum. Voorts blijft de ziekenhuislocatie in Baarn voortbestaan, ook na de realisatie van de nieuwbouw van het ziekenhuis in Amersfoort. Maatschappelijk zeker relevant, een provinciale rol eveneens. In algemene zin zijn de contacten van provincies met ziekenhuizen overigens beperkt.

### *Wat zijn onze taken?*

#### Advisering aan de Minister van VWS of het College Bouw Zorgvoorzieningen

Resultaat:	Door middel van onze adviezen in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen over de behoefte aan ziekenhuisvoorzieningen bij te dragen aan een goed gespreid adequaat voorzieningenniveau.
Financiën:	Geen beslag op provinciale middelen.
Uren:	100

Het gaat hier om regulier werk. Advisering op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is een wettelijke taak. Hieraan blijven wij uitvoering geven.

#### Deelname stakeholdersoverleg

Resultaat:	Borging van het publieke belang (in het belang van onze burgers) bij belangrijke beslissingen van ziekenhuizen
Financiën:	Geen beslag op provinciale middelen.
Uren:	200

Deelname aan stakeholdersoverleg is van provinciaal belang (zie bijvoorbeeld Meander Medisch Centrum).

**Cijfermatige informatie huisartsenzorg**

Er zijn grote verschillen wat betreft de praktijkvorm waarin huisartsen werkzaam zijn. In de provincie Utrecht is het percentage solowerkende huisartsen klein (30%). De huisartsendichtheid is in de provincie Utrecht ongeveer gemiddeld (1 huisarts per 2406 inwoners; landelijk is dat 2427). Er werken in de provincie Utrecht 473,6 fulltime huisartsen. Op de peildatum 1 januari 2002 werkte 42% van de huisartsen parttime. In Nederland zijn 620 praktijkzoekende huisartsen. De gewenste praktijkomvang door huisartsen is rond de 2.000. Het huisartstekort in Nederland is in 2010 (bij ongewijzigd beleid) meer dan 20%. (cijfers NIVEL). Ook het door de Minister van VWS in het leven geroepen

Capaciteitsorgaan gaat hier van uit. In Utrecht zal de orde van grootte van het probleem vergelijkbaar zijn. Voor de provincie Utrecht betekent dit een tekort in 2010 van circa 95 fulltime huisartsen. Daardoor komen ongeveer 228.500 mensen zonder huisarts te zitten.

Weliswaar is door het Capaciteitsorgaan becijferd dat er 670 opleidingsplaatsen per jaar in Nederland voor huisartsen nodig zijn, maar dat biedt op de korte termijn nog geen oplossing.

Oorzaken van het tekort zijn te weinig opleidingsplaatsen in de afgelopen decennia, een sterk verminderd animo voor opleidingsplaatsen, de toegenomen wens van huisartsen om parttime te gaan werken (vooral het gevolg van het toegenomen aantal vrouwen dat huisarts wordt en hun wens om in deeltijd te werken), de grote uitstroom van oudere huisartsen in de komende jaren en de explosief stijgende zorgvraag (7,4 %). Deze cijfers zijn ontleend aan het NIVEL.

Om zowel aan de uitbreidingsvraag als aan de vervangingsvraag tegemoet te komen zullen in de periode tot 2010 in totaal in Nederland 4.232 nieuwe huisartsen nodig zijn. Gemiddeld zou dat betekenen dat de instroom jaarlijks rond de 470 moet liggen. De tekorten in de huisartsenzorg worden in Utrechtse gemeenten voelbaar. Ook volgens AGIS, als zorgverzekeraar marktleider in de provincie Utrecht, zal vrijwel elke gemeente binnen nu en enkele jaren te maken krijgen met problemen met de continuïteit van de huisartsenzorg.

