



Gemeenschappelijke organisatie van spoed- en wachtdiensten in een omschreven regio : rapportage van een proefproject in de regio Leuven

Katelijne Van Hoeck (onderzoeker) & **Jan Heyrman** (projectverantwoordelijke)

Uitgewerkt door het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KULeuven
in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid
(Projectnummer 00/02747)

Tien centrale boodschappen vanuit het Leuvens afstemmingsproject met internationale inkadering

Iedereen in de bevolking voelt aan dat efficiënte organisatie van de medische zorgverlening in situaties van dringendheid, of wanneer de gewone zorg niet bereikbaar is, een cruciaal element van zekerheid en vertrouwen is. De overheid heeft de voorbije jaren zeer veel geld geïnvesteerd in de hoogstaande kwaliteit van de spoedafdelingen in de ziekenhuizen. In de komende jaren komt de adequate uitbouw van de huisartsenwachtdiensten op de agenda. Het ligt voor de hand dat er zal moeten gezocht worden naar een optimale taