



ASGB
Algemeen Syndicaat van
geneeskundigen van België



Minderheidsnota van het Kartel ASGB/GBO/MoDeS bij het rapport 'Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming', gericht tot de leden van de RvB van het KCE - 25 maart 2016.

Het Kartel bedankt de ploeg onderzoekers van het KCE en beschouwt het rapport 'Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming' als een rijke en nuttige bron om verder na te denken over de hervorming van de spoeddiensten in de ziekenhuizen in samenhang met de huisartsenwachtendienst.

Het Kartel kan echter het model voor de verdere ontwikkeling van de Huisartsenwachtposten, zoals dat wordt voorgesteld in het rapport en de aanbevelingen, niet onderschrijven.

Wij hernemen hier enkele uittreksels uit het rapport en het commentaar van het Kartel, gericht aan de leden van de RvB van het KCE.

Uittreksel uit het voorwoord, p 1: *“maar wat in onze buurlanden werkt, kan daarom nog niet zomaar overgenomen worden binnen ons eigen systeem... dat bovendien in volle hervorming is!”*

Commentaar van het Kartel:

Het is altijd zeer nuttig rekening te houden met wat in een andere context bestaat en daaruit lessen te trekken, maar men moet ook rekening houden met de huidige Belgische omstandigheden.

Uittreksel uit de 'kernboodschappen' p 2

“Bijna 71% van de patiënten komt zelf naar de spoed, zonder doorverwijzing. Vanuit medisch oogpunt kan een aanzienlijk aantal patiënten op spoed even goed door een huisarts geholpen worden. Volgens de meeste internationale studies wordt dit aandeel op 20-40% geschat. Maar deze zogenaamde 'oneigenlijke spoedcontacten' betekenen daarom niet dat de patiënt 'foutieve keuzes' maakt. Patiënten gaan om verschillende redenen naar de spoed in plaats van naar de huisarts, maar het staat wel vast dat de meesten onverwachts nood hebben aan zorg, en oordelen dat de spoed de beste keuze is. Men kan daarom eerder stellen dat de organisatie van het zorgaanbod niet aangepast is aan de zorgvraag.”

Commentaar van het Kartel:

Het is niet omdat de patiënten zich nog te vaak spontaan tot de spoeddienst wenden, dat men hen daartoe ook moet aanmoedigen. Van zodra de bevolking zal weten dat het nummer 1733 snel en juist zal verwijzen naar de gepaste zorgverstrekker, zal men dit kanaal gebruiken. Men moet het aanbod aan de behoeften aanpassen en niet enkel aan de vraag.

“Hoewel wachtposten in België vooral werden opgericht om de werkomstandigheden van de huisartsen te verbeteren, worden ze internationaal beschouwd als een alternatief voor een deel van de spoedcontacten”

Commentaar van het Kartel:

Men moet dus, na een nauwgezette evaluatie, verder gaan in deze richting en eerst en vooral de 1733 algemeen implementeren, want anders zal iedere analyse mank lopen.

“Het ziekenhuis blijft dan ook de voornaamste aantrekkingspool voor patiënten met een ongeplande acute zorgvraag”

Commentaar van het Kartel:

Inderdaad, en juist dat moeten we veranderen door een efficiëntere triage.

Uittreksel uit hoofdstuk 3.2 p 19

“Telefoontriage internationaal reeds wijdverspreid, maar impact op spoed onvoldoende bestudeerd”

Commentaar van het Kartel:

De 1733 wordt reeds gebruikt door sommige Huisartsenwachtposten en er bestaan reeds samenwerkingsverbanden met de spoeddiensten. Een analyse hiervan is noodzakelijk, parallel met studies over de protocollen die gerealiseerd worden in Leuven-Tienen en Luxemburg-Dinant.