## **Ontwikkelingen die gevolgen hebben voor de huisartsenzorg**

### *Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg*

In de ziekenhuiszorg is er al enige tijd sprake van een verschuiving van klinische zorg naar dagbehandeling en poliklinische zorg. Onder andere door de toegenomen medisch-technische mogelijkheden en het doelmatigheidsstreven in de ziekenhuiszorg verblijven patiënten korter in het ziekenhuis en zijn operaties en behandelingen in dagopname of poliklinisch mogelijk geworden. Voor de huisartsenzorg heeft dit tot gevolg dat een groter deel van de nazorg in de thuissituatie plaatsvindt. Bovendien krijgt de huisarts door snelle terugverwijzing vaker te maken met meer complexe aandoeningen. Andere ontwikkelingen zijn de diverse vormen van transmurale zorg en ziekenhuisverplaatste zorg waardoor meer verantwoordelijkheid bij de huisartsenzorg is komen te liggen.

### *Ontwikkelingen in de ouderenzorg*

De bevolking van de provincie Utrecht vergrijsst. Het aantal ouderen en met name ook het aantal ouderen dat zelfstandig blijft wonen neemt toe. Deze toename heeft consequenties voor de huisartsenzorg, aangezien ouderen meer gebruik maken van de huisarts. Behalve het aantal contacten neemt ook de gemiddelde duur van de consulten en de complexiteit van de zorgvragen toe.

### *Ontwikkelingen in de GGZ*

Behalve met lichamelijke klachten wordt de huisarts door patiënten geconsulteerd met klachten van psychische aard. Als gevolg van ontwikkelingen van extramuralisering en vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg heeft de huisarts in toenemende mate te maken met psychische en psychiatrische problematiek. Als er sprake is van psychiatrische problematiek dan bezorgt dit de huisarts een hoge werklast. Veelal is deze problematiek geconcentreerd in bepaalde wijken. Uit gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) blijkt dat één op de twintig verwijzingen van de huisartsen een verwijzing naar de GGZ betreft. De meeste verwezen patiënten gaan naar de RIAGG en psychiater, de overige naar de (eerstelijns)psycholoog en het maatschappelijk werk.

### *Ontwikkelingen gehandicaptenzorg*

Ontwikkelingen van extramuralisering en vermaatschappelijking vinden eveneens plaats in de zorg aan mensen met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke beperking. Genoemde doelgroepen worden steeds minder gehuisvest in grootschalige intramurale voorzieningen, maar juist in gedeconcentreerde, kleinschalige woonvoorzieningen waardoor zij meer mogelijkheden hebben om als volwaardig burger aan de samenleving deel te nemen. Voor de huisartsen betekent dit dat zij met een nieuwe cliëntengroep te maken krijgen. Voor een deel zullen de zorgvragen van genoemde doelgroepen nauwelijks verschillen van de reguliere zorgvragers. Echter met name mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak een atypisch medisch klachtenpatroon en vertonen ander medisch vraaggedrag dat specifieke medische deskundigheid vraagt. Dit laatste vraagt een goede samenwerking tussen huisartsen en gespecialiseerde 'Artsen voor verstandelijk gehandicapten' (AVG's).

### *Ontwikkelingen binnen de palliatieve zorg*

Door demografische, epidemiologische en medisch-technologische ontwikkelingen neemt de behoefte aan palliatieve zorg toe. Bovendien bestaat er een toenemende wens van patiënten om thuis in de vertrouwde omgeving te sterven. Dit betekent dat in toenemende mate huisartsen met palliatieve zorg te maken krijgen. Palliatieve zorg betekent voor de huisarts veelal het onderhouden van een intensief contact met patiënt en familie. Bovendien is de zorg veelal complex van aard.

### **Oplösungen huisartsenproblematiek**

In de Nederlandse gezondheidszorg vormt de huisarts het eerste aanspreekpunt voor patiënten met gezondheidsvragen en klachten. Volgens de visie van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) bieden huisartsen zorg en begeleiding aan hun patiënten en hun omgeving op een persoonsgerichte, continue en toegankelijke wijze. Van de klachten die bij de huisarts worden gepresenteerd wordt 90% zelfstandig door de huisarts zelf afgehandeld (met 3,9% van het landelijk gezondheidsbudget). Bij klachten die de huisarts niet zelfstandig kan afhandelen verwijst hij voor diagnostiek, begeleiding of behandeling naar andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn. In dit kader wordt gesproken van de huisarts als poortwachter (in toenemende mate wordt gesproken van de huisarts als gids).

