

WELKE OPLOSSINGEN VOOR DE WACHTDIENSTEN VAN HUISARTSEN?

SYNTHESE



WELKE OPLOSSINGEN VOOR DE WACHTDIENSTEN VAN HUISARTSEN? SYNTHESE

PASCALE JONCKHEER, CÉCILE DUBOIS, ELS VERHOEVEN, EMILIE RINCHARD, ANNE-MARIE BAUDEWYNS, TOON HAEZAERT, IMGARD VINCK,
MURIELLE LONA, DOMINIQUE PAULUS



■ VOORWOORD

Enkele jaren geleden al behandelde het KCE de problematiek van het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten in ziekenhuizen. Het onderzoek werd aangevraagd door de gezondheidsinstanties en had als doel oplossingen te zoeken om patiënten naar diensten te oriënteren die beter aansluiten bij hun behoeften.

Dit keer was de vraag niet afkomstig van de overheid, maar wel van de huisartsenkringen die belast zijn met het organiseren van de nacht- en weekenddiensten. Ze vragen zich af of het uitvoeren van deze taak overal nog wel mogelijk is, rekening houdend met de werkbelasting, de zwaarte en soms zelfs de risico's van de wachtdiensten. Men heeft echter niet op dit rapport gewacht om alternatieven uit te werken en op verschillende plaatsen uit te testen. Wij willen dan ook iedereen danken die hun ervaringen en bevindingen met ons hebben willen delen zodat realistische oplossingen kunnen worden voorgesteld voor de bevolking, de artsen en de overheid.

Wij hopen dat de analyse en de synthese die door het KCE werd uitgevoerd ertoe zullen bijdragen om alle mogelijke oplossingen samen te brengen in een rationeel en doeltreffend organisatorisch model waarbij voor de toekomst mogelijkheden worden voorgesteld die tot op heden in België nog niet werden onderzocht. Wij hopen ook dat de patiënten, vooral de meest kwetsbare of behoeftige patiënten van wie de problemen vaak leiden tot groeiende wachtrijen op de spoeddiensten, ook hun plaats zullen vinden in het nieuwe te creëren zorglandschap.

Jean-Pierre CLOSON
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SYNTHESE

1. EERSTELIJNSZORG BUITEN DE PRAKTIJKUREN: WELK PROBLEEM STELT ZICH IN BELGIË?

Vandaag kan iedereen die waar ook in België medische zorg nodig heeft na de gewone praktijkuren ('s avonds, 's nachts, in het weekend en op feestdagen) een huisarts contacteren. Deze wachtdiensten worden georganiseerd door de plaatselijke huisartsenkringen. Binnen die kringen zijn de huisartsen van een bepaalde regio elk om beurt 'van wacht' voor de patiënten van die regio. Elke huisarts is wettelijk verplicht de zorgcontinuïteit voor zijn of haar patiënten te waarborgen.

Een toenemend aantal huisartsen vindt het echter moeilijk om beschikbaar te zijn tijdens lange perioden van wacht, zoals hierna uiteengezet in paragraaf 1.1. De belangrijkste problemen die de overheidsinstanties identificeerden, worden beschreven in 1.2. In 1.3 wordt de huidige situatie omschreven, aangevuld met een gegevensanalyse en een overzicht van de huidige wetgeving.

Tenslotte volgt er een analyse van alternatieve oplossingen voor de organisatie van wachtdiensten in de huisartspraktijk, de voorwaarden voor de implementatie en de mogelijke juridische en organisatorische gevolgen.

1.1. Het wordt voor huisartsen steeds moeilijker om de vereiste werklast op zich te nemen

De Federale Raad voor de Huisartsenkringen bracht het onderwerp van dit rapport aan bij het KCE. De beroepsorganisaties vermeldde talrijke problemen met de wachtdiensten:

- het dalende aantal huisartsen dat bereid en beschikbaar is om de wachtdienst te verzorgen, vooral in landelijke en achtergestelde gebieden waar de druk op de overblijvende huisartsen steeds toeneemt;
- de negatieve invloed van de wachtdiensten op de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts;



- het specifieke probleem van de uren "in het holst van de nacht", wanneer de huisarts de wachtpermanentie moet verzekeren voor een beperkt aantal oproepen (zie definitie in 1.3.2);
- het huidige juridische kader dat het implementeren van sommige alternatieve oplossingen verhindert (zie 1.3.3);
- andere problemen met wachtdiensten zijn veiligheid, onbetaalde rekeningen en onredelijke eisen van de patiënten (bijv. huisbezoeken 's nachts om onbeduidende redenen).

1.2. Problemen inzake budget en personeel

Er zijn twee redenen waarom de overheid zich bezighoudt met het probleem van de wachtdiensten.

De organisatie van wachtdiensten heeft een impact op het budget. Patiënten die naar de dienst spoedgevallen gaan voor kleine kwaaltjes veroorzaken onnodige uitgaven. Voor de financiering van alternatieve oplossingen is een hoger budget nodig, en de omvang ervan kan momenteel moeilijk worden ingeschat.

Daarnaast brengt de mogelijk toekomstige schaarste aan huisartsen de organisatie van wachtdiensten in sommige regio's in het gedrang.

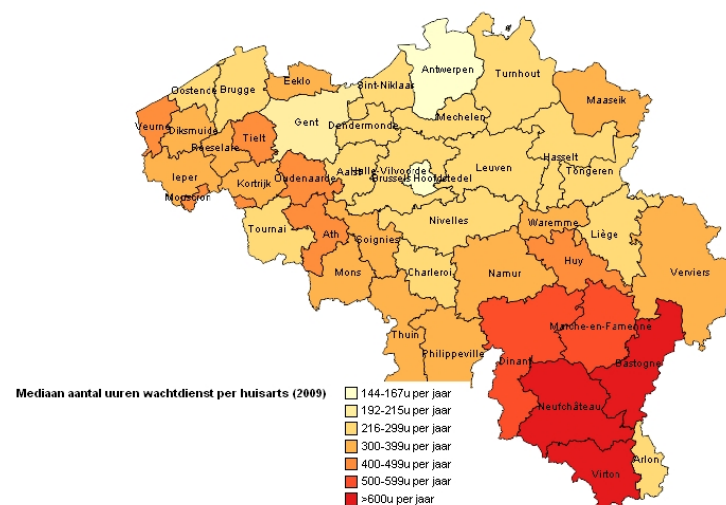
1.3. Huidige situatie, werkbelasting en wetgeving

1.3.1. Verschillen in werkbelasting tussen gebieden

De MEDEGA-databank van de FOD Volksgezondheid houdt voor elke huisarts een nauwkeurig permanentierooster bij. Op basis van deze informatie ontvangt de huisartsenkring "beschikbaarheidshonoraria" van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Aantal uren wachtdienst per jaar

In 2009 bedroeg het mediaan aantal uren wachtdienst per huisarts 630 uren in landelijke gebieden, 326 uren in halfstedelijke gebieden en 224 uren in stedelijke gebieden (zie kaart).



Aantal nachten wachtdienst

Het aantal nachten met permanentie wordt in de analyses van de MEDEGA-databank omschreven als het aantal perioden met minstens één uur wachtdienst tussen middernacht en 6 u. De resultaten voor 2009 tonen eveneens verschillen tussen de gebieden aan, zoals reeds werd vermeld in de vorige paragraaf:

- In landelijke gebieden heeft een huisarts gemiddeld 3 tot 4 nachten permanentie per maand. In half-stedelijke gebieden is het gemiddelde 2 nachten per maand en in stedelijke gebieden is dit slechts 1 tot 2 nachten.
- Twee derde van de huisartsen in landelijke gebieden moest meer dan 30 nachten wachtdienst presteren in één jaar. In half-stedelijke gebieden had minder dan één op vier zoveel wachtdienst terwijl in stedelijke gebieden slechts 9% 30 nachten of meer had.

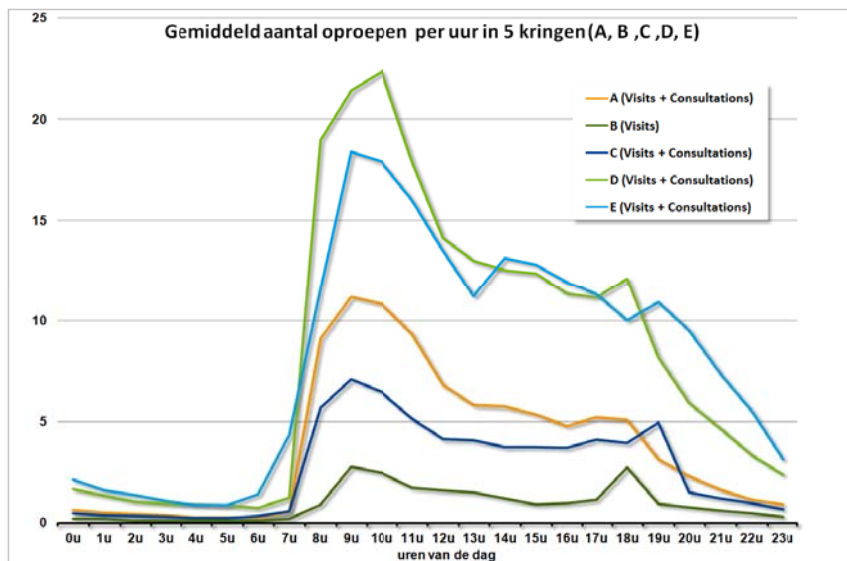


1.3.2. Verschillen in werkbelasting tussen dag en nacht

Huisartsen hebben vooral problemen met de wachtdienst 'in het holst van de nacht', wanneer ze slechts enkele oproepen ontvangen, en dan vaak nog voor onbeduidende redenen. Typisch voor dit deel van de nacht is trouwens de sterke daling van het aantal oproepen.

Er is wel geen algemeen aanvaarde definitie van de periode 'in het holst van de nacht'. Om deze periode beter te kunnen specificeren werd in deze studie gekeken naar het aantal oproepen per uur. Voor 2010 zijn er maar van 5 huisartsenkringen gedetailleerde gegevens beschikbaar over de oproepen die gevolgd werden door een huisbezoek of consultatie. De tendenzen waren voor deze 5 kringen identiek.

Het aantal oproepen gevolgd door een huisbezoek of consultatie daalt vanaf 18 u.-19u. (zie figuur). De kalmste periode ligt tussen 23u. of middernacht en 7u. Dan is het aantal oproepen zeer laag (d.w.z. 1-2 oproepen per 100 000 inwoners)



Deze gegevens geven weer welke soort vragen de patiënten hebben. Om een aanvaardbare oplossing te vinden voor de periode 'in het holst van de nacht', moet deze analyse worden gecombineerd met de perceptie van de huisartsen van wat zij als "nachtwerk" beschouwen (bijv. begint dit om 23u. of om middernacht?)

1.3.3. Huidige wetgeving, interpretatie en compatibiliteit met alternatieve oplossingen

Een huisarts moet volgens artikel 422bis van het Strafwetboek medische bijstand verlenen aan elke persoon waarvan de arts weet dat hij/zij in gevaar is. Sommige initiatieven voor een betere organisatie van de wachtdiensten worden bemoeilijkt omdat vele huisartsen deze wetgeving te strikt interpreteren. Zij voelen zich verplicht om de patiënt thuis te bezoeken als deze erom vraagt. Nochtans laat artikel 422bis ruimte om de situatie in te schatten en te oordelen of een huisbezoek echt nodig is.

De vermeende verplichting tot huisbezoek veroorzaakt twee grote problemen.

- Huisartsen voelen zich soms onveilig, zonder dat ze de risicosituaties echt kunnen identificeren. Momenteel zijn er geen middelen om gevaarlijke situaties te identificeren of om de huisarts te beschermen bij een riskant huisbezoek.
- Huisbezoeken vragen veel meer tijd dan consultaties, vooral in landelijke gebieden. Onnodige huisbezoeken hebben een nadelige invloed op de efficiëntie en de zorgkwaliteit (bvb bij een gelijktijdige dringende oproep).

De deontologische code verwijst expliciet naar art. 422bis van het Strafwetboek. De provinciale raden van de Orde baseren zich soms op een (te) strikte interpretatie van artikel 422bis om tuchtmaatregelen te nemen tegen huisartsen.