Uittreksel uit Aanbevelingen p 31-32

“-Samenbrengen van wachtposten en spoeddiensten in ‘centra voor ongeplande acute zorg’ bestaande uit een 24/7 huisartspermanentie en een spoeddienst met:

- Eén centrale toegangspoort;*
- Een triage-zone met een klinisch geschoold triage-team dat gesuperviseerd wordt door een ervaren arts;*
- Een financieel en juridisch autonome huisartspermanentie, een entiteit die wordt uitgebaat in nauwe samenspraak met of onder de verantwoordelijkheid van de lokale huisartsenkring(en).*
- Een verbod voor de huisartspermanentie om zelf bepaalde activiteiten te verrichten (GMD, zorgtrajecten, maar ook follow-up consultaties) die thuishoren bij de vaste huisarts;*

-Voorzien van uitzonderingen op dit model van ongeplande acute zorg in gebieden zonder een ziekenhuissite in de nabijheid. Hier worden wachtposten bestaaf en uitgerust voor dringende medische behoeften die geen gespecialiseerde zorg vereisen.

-De verdere uitrol van het 1733 pilootproject laten afhangen van de evaluatie (met inbegrip van belasting van spoed en huisartsen, veiligheidsproblemen) van de huidige initiatieven en van de randvoorwaarden geïdentificeerd in de literatuur (bv. opleidingsniveau triagist). “

Commentaar van het Kartel:

Zelfs als een aantal voorzorgen wordt genomen opdat de in de spoeddienst geïntegreerde Huisartsenwachtpost geen “permanent huisartsenkabinet” zou worden, vindt het Kartel dat dit model niet kan aanbevolen worden op basis van de analyse die in dit rapport is gemaakt. Er is geen wetenschappelijk bewijs om dit model te ondersteunen, want er ontbreekt een analyse van het actuele aanbod van huisartsenwachtdienst in België. Het model wordt aanbevolen vanuit het idee dat de patiënt die zich naar het ziekenhuis begeeft, daar ter plaatse getrieerd moet worden. Daarbij vergeet men dat vandaag reeds een behoorlijk aantal patiënten zich niet noodzakelijk naar het ziekenhuis begeeft, maar reeds de juiste reflex heeft om een beroep te doen op de huisartsgeneeskunde.

Uittreksel uit het volledig rapport p 95

“Although 15 ODCs are located at (Arlon, Boussu, CMGU Brussels, Merksem, Mons, Mouscron, Tournai, Tubize) or next to a hospital site (< 150 meters; Ath, Bastogne, Dinant, Herentals, Huy, Libramont, Malmedy), most ODCs are not and none are truly integrated in an ED.”

Commentaar van het Kartel

Aangezien sommige huisartsenwachtposten nu reeds gevestigd zijn in of in de nabijheid van ziekenhuizen, is het noodzakelijk hun efficiëntie te bestuderen en dit te vergelijken met andere bestaande modellen, waarbij men vooral aandacht heeft voor de afstanden (landelijk gebied).

“In any case, a proper evaluation of the most appropriate link between EDs and ODCs (integrated in ED of a hospital, at hospital site but not in the ED, close to hospital site, independent from hospital site) did not yet take place (in Belgium) but is urgently required.”

Commentaar van het Kartel

Daarmee is alles gezegd !

Dus stelt het Kartel voor om de aanbeveling *“Samenbrengen van wachtposten en spoeddiensten in ‘centra voor ongeplande acute zorg’ bestaande uit een 24/7 huisartspermanentie en een spoeddienst met:.....”* te vervangen door:

“Het is dringend nodig de resultaten te analyseren van de verschillende modellen huisartsenwachtposten (in het ziekenhuis, in de nabijheid van het ziekenhuis, ver van het ziekenhuis) volgens het SWOT-model”

Deze aanbeveling werd niet weerhouden, maar de onderzoekers hebben twee amendementen voorgesteld:

“Hoewel dit op basis van de studieresultaten het meest aangewezen model blijkt, is het ‘wenselijk dat een proof of concept’ wordt opgezet en geëvalueerd in een aantal locaties. De resultaten hiervan dienen vergeleken te worden met de gekende resultaten van het huidige landschap.”

“Daarnaast kan door middel van een voorafgaande simulatie nagegaan worden welke ‘bijkomende verfijningen noodzakelijk zijn om dit model aan te passen aan de lokale context (bv. geen permanentie van de huisarts tijdens de nacht in gebieden met te lage activiteit).”