- Steeds meer huisartsen gaan samenwerkingsverbanden aan of gaan zelfs samenwerken op één locatie (duo-praktijken of Huisartsen Onder Één Dak (HOED-en). Dit soort constructies lijken een oplossing te bieden voor een deel van de problemen. Zo kunnen huisartsen in een HOED hun bedrijfsvoering en administratie samen opzetten en daarvoor iemand in dienst nemen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is in januari 2003 naar buiten gekomen met een advies aan de Minister van VWS. Om de werkdruk te verlichten pleit de Raad vooral voor een taakherschikking in de gezondheidszorg ( het overdragen van simpele, routineuze handelingen aan assistenten, medische telefoondienst en voor een HBO-artsenopleiding.
- Het opzetten van duo-praktijken en HOED-en zijn vormen van monodisciplinaire samenwerking. Daarnaast kan multidisciplinaire samenwerking een oplossing bieden (gezondheidscentra, waarbinnen meerdere eerste lijnsfuncties zijn ondergebracht, of zorgposten-plus, dat zijn huisartsenpraktijken met een plus, bijvoorbeeld een apotheek, fysiotherapie, zorg- en welzijnsdiensten).
- Daarnaast kan gedacht worden aan taakherschikking in de gezondheidszorg (zie het advies van de Raad voor de Volksgezondheid van januari 2003). De doktersassistent of de praktijkverpleegkundige kan vaak voorkomende en minder gecompliceerde problemen heel goed zelfstandig oplossen.
- Een “zorgadvieslijn” (van doktersassistenten en verpleegkundigen) waar patiënten 24 uur per dag en zeven dagen in de week telefonisch met hun gezondheidsklachten terecht kunnen, zorgt bovendien voor een verder verbeterde toegankelijkheid van de zorg.
- Verder zouden, naast de huisarts, ook de fysiotherapeut, andere paramedici en de “nurse practitioner” rechtstreeks toegankelijk moeten zijn. Dat betekent wel dat de opleidingen moeten veranderen en dat de kwaliteit moet worden gewaarborgd. Een en ander zal dan wel wettelijk geregeld moeten worden, maar vooruitlopend daarop kunnen er al wel voorbeeldprojecten gaan starten. Ook het rijksbeleid gaat in deze richting (Nota “De toekomstbestendige eerstelijnszorg” van 21 november 2003).

## **Project spoedeisende zorg WZV-regio Utrecht**

### Inleiding

Spoedeisende zorg is de vorm van zorg die ongepland en op zeer korte termijn moet worden geleverd om verdere gezondheidsschade te voorkomen of te beperken. Deze vorm van zorg bestaat, naast de daadwerkelijke zorgverlening, in belangrijke mate uit het onderhouden van een beschikbaarheidsfunctie. De financiering van de beschikbaarheidsfunctie is (nog) niet separaat geregeld, maar loopt via opslagen op de tarieven en parameters voor electieve en chronische zorg. Het begrip spoedeisende zorg beperkt zich ten principale niet tot de ziekenhuisgerelateerde specialistische zorg maar betreft ook onder meer de huisartsenzorg, ambulancezorg en geestelijke gezondheidszorg. De organisatie van de spoedeisende zorg is tot nu toe voornamelijk de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders zelf geweest. In het verleden is gebleken dat zorgaanbieders daar soms slechts gedeeltelijk verantwoordelijkheid voor hebben genomen. Bijkomend probleem is dat de spoedeisende zorg een toenemend aandeel vormt van het geleverde zorgaanbod van de zorgaanbieders. Om bovengenoemde redenen hebben zorgverzekeraar Agis, de ZN-KPZ Regiovertegenwoordiger, PP/CP Utrecht<sup>1</sup> en de provincie Utrecht besloten een toetsingskader te ontwikkelen voor de organisatie van de spoedeisende zorg in de provincie Utrecht.

### Doelstelling

Doel van het project is het verbeteren van de spoedeisende zorg in de provincie Utrecht.