Daarnaast eist de huidige wetgeving dat per 30 000 inwoners er 1 huisarts van wacht is, terwijl deze huisarts zich 's nachts slechts aan één à twee oproepen per 100 000 inwoners kan verwachten (zie 1.3.2);

Tenslotte zijn er voorwaarden verbonden aan de erkenning. Een arts die enkel wachten doet, kan deze voorwaarden (bvb. medische dossiers, zorgcontinuïteit) onmogelijk vervullen.



2. MOGELIJKE OPLOSSINGEN EN GEVOLGEN

België is niet het enige land dat problemen heeft met de organisatie van zorg buiten de praktijken. Ook in andere Europese landen is er bezorgdheid over de toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van de wachtdiensten. De bedoeling is vooral het verminderen van het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten. Tot op vandaag heeft geen enkel gezondheidszorgsysteem hiervoor een sluitende oplossing kunnen vinden.

Dit rapport bevat een systematisch literatuuroverzicht rond nieuwe modellen voor wachtdiensten en een beschrijving van dergelijke modellen in 5 andere Europese landen. In België worden sommige van deze modellen al getest, soms zelfs op grote schaal. Andere kunnen worden overwogen op de middellange termijn.

- Wachtposten: structuren die worden opgezet door huisartsen binnen hun werkgebied;
- Telefonische triage- en consultatiesystemen: een arts of een medisch opgeleide medewerker geeft telefonisch advies en verwijst de patiënt eventueel door naar de meest geschikte zorgverlener;
- Specifieke oplossingen voor het 'holst van de nacht', zoals één huisarts voor grotere wachtdienstgebieden en/of samenwerking met de lokale ziekenhuizen.
- Consultaties door een verpleegkundige en telefonische consultaties (door een verpleegkundige of arts): deze oplossingen werden in België nog niet uitgetest maar kunnen worden overwogen op de middellange termijn, gezien de demografische tendensen bij de huisartsen.

Belangrijk: deze oplossingen:

- kunnen worden gecombineerd in eenzelfde gebied;
- zijn in ons huidige gezondheidszorgsysteem nog puur hypothetisch (bijv. verpleegkundigen), maar zouden kunnen worden overwogen als meer drastische oplossingen noodzakelijk zijn..

2.1. Wachtposten

2.1.1. *Verschil van land tot land en zelfs binnen eenzelfde land*

Wachtposten bestaan overal in Nederland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk; de praktische organisatie verschilt wel tussen de landen onderling en zelfs binnen eenzelfde land.

- In Nederland houden huisartsen toezicht op de wachtposten. Zij hebben medisch personeel in dienst (verpleegkundigen en assistenten). Dit personeel is verantwoordelijk voor de triage en/of assistentie bij de consultaties.
- In het VK zijn er verschillende soorten medewerkers in dienst, zoals telefonisten, 'managers', verpleegkundigen en spoedartsen. De mix van vaardigheden verschilt van wachtpost tot wachtpost: bij sommige werken alleen huisartsen, andere hebben ook verpleegkundigen in dienst.
- In Denemarken doen de huisartsen zelf de triage. De verpleegkundigen en het administratief personeel voeren andere taken uit.
- In Frankrijk en Italië bestaan de wachtposten uit huisartsen of andere artsen.

2.1.2. *Impact: positief voor huisarts en patiënt, onduidelijk voor het gezondheidszorgsysteem*

Dit onderzoek kon geen enkele studie vinden die de zorgkwaliteit van wachtposten vergeleek met die van traditionele wachtdiensten.

Het bestaan van wachtposten wordt vaak als positief ervaren door de huisartsen: lagere werklust, betere levenskwaliteit en meer werkvolvoening. Deze perceptie hangt vooral af van de vroegere situatie (wachtdienst, individuele organisatie) en van de bereidheid om in een nieuw systeem te stappen.

De meeste studies stellen vast dat ook de patiënten tevreden zijn. De literatuur keek ook naar de toegankelijkheid van de wachtposten: voor sommige patiënten is het vervoer cruciaal (bijv. ouders met zieke jonge kinderen, bejaarden). Daarom voorzien sommige landen huisbezoeken, indien nodig.



De impact op het gezondheidszorgsysteem is onduidelijk: een mogelijke afname van het aantal huisbezoeken door huisartsen, weinig invloed op het gebruik van de dienst spoedgevallen. Eén onderzoek concludeerde dat de kosten voor het gezondheidszorgsysteem van dit model hoger zijn dan bij de klassieke consultatie bij de huisartse (zonder bijkomende financiering voor logistiek en personeel).

2.1.3. *Kwaliteitsindicatoren*

In Nederland en het VK werden kwaliteitsindicatoren voor wachtdiensten uitgewerkt. Het VK ontwikkelde een systeem voor de erkenning van wachtposten en een "National Quality Requirements"-systeem met talrijke kwaliteitsbewakingsprocedures, bijv. klachtenprocedures, audits van huisartsen, verplichte rapportering door de huisarts van wacht aan de eigen huisarts. De resultaten van deze maatregelen worden jammer genoeg zelden gepubliceerd.

2.1.4. *Een oplossing voor een toenemend aantal huisartsenkringen in België*

2.1.4.1. *Financiering van wachtposten*

De zoektocht naar nieuwe oplossingen zorgde ook in België voor de financiering van een toenemend aantal wachtposten. De eerste pilootexperimenten werden opgezet in kleine steden en landelijke gebieden (sinds 2003). Ze worden op jaarbasis gefinancierd door het RIZIV. De budgetten zijn gebaseerd op de aanvragen van de wachtposten, op basis van gedetailleerde gegevens over hun uitgaven (meer dan twee derde is voor personeelskosten). In grote steden werden "stedelijke wachtposten" ingesteld met een stabielere financiering (bepaald in een Koninklijk Besluit).

Het aantal wachtposten steeg geleidelijk over de jaren en bedroeg 29 in 2011. Ze dekken nu ongeveer een derde van de Belgische bevolking.