Hoewel deze amendementen in de goede richting gaan, kan het Kartel er niet mee akkoord gaan dat **op basis van de resultaten van de studie het model “Samenbrengen van wachtposten en spoeddiensten in ‘centra voor ongeplande acute zorg’ bestaande uit een 24/7 huisartspermanentie en een spoeddienst met:.....” het meest aangewezen is.**

Bovendien leggen wij aan de onderzoekers en leden van het KCE de volgende overwegingen voor met betrekking tot de organisatie van de wacht:

1. Tijdens de werkuren: aan de bevolking het verstandig gebruik van de spoeddienst uitleggen.

Als de patiënt een acuut ernstig invaliderend probleem heeft (verkeersongeval, brandwonden, ernstig ongeval in huis, enz.) moet hij zich direct tot de spoeddienst wenden of de MUG bellen, zonder tussenkomst van de huisarts.

Als de patiënt niet in dit geval verkeert, maar toch van oordeel is dat hij dringend hulp nodig heeft, belt hij de 1733, die op basis van een gevalideerd algoritme doorverwijst naar de aangewezen dienst. De patiënt krijgt telefonisch of via internet een code, die hem toegang verleent tot deze dienst. Afhankelijk van de graad van dringendheid is dit de MUG, een ambulance, zijn huisarts of een uitstel tot de volgende dag (b.v. voorschrift/attest). Als er geen huisarts beschikbaar is, of gekend door de patiënt (toerist, sans papier,.....) kan patiënt verwezen worden naar een dispensarium.

Patiënten, die zich aanbieden op de spoeddienst zonder code of zonder verwijsbrief van de huisarts, zullen geweigerd worden.

2. Buiten de werkuren, niet in het holst van de nacht

Als de patiënt een acuut ernstig invaliderend probleem heeft (verkeersongeval, brandwonden, ernstig ongeval in huis, enz.) moet hij zich direct tot de spoeddienst wenden of de MUG bellen, zonder tussenkomst van de huisarts.

Als de patiënt niet in dit geval verkeert, maar toch van oordeel is dat hij dringend hulp nodig heeft, belt hij de 1733, die op basis van een gevalideerd algoritme doorverwijst naar de aangewezen dienst. De patiënt krijgt telefonisch of via internet een code, die hem toegang verleent tot deze dienst. Afhankelijk van de graad van dringendheid is dit de MUG, ambulance, huisartsenwachtpost of huisbezoek voor: palliatieve zorgen, WZC, ernstig zieke of gehandicapte patiënten, die niet in staat zijn zich te verplaatsen. Tenslotte verwijzing naar de huisarts de volgende dag voor niet dringende zorg, attesten, voorschriften, etc.

Patiënten, die zich aanbieden op de spoeddienst zonder code of zonder verwijsbrief van de huisarts, zullen geweigerd worden.

3. Buiten de werkuren, in het holst van de nacht:

Als de patiënt een acuut ernstig invaliderend probleem heeft (verkeersongeval, brandwonden, ernstig ongeval in huis, enz.) moet hij zich direct tot de spoeddienst wenden of de MUG bellen, zonder tussenkomst van de huisarts.

Als de huisartsenwachtpost de hele nacht open is, geldt dezelfde procedure als onder 2.

Als de huisartsenwachtpost in het holst van de nacht zeer weinig patiënten ontvangt is het behouden van een dergelijk aanbod moeilijk te rechtvaardigen. De huisartsenwachtdienst en de spoeddienst van het ziekenhuis zullen in dat geval samenwerken. Alle gevallen, zoals beschreven onder 2, zullen dan toevertrouwd worden aan de spoeddienst. Huisbezoeken voor palliatieve zorgen, WZC, ernstig zieke of gehandicapte patiënten, die niet in staat zijn zich te verplaatsen, blijven verzekerd door de huisarts.

Tenslotte blijkt een aantal huisartsen niet meer bereid wachten te presteren in het holst van de nacht (veiligheidsproblemen, gebrek aan mogelijkheid te recupereren van de vermoeidheid, etc.). Om toch gerechtvaardigde huisbezoeken te kunnen garanderen, zou men een systeem van 'gardisten' kunnen organiseren. Men zou ook een premie kunnen toekennen aan artsen, jonger dan 65, die huisbezoeken willen afleggen in het holst van de nacht.