- 1) Hiervoor wordt een toetsingskader ontwikkeld. Dit toetsingskader bevat voorwaarden met betrekking tot de inhoud, kwaliteit en organisatie van de spoedeisende zorg. Het toetsingskader zal worden vergeleken met de huidige situatie in de provincie Utrecht. De verwerking daarvan levert een beeld op over de kwaliteit en spreiding van de spoedeisende zorg. De laatste stap is de uitwerking in de vorm van een werkprogramma voor de vormgeving van samenhangende, integrale spoedeisende zorg in de provincie Utrecht, waarbij de zorgvraag van de patiënt centraal staat. De uitvoering en resultaten zullen binnen een nog op te richten Platform Spoedeisende Zorg gemonitord worden en zonodig bijgesteld.
- 2) Nadrukkelijk zal dit Platform zich al vanaf de start van het project ook al bezighouden met het inventariseren van knelpunten en de implementatie van korte termijn oplossingen daarvoor.
- 3) Naast het in kaart brengen van de kwantitatieve en kwalitatieve vraag en het aanbod aan spoedeisende zorg, zal het toetsingskader door de betrokken partijen in dit project ook gehanteerd worden bij de uitvoering van hun eigen taken. Hierbij kan gedacht worden aan:
  - beoordeling van plannings- en (ver)bouwvraagstukken,
  - periodieke toetsing van bestaande structuur en organisatie van de spoedeisende zorg en bijdrage aan de dialoog over aanpassingen,
  - bijdrage aan de discussie over een vergoedingensysteem dat gekoppeld is aan de beschikbaarheidsfunctie enerzijds en de uitgevoerde behandelingen en (type van) behandelaar anderzijds (vast- variabelsystematiek),
  - opstelling van functie- en capaciteitsprofielen.

### 3. Uitgangspunten

Bij het uitwerken van het toetsingskader en de hantering ervan, gaat het project uit van de volgende uitgangspunten:

- a. Het project heeft betrekking op de WZV-regio Utrecht
- b. Het project richt zich op de spoedeisende hulpafdeling (SEH) van ziekenhuizen, traumacentra, de verloskundige hulpverleners, huisartsen en de ambulancezorg. De GGZ en PAAZ-afdelingen vallen niet binnen de scope van dit project.

---

<sup>1</sup> Provinciaal Patiënten en Consumenten Platform Utrecht

- c. De acute zorg wordt onderscheidenlijk beschouwd van de electieve (planbare) zorg en de chronische zorg.
- d. Richtinggevend voor het te ontwikkelen referentiekader is de inhoud van de Beleidsvisie acute zorg van het ministerie van VWS, oktober 2003.
- e. De specifieke zorgvraag van de patiënt staat voorop waarop inhoud, organisatie, structuur en bekostiging van het zorgaanbod een passende aansluiting moet bieden (zorgvraag → zorgaanbod).
- f. Het centraal stellen van de zorgvraag veronderstelt dat de huidige verbrokkelde, en aanbodgerichte spoedeisende zorgstructuur wordt doorbroken. De beoogde functionele en integrale benadering impliceert dat de huidige afzonderlijke verstrekkingen (huisartsenhulp, ziekenhuiszorg/specialistische hulp, verloskundige hulp, farmaceutische hulp, tandheelkundige hulp, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg) gericht worden op een logische en samenhangende keten van spoedeisende zorg.
- g. Parallel hieraan heeft de zelfstandige zorgverlener binnen de bewuste verstrekkingen niet meer het primaat, doch de mate waarin een hulpverlener bijdraagt aan het acute curatieve behandelingsproces. Dit vraagt een nauwe samenwerking en samenspel tussen ambulancepersoneel, verpleegkundige, huisarts, 1<sup>e</sup> hulp arts en specialist. Een effectief triagesysteem met adequate richtlijnen wordt noodzakelijk geacht voor het acute behandelingsproces en de bijdrage van iedere zorgverlener.
- h. Een evenwichtige spreiding van acute zorglocaties is van belang. De omvang en aanwezige functies per locatie is afhankelijk van de behoefte en spreiding van de acute zorgvragers in relatie tot bereikbaarheidscriteria. Onderzoek en analyse naar consumptiepatronen en demografische ontwikkelen (toekomstscenario's: ontgroening/vergrijzing; instroom, uitstroom) moeten dit aangeven.