Tot nu toe werden de wachtposten opgericht op vraag van huisartsen die een oplossing zochten voor hun lokale behoeften. Er is echter nog maar weinig bekend over de behoeften op nationaal niveau. Het RIZIV startte daarom met een onderzoek om de optimale locaties voor wachtposten in heel het land te kennen. Een andere doelstelling op korte termijn is het ontwikkelen van nieuwe financieringswijzen. De bedoeling is dat de huidige korte-termijn-financiering daardoor wordt vervangen.

2.1.4.2. *Grote verschillen in kosten, slechte standaardisatie*

Het budget dat aan een wachtpost wordt toegekend, is gebaseerd op een gemotiveerde aanvraag met gegevens over activiteiten en inkomsten en uitgaven. In 2011 kende het RIZIV €10,3 miljoen toe aan de 29 wachtposten.

- De uitgaven van de wachtposten zijn erg heterogeen, zelfs binnen gelijkaardige gebieden. Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door de verschillende types van investering.
- Er is een aanzienlijk verschil tussen het aantal contacten overdag en 's nachts (met als minimum slechts 1 patiëntcontact op 10 uur). Deze vaststelling bevestigt onze bevindingen over 'het holst van de nacht', hierboven in 1.3.2.

Het blijft moeilijk om wachtposten onderling te vergelijken omdat ze sterk verschillen qua openingstijden, andere financieringsbronnen, type en dichtheid van de betrokken bevolking. In theorie is de performantie van alle wachtposten gelijk, maar uit de beschikbare gegevens kunnen geen conclusies worden getrokken over de kosten-effectiviteit van het systeem.

De gemiddelde kost per contact schommelt tussen €17 en €23 (zonder medische honoraria), wat neerkomt op een kostprijs die varieert van €0,15 tot €5,08 per inwoner. In Nederland en Frankrijk worden de kosten per inwoner geraamd op respectievelijk ongeveer €14 en €6. Voor het VK wordt de kost geschat op €7, maar de prijs wordt sterk beïnvloed door het al dan niet landelijke karakter van de regio, zoals aangetoond door het National Audit Office.

2.2. *Centraal oproepnummer met triage*

2.2.1. *Een veel gebruikte oplossing in andere landen*

Een regionaal of nationaal uniek oproepnummer met een triagesysteem wordt gebruikt in Denemarken, Nederland, het VK en Frankrijk. De bedoeling van dit systeem is het vinden van de beste oplossing voor de noden (en niet de vraag) van de patiënt: spoedhulp, huisbezoek door een huisarts, doorverwijzing naar de huisartspraktijk, andere informatie met betrekking tot de zorgorganisatie.

De organisatie van een dergelijk triagesysteem verschilt van land tot land. In Denemarken wordt de triage uitgevoerd door een huisarts, in Nederland



meestal door een triage-verpleegkundige (onder toezicht van een huisarts) en in het VK door een verpleegkundige of ander opgeleid personeel.

De succesfactoren voor de kwaliteit van het triagesysteem: opleiding van het personeel, richtlijnen om hun beslissingen te ondersteunen, geautomatiseerde beslissinghulp (om de respons in vergelijkbare situaties te standaardiseren en door te verwijzen naar de juiste zorgverlener op het juiste ogenblik).

Andere procedures om de kwaliteit te bewaken zijn o.m. het toezicht door een arts, peer review-groepen, de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren (bijv. voor wachttijden en de tijd die nodig was om een optimale oplossing te vinden).

2.2.2. Impact: positief voor huisartsen, matig voor patiënten

Het invoeren van triagesystemen leidde in andere landen tot een daling van de werkbelasting voor huisartsen en vooral tot minder huisbezoeken.

Zwakke punten zijn meestal de slechte communicatieve vaardigheden van het personeel, de wachttijden aan de telefoon en de onzekerheid over de wachttijd voor een huisbezoek.

Ons literatuuronderzoek keek ook naar de betrouwbaarheid van een triage door een niet-arts: er zijn slechts weinig gegevens beschikbaar en die tonen geen wijziging in mortaliteit, ziekenhuisopnames en het aantal contacten met de huisarts de dag nadien.

2.2.3. Ervaringen met pilootprojecten in België

2.2.3.1. Een gestandaardiseerde aanpak

In België is er in bepaalde regio's in 2009 een proefproject opgestart met een centraal oproepnummer (project 1733). Een professionele dispatching sorteert de oproepen op basis van standaardprocedures die samen met huisartsen werden uitgewerkt. De oproepen van de patiënten met eerstelijns-zorg-problemen:

- worden ofwel doorverwezen naar de huisartsenkring;
- of krijgen onmiddellijk antwoord, afhankelijk van het probleem: advies om de consultatie met de arts nog uit te stellen, huisbezoek of doorverwijzing naar de plaatselijke wachtpost.

2.2.3.2. Economische gevolgen: moeilijk te berekenen

De uitbreiding van de proefprojecten naar alle Belgische regio's zou het eerste jaar zo'n € 2 521 500 kosten, waarbij ¼ van de som zou dienen voor personeelskosten. Er zijn te weinig gegevens beschikbaar in de literatuur om de werkingskosten en de mogelijke winsten na een aantal jaren in te schatten (bijv. daling in het aantal huisbezoeken, aantal uitgestelde vragen of spontaan opgeloste problemen).

2.2.3.3. Verschillende juridische problemen

Een centraal oproepsysteem met triage door niet-medisch personeel vraagt een aanpassing van de huidige wetgeving. De beslissingsmodaliteiten na een oproep van een patiënt moeten duidelijk worden omschreven, om de mogelijke aansprakelijkheid van de telefonist(e) en de huisarts in te dekken.

Bovendien moet de juridische status van de telefonisten worden verduidelijkt. Als de beoordeling van het probleem van de patiënt wordt beschouwd als een soort (preliminaire) anamnese, moet het beroep van de telefonisten en hun wettelijke bevoegdheden worden omschreven in Koninklijk Besluit nr. 78. Als dat niet het geval is, zijn er geen aanpassingen nodig. De bestaande wetgeving voor personeel van de 100/112-spoedeisende hulpdiensten vormt dan de juridische basis.

Momenteel hebben wachtdiensten geen uniforme begin- of eindtijd: bij een centraal oproepnummer zou een harmonisatie op nationaal niveau nuttig zijn.

2.3. Specifieke oplossingen voor 'het holst van de nacht': grotere wachtdienstzones en/of overeenkomsten met ziekenhuizen

2.3.1. Twee belangrijkste alternatieven in België

De huisartsenkringen werkten twee oplossingen uit om de wachtdiensten 'in het holst van de nacht' te verlichten.

De eerste oplossing is een overeenkomst tussen aangrenzende huisartsenkringen om het aantal huisartsen van wacht tijdens de kalme perioden te verminderen. Deze oplossing heeft beperkingen:



- in wachtdienstzones in de buurt van de grens (vaak landelijke gebieden met een tekort aan huisartsen) zijn er geen naburige huisartsenkringen, zodat de krachten niet kunnen worden gebundeld;
- Zoals reeds hierboven vermeld eist de wet dat er 1 huisarts per 30 000 inwoners van wacht moet zijn, terwijl deze huisarts zich 's nachts slechts aan één à twee oproepen per 100 000 inwoners kan verwachten (zie 1.3.2);
- Door de grote afstanden in landelijke gebieden is het soms moeilijk om wachtdienstzones samen te voegen.

De tweede oplossing is een officiële overeenkomst tussen een huisartsenkring en een naburig ziekenhuis om de patiënt in het holst van de nacht naar de spoeddiensten te verwijzen. In de huidige Belgische initiatieven wordt de triage uitgevoerd door een huisarts (uit de huisartsenkring) of door het personeel van de spoeddienst.

2.3.2. Vereiste juridische aanpassingen

Voor de eerste optie zou het wettelijk vereiste aantal huisartsen met wachtdienst aangepast moeten worden aan het verwachte aantal oproepen 's nachts.

Bij de tweede optie is de zorgcontinuïteit wel degelijk gegarandeerd en zijn geen wijzigingen aan de wetgeving nodig, tenzij voor bepaalde aspecten van een extern triagesysteem, zoals reeds vermeld in 2.2.2.

2.4. Consultatie door specifiek opgeleide verpleegkundigen

2.4.1. Toegepast in het buitenland

In Nederland en in het VK voeren verpleegkundigen onder toezicht van huisartsen de triage uit, en doen ze ook consultaties. Voor kleinere verwondingen of onschuldige aandoeningen bestaan in het VK trouwens "walk in" centra met verpleegkundigen, die toegankelijk zijn zonder afspraak.

2.4.2. Wat denken patiënten over consultaties door verpleegkundigen?

Uit de literatuur blijkt dat sommige patiënten ontevreden zijn over een consultatie met een verpleegkundige als ze een consultatie met een arts verwacht hadden. De auteurs raden aan om voor het eerste contact alle

patiënten duidelijk te informeren over de organisatie van de wachtdiensten, om zo onrealistische verwachtingen te vermijden.

2.4.3. Vereiste juridische aanpassingen

De bevoegdheden van verpleegkundigen zijn bij wet bepaald. Sommige technische en medische handelingen mogen alleen worden uitgevoerd door verpleegkundigen met specifieke kwalificaties. Zij mogen assisteren bij diagnoses en behandelingen, maar mogen zelf geen diagnose stellen of beslissingen over een behandeling nemen. Voor consultaties door specifiek opgeleide verpleegkundigen zijn dus wijzigingen aan de wetgeving nodig m.b.t. hun kwalificaties en de toegelaten handelingen.

2.5. Telefonische consultaties

2.5.1. Veel gebruikt in sommige landen

In Nederland en in het VK kunnen specifiek opgeleide verpleegkundigen (of assistenten) telefonisch advies geven, op voorwaarde dat ze de (nationale) richtlijnen volgen.

In Denemarken worden triage en telefonische consultaties alleen uitgevoerd door daarvoor opgeleide huisartsen. Financiële stimuli moedigen deze optie aan en voor ongeveer de helft van de contacten volstaat dit telefonisch advies.

2.5.2. Wat denken patiënten over telefonische consultaties?

Uit sommige onderzoeken blijkt dat telefonische consultaties voor ontevredenheid kunnen zorgen bij patiënten die liever consultaties met persoonlijk contact hebben. Andere onderzoeken en de Deense situatie (met een huisarts aan de telefoon) tonen echter aan dat patiënten het gemak van het gebruik van de telefoon appreciëren, evenals de snelle respons, de raadgevingen, het feit dat ze werden gerustgesteld en het gevoel dat ze de tijd van de arts niet hebben verspild.

2.5.3. Vereiste juridische aanpassingen

Op dit moment kunnen huisartsen wel degelijk telefonische consultaties uitvoeren want ze mogen zelf bepalen op welke manier ze een diagnose stellen of over een behandeling beslissen. Het zou echter nuttig zijn om richtlijnen of protocollen uit te werken om de kwaliteit van telefonische consultaties te bevorderen.



Indien men overweegt om bij telefonische consultaties meer bevoegdheden te geven aan verpleegkundigen, moet de wetgeving over de uitoefening van de verpleegkunde ook worden aangepast.

2.6. Rekrutering van bijkomend personeel: wie is vrijwilliger?

Sommige huisartsenkringen recrutereren artsen speciaal voor het uitoefenen van de wachtdiensten. Deze situatie is paradoxaal: als deze "vrijwillige artsen van wacht" hun beroep niet op de klassieke manier uitoefenen, kunnen ze niet genieten van het statuut en de voordelen van de "erkenning". Deze oplossing wordt erg geapprecieerd door huisartsen van landelijke gebieden die hulp nodig hebben, maar er is wel een aanpassing van het huidige gezondheidszorgsysteem voor nodig. Bedoeling is dat daardoor de oplossing aantrekkelijker wordt voor kandidaat-wachtdienststarters en dat de patiënten geholpen worden door professionele zorgverleners met een adequate opleiding (huisarts of een andere specifieke opleiding).

3. BELEIDSMATREGELEN OM ALTERNATIEVE OPLOSSINGEN TE IMPLEMENTEREN

Onderstaande tabel vat een aantal buitenlandse beleidsmaatregelen samen. Hierbij werd desgevallend rekening gehouden met regionale variaties, plaatselijke noden en geografische factoren.