#### Initiatiefnemers

De initiatiefnemers van het project zijn:

1. Provincie Utrecht,
2. PP/CP Utrecht,
3. Agis-Zorgverzekeringen,
4. ZN-KPZ regiovertegenwoordiger.

Alle partijen zullen vanuit hun eigen aandachtsgebied een bijdrage leveren aan het te ontwikkelen toetsingskader. Zorgverzekeraars en de provincie Utrecht leveren hun bijdrage vanuit hun algemeen belang bij een goede en efficiënte organisatie van de spoedeisende zorg, de mogelijkheid tot het oplossen van knelpunten en de taak die beide partijen hebben bij de advisering in het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV). Het PP/CP bewaakt het belang van de cliënt bij de spoedeisende zorg, Zij heeft reeds een checklist ontwikkeld voor de ziekenhuiszorg. Op deze manier ontstaat een integraal instrument om de spoedeisende zorg in kaart te brengen en te verbeteren.



### Wijze van aanpak en ontwikkeling

Bij dit project worden de volgende stappen onderscheiden:

- a. Opstellen plan van aanpak. Hierbij zijn de uitgangspunten en doelstellingen vastgelegd, alsmede de aanpak en de fasering.
- b. Opstellen toetsingskader spoedeisende zorg. Dit gebeurt door de initiatiefnemers.
- c. Formuleren onderzoeksvraag. Op basis van het toetsingskader zal regionaal het aanbod en de vraag (op basis van demografische gegevens) naar spoedeisende zorg in kaart worden gebracht. Hieruit blijken de witte vlekken in de regio. Tevens zal er een kwalitatieve onderzoeksvraag aan het onderzoek worden toegevoegd. Ondersteuning door een extern bureau wordt overwogen, waarbij het moet gaan om een instantie die bekend is met planningsvraagstukken en ontwikkeling van functie- en capaciteits- (meet)eenheden in de zorg en de daarvoor benodigde onderbouwing kan leveren. Eventueel zou dit bureau ook een bijdrage kunnen leveren bij het opstellen van het toetsingskader (indien hiervoor intern te weinig capaciteit voorhanden is).
- d. Presentatie van het toetsingskader en de resultaten van het onderzoek met de betreffende (koepels van) zorgverleners in de regio teneinde draagvlak voor het project te verkrijgen. Ook wordt om input gevraagd voor een werkprogramma. Dit zou kunnen in de vorm van een soort conferentie. Tevens oprichting van het Platform Spoedeisende Zorg Provincie Utrecht (verder te noemen: Platform). Naast de initiatiefnemers zullen hiervoor experts worden gevraagd die op persoonlijke titel in het Platform deelnemen. Het Platform krijgt haar opdracht en werkt onder de verantwoordelijkheid van het bestuurlijke overleg van de initiatiefnemers.
- e. Het Platform stelt een werkprogramma op voor de aanpak van de blinde vlekken in de WZV-regio Utrecht.

### Looptijd/fasering

- maart 2004: overeenstemming over plan van aanpak tussen initiatiefnemers;
- maart 2004: Opstellen opzet toetsingskader Spoedeisende Zorg + formuleren onderzoeksvragen + aanzoeken van extern ondersteuningsbureau;
- maart 2004 – mei 2004: dataverzameling en verwerking, opstelling voorwaarden en ontwikkeling toetsingskader;
- juni 2004 : presentatie toetsingskader en resultaten onderzoek aan zorgveld
- Juni 2004: oprichting Platform Spoedeisende Zorg + opstellen werkprogramma

### Communicatie

De betrokken partijen zullen hun eigen kanalen gebruiken om in de beginfase van dit project over het initiatief. In de vervolgfase zullen meerdere partijen betrokken worden bij de terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek en het voorbereiden van een werkprogramma.

### Financiën

Vooralsnog wordt uitgegaan van een totale kostenpost voor dit project van € 40.000. Hiervan zullen Agis Zorgverzekeringen en de ZN Regiovertegenwoordiging samen € 20.000 voor haar rekening nemen en de provincie Utrecht eveneens € 20.000. De definitieve hoogte van de begroting is afhankelijk van de omvang van de externe ondersteuning en de vorm waarin de presentatie aan de veldpartijen plaatsvindt.