BELEIDSMATREGELEN VOOR WACHTDIENSTEN	
STRUCTUUR	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van gestandaardiseerde procedures op nationaal niveau (budget, zorgmodellen, protocollen), aan te passen volgens de plaatselijke situatie • Een centraal regionaal/nationaal oproepnummer • Betrokkenheid van multidisciplinair personeel in nieuwe modellen • Specifieke opleiding van het personeel, waaronder ook in communicatieve vaardigheden • Ondersteuning van lokale wachtposten op vraag van huisartsen, gebaseerd op een regionale planning voor een optimale toegankelijkheid • Mogelijke integratie van huisartsenwachtdiensten in het ziekenhuis,

	<p>in samenwerking met huisartsen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidence-based klinische richtlijnen voor doorverwijzing en voorschrijven van zorg buiten de praktijken • Informatie- en communicatietechnologie, waaronder elektronische patiëntendossiers en communicatie via internet met de huisartsen voor efficiënte uitwisseling van informatie tussen de eigen zorgverlener en de zorgverlener van de wachtdienst. • Budget op maat van een efficiënt systeem met mogelijk alternatieve (gemengde) manieren van financiering: bijv. betaling per uur wachtdienst van huisartsen, betaling van telefonische consultaties, financiële stimuli om de eerstelijnszorg te raadplegen (versus spoeddiensten) • Implementatie van triagesystemen (richtlijn gestuurd en computergestuurd) voor huisartsenwachtposten, spoeddiensten en ambulancediensten, om de graad van hoogdringendheid van de oproep te beoordelen
PROCES	<ul style="list-style-type: none"> • Toezichtsprocedures, als triage gebeurt door assistenten/verpleegkundigen • Telefonische consultaties door artsen • Registratie van patiëntgegevens: socio-demografische kenmerken, problemen, diagnose, bijkomende behoeften, antwoord op de vraag • Sensibilisatie van en informatie aan patiënten voor een zo efficiënt mogelijk gebruik van de wachtdiensten
KWALITEITSBORGING	<ul style="list-style-type: none"> • Definitie en implementatie van nationale kwaliteitseisen en indicatoren voor wachtdiensten (zie http://www.out-of-hours.info/documents.php voor info over Belgische research (8.1.2) en UK National requirements) Voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> ○ de tijd die nodig is om een oproep te beantwoorden, voor de klinische beoordeling, voor een huisbezoek ○ systemen voor het identificeren van levensbedreigende situaties ○ indicatoren voor voorschrijven en doorverwijzen ○ patiëntgerichte indicatoren (tevredenheid,...) • Erkenning van organisaties die wachtdiensten verzorgen • Organisatie van audits



Buitenlandse auteurs en deskundigen benadrukken verder nog enkele punten die moeten worden overwogen bij het kiezen voor een alternatieve oplossing:

VERDERE PUNTEN DIE MOETEN WORDEN OVERWOGEN	
ALGEMENE PUNTEN	<ul style="list-style-type: none"> Ondersteuning van nieuwe initiatieven door de voornaamste stakeholders, nl. beroepsorganisaties, huisartsen, overheid
ORGANISATORISCHE ASPECTEN	<ul style="list-style-type: none"> Aanvaardbaar aantal wachtdiensten en een tijdschema dat aangepast is aan de huisarts
PATIËNTEN TEVREDENHEID	<ul style="list-style-type: none"> Informatie: optimale dienstverlening aangepast aan de noden en verwachtingen van de patiënt
	<ul style="list-style-type: none"> Wachttijden: korter, en betere informatie
	<ul style="list-style-type: none"> Toegankelijkheid van zorg voor patiënten die zich niet kunnen verplaatsen

4. BESLUIT

Dit rapport onderzocht de mogelijke alternatieven voor de organisatie van wachtdiensten in eerstelijnszorg. Hierbij werd vertrokken vanuit het standpunt van de zorgverleners en de overheid. Uit de gegevens blijkt dat vooral landelijke gebieden een probleem hebben met de werkbelasting tijdens de wachtdiensten. Bovendien is de huidige organisatie niet aangepast aan kalme perioden.

Enkele opmerkingen:

- De perceptie van de patiënten viel buiten het bestek van dit onderzoek, dat Belgische studies en buitenlandse ervaringen analyseerde. Niet alle punten konden worden behandeld, zoals de toegankelijkheid voor minderheden en voor patiënten van minder goeie klassen.
- Het rapport concentreerde zich op de huisartsenkringen met problemen. Veel huisartsenkringen functioneren nog steeds perfect, tot grote voldoening van de huisartsen en hun patiënten. Er zijn daar geen aanpassingen nodig voor zover dat
 - het systeem levensvatbaar blijft op de langere termijn;
 - het belang van de patiënt centraal blijft staan bij het nemen van de beslissingen

- Dit rapport reikt geen mirakeloplossing aan voor het probleem van de geografische verschillen. Uit de Belgische gegevens en de literatuur blijkt wel duidelijk dat aangepaste oplossingen nodig zijn voor landelijke gebieden en grensstreken.

De studie bekeek de voornaamste modellen die werden geïmplementeerd in België en het buitenland. Voor sommigen zijn wijzigingen aan de Belgische wetgeving noodzakelijk.

De literatuur somt een aantal voor- en nadelen op, in functie van de verschillende doelstellingen die moeten worden bereikt. De onderstaande tabel toont de verschillende op te lossen problemen. Elke aangereikte oplossing moet hieraan worden getoetst. Het uiteindelijke doel is het vinden van een oplossing of, meer waarschijnlijk, een combinatie van oplossingen die een evenwichtig antwoord bieden op elk van de aspecten in de linkerkolom van de tabel.

		Centraal oproepnummer met triage	Wachtpost	Fusie wachtzones in kalme uren	Samenwerking naburige ziekenhuizen	Consult per telefoon	Consult door verpleegkundige	Wachtdienst-artsen
Huisarts	Werklast van de huisarts							
	Levenskwaliteit							
	Veiligheid							
	Continuïteit medische informatie							
	Aanpassing aan lokale situatie							
Patiënten	Continuïteit van zorg (behandeling & feedback aan HA)							
	Antwoord op medische/ psychosociale noden							
	Wachttijden							
	Communicatie met zorgverstrekker							
	Toegankelijkheid - veiligheid							
	Kwaliteit medische zorg							
Overheid	Kosten							
	Human resources							
	Vereiste wetswijzigingen							



Uit de ervaringen in andere landen blijkt dat daarnaast vooral de standaardisatie van de procedures en een evaluatie gebaseerd op indicatoren aandacht moeten krijgen.

Alleszins moeten toekomstige beslissingen:

- de toegang tot de wachtdienst vereenvoudigen, en dit voor alle patiënten;
- diensten aanbieden die aangepast zijn aan de noden,
- de efficiëntie van wachtdiensten verhogen, vooral tijdens de kalme perioden.
- Tenslotte mag men niet vergeten dat het probleem ook kan worden aangepakt door het beroep van huisarts zelf, aantrekkelijker te maken. Hiervoor werden aanbevelingen gedaan in het KCE-rapport 90. Aanbevelingen om burn-out bij huisartsen te voorkomen staan in KCE-rapport 165.



■ AANBEVELINGEN^a

Om een oplossing te vinden voor het organiseren van wachtdiensten in de eerste lijn, beveelt het KCE aan om met alle betrokken partners een plan van aanpak te ontwikkelen, waarin tegelijkertijd gekeken wordt naar de noden van de patiënt, de verzuchtingen van de artsen, de mogelijkheden van samenwerking met andere zorgverstrekkers en -structuren, de betaalbaarheid voor de overheid, de noodzakelijke wettelijke aanpassingen en de deontologische aspecten en de uniforme toepassing ervan. Om dit te bereiken zal men verschillende modaliteiten moeten combineren, rekening houdend met de huidige uiteenlopende lokale situaties.

Wat betreft de oproep van de patiënt beveelt het KCE aan om een centraal oproepnummer te veralgemenen. Dit biedt voordelen voor de patiënt, meer veiligheid voor de arts en laat registratie van de oproepen toe om het systeem te kunnen evalueren.

In het geval van veralgemening van het systeem "1733" moet men waken over het volgende:

- Er moet samen met de lokale partners worden bepaald of het oproepnummer 1733 moet doorverbinden naar het oproepnummer van de lokale kring voor problemen die betrekking hebben op huisartsgeneeskunde, dan wel of de telefonist(e) van 1733 een oplossing moet voorstellen voor elk type probleem;
- Er moeten een regelgeving worden uitgewerkt betreffende het juridisch statuut van de telefonisten, hun opleiding en hun bevoegdheden, en de noodzaak van protocollen die hun beslissingen ondersteunen;
- Deze protocollen moeten worden ontwikkeld (spoedeisende hulpdiensten, doorverwijzing naar de eerstelijnszorg, overdragen van de consultatie...);

Het KCE beveelt aan om meer dan één oplossing in te voeren, gekozen in functie van de lokale omstandigheden, om gevolg te geven aan de oproepen, en dit in samenspraak met de lokale kringen. Er zijn talrijke mogelijkheden, waaronder:

- Het samenvoegen van zones tijdens de kalme perioden: in dat geval moet de wetgeving worden aangepast in termen van de grootte van de populatie die door een arts van wacht moet worden bestreken;

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid



- **Afsluiten van samenwerkingsakkoorden met de naburige ziekenhuizen:**
 - de triagemodaliteiten moeten vooraf tussen de partijen worden bepaald;
 - een triagesysteem (indien anders dan 1733) moet worden geïntegreerd in de wetgeving;
 - in alle gevallen moet een contact met een huisarts (telefoon, bezoek) mogelijk blijven;
- **Oprichting van huisartsenwachtposten:**
 - Een geografische spreiding op basis van de momenteel beschikbare gegevens moet een optimale toegankelijkheid garanderen voor patiënten die zich kunnen verplaatsen;
 - Deze spreiding moet zich toespitsen op de gebieden die niet over een nabijgelegen ziekenhuis beschikken, om zo de toegang tot eerste lijn te ondersteunen, en aan de meeste behoeften te kunnen voldoen;
- **Indien consultaties door verpleegkundig personeel worden overwogen:**
 - moeten de kwalificaties van dit personeel worden gereguleerd;
 - moet de lijst van handelingen die door dit personeel mogen worden uitgevoerd, worden herzien, aangezien deze consultaties momenteel voorbehouden zijn aan artsen;
- **Indien telefonische consultaties worden overwogen:**
 - moeten er protocollen worden uitgewerkt die verduidelijken in welke situaties de zorgverlener dit type consultatie al dan niet mag uitvoeren (cf. Frankrijk, Nederland);
 - moeten de wet en de reglementering worden aangepast, indien ze worden uitgevoerd door verpleegkundigen, zoals uiteengezet in het vorige punt;

Voor elk type organisatie moet rekening worden gehouden met volgende elementen:

- **Voor de patiënt:**
 - Informatie (media, folders bij zorgverleners) over het efficiënt gebruik van de wachtdiensten;
 - Tijdens de wacht: correcte informatie van de patiënt over welke dienst optimaal is voor zijn/haar probleem en wat hij/zij hiervan kan verwachten (bijv. wachttijden, toegankelijkheid);
 - Mogelijkheid van huisbezoek voor patiënten die zich niet kunnen verplaatsen (medische redenen, rusthuizen, sociale redenen). Daarom zal in de triageprotocollen zo goed mogelijk worden bepaald welke omstandigheden leiden tot een onvermogen tot verplaatsen ;



- **Voor de huisarts:**
 - Een verbetering van de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde volgens de aanbevelingen van het KCE-rapport nr. 90 (opleiding en werkomstandigheden);
 - Een verbetering van de aantrekkelijkheid van de wachtdienst, met name op het vlak van werkomstandigheden: aanvaardbare frequentie, shifts van beperkte duur, aanpassingen bij ziekte of zwangerschap, maatregelen om de veiligheid van de arts te garanderen;
 - Het bepalen van een statuut en uitoefeningsvoorwaarden (opleiding, vaardigheden) voor artsen die hun klinische praktijk uitoefenen in het kader van de wachtdiensten, teneinde de aantrekkelijkheid van dit statuut en de zorgkwaliteit voor de patiënten te garanderen;
 - De artsen informeren dat de zogenaamde strikte plicht om huisbezoeken af te leggen tijdens de perioden van wachtdienst niet overeenstemt met een wettelijke verplichting. De optie van huisbezoek, zoals uiteengezet in het kader van de triageprotocollen, kan als algemene richtlijn dienen voor de artsen die met deze vraag worden geconfronteerd.
- **Middelen:**
 - Een aangepaste financiering wanneer het centraal oproepsysteem wordt uitgebreid naar het ganse grondgebied (vooral tijdens de invoering ervan, o.a. voor de opleiding van het personeel);
 - Tijdens de kalme perioden moeten meer efficiënte oplossingen worden uitgewerkt (samenwerking en doorverwijzing tussen eerste en tweede lijn);
 - De mogelijkheid van telefonische consultaties: aan te moedigen en te financieren in die omstandigheden die dit toelaten (50% van de oproepen in Denemarken);
 - Een gestandaardiseerde financiering van de wachtposten, rekening houdend met zowel de activiteit als de dichtheid van de bevolking;
- **Communicatietechnologie: systemen uitwerken (of de huidige experimentele systemen uitbreiden) om te garanderen dat:**
 - De medische gegevens van de patiënt beschikbaar zijn voor de zorgverlener van wacht, in eerste en tweedelijnszorg;
 - De vaste huisarts op de hoogte wordt gebracht zodra wanneer die zijn/haar activiteiten herneemt;



- **Routinematig en gestandaardiseerd verzamelen van gegevens voor elk type dienstverlening (triage, wachtdiensten, spoedeisende hulpverlening) om de kwaliteit en de efficiëntie te evalueren door middel van de kwaliteitsindicatoren die in het buitenland beschikbaar zijn (bijv. activiteiten, tevredenheid van de gebruiker, financiële gegevens)**



COLOFON

- Titel:** Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? - Synthese
- Auteurs:** Pascale Jonckheer (KCE), Liesbeth Borgermans (Medsat), Cécile Dubois (KCE), Els Verhoeven (FOD Volksgezondheid), Emilie Rincharde (onafhankelijke jurist), Anne-Marie Baudewyns (FOD Volksgezondheid), Toon Haezaert (FOD Volksgezondheid), Imgard Vinck (KCE), Murielle Lona (KCE), Dominique Paulus (KCE).
- Externe experten:** Guy Delrée (Association des Médecins Généraliste Famenne-Ardenne), Jean-Paul Devries (Cercle Médical Meuse et Samson), Filip Dewallens (Dewallens & Partners advocatenkantoor), Tom Goffin (KULeuven), Wim Haenen (FOD Volksgezondheid), Jan Heyrman (KULeuven), Guido Istas (bestuurder Domus Medica en in lokale kring, Sterrebeek), Luc Maroy (RIZIV), Guillaume Mathot (SSM-J, Jeunes généralistes de la Société Scientifique de Médecine Générale), Igne Parmentier (MG-action), Juliette Renard (FOD Volksgezondheid), Roger Renders (Huisartsenkring Deurne-Borgerhout), Yves Rosiers (Federale Raad voor de Huisartsenkringen), Jean-François Soupart (Forum des Associations de Généralistes de la Communauté Française de Belgique asbl), Johan Sterkendries (Société de Médecine de Waremme et Environs asbl), Alain Steyers (Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles), Didier Thillaye du Boullay (SOS Médecins), Marcel Van der Auwera (FOD Volksgezondheid), Roel Van Giel (Jong Domus), Michel Van Hoegaerden (FOD Volksgezondheid), Bernard Vercruyssen (Federale Raad voor de Huisartsenkringen), Els Verhoeven (FOD Volksgezondheid).
- Acknowledgements:**
- Voor de bijkomende informatie betreffende Belgische initiatieven: Dimitri Gaethofs (huisarts, Oudenaarde), D. Jonas (call centre 1733, Bergen), G. Maraschiello (Fédération des Associations des Médecins Généralistes de la Région de Charleroi), Koen Steel (ODC Brugge), S. Stipulante (FOD Volksgezondheid)
- Voor de dataverzameling en -analyse: Marguerite Betermiez (FOD Volksgezondheid), Mickael Daubie (RIZIV), M. Horn (FOD Volksgezondheid).
- Voor hun bijdrage bij de ontwerptekst over het juridische deel: Vincent Mahieu (FOD Volksgezondheid), Xavier Van Cauter (FOD Volksgezondheid).
- Voor de opmerkingen betreffende het juridische en deontologische deel : A.S. Sturbois (Orde der Geneesheren)
- Voor de synthese van het juridische deel in het Engels : Advokatenkantoor Cairn Legal
- Voor de validatie van de informatie over het hun betreffende land : Emgan Querellou (Directeur SAMU29, Centre 15 Finistère, Brest), Isabelle Aubin-Auger (Collège National des Enseignants Généralistes), Linda Huibers (Universiteit Nijmegen), Jo Williams (Quality Care Commission), Cynthia Bower (Quality Care Commission), Sean Boyle (Commission for Social Care Inspection), Lone Flarup (University of Aarhus, Denmark), Christensen Morten Bondo (University of Aarhus, Denmark), Massimiliano Panelaa (Universita degli del Piemonte Orientale « Amedeo Avogadro » Dipartimento di Medicina Clinica E Sperimentale, Italia)
- Voor hun waardevolle hulp en ondersteuning : Anja Desomer (KCE), Stephan Devriese (KCE), Luc Hourlay (KCE), Christian Léonard (KCE), Stefaan Van De Sande (KCE)
- Externe Validatoren:** David Robert Dunt (Melbourne School of Population Health, The University of Melbourne), Pascale Meeus



Belangenconflict (RIZIV), Hilde Philips (Universiteit Antwerpen)
Geen gemeld behalve lidmaatschap van huisartsenverenigingen of instituten die betrokken zijn bij de organisatie van wachtdiensten (cf. bovenstaande vermeldingen)

Layout: Sophie Vaes, Ine Verhulst

Disclaimer

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum: 30 december 2011

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Family Practice ; After-Hours Care; Primary Healthcare

NLM classificatie: W 84

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2011/10273/86

Copyright De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinckard E, Baudewyns A, Haezaert T, Vinck I, Lona M, Paulus D. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? - Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 171A.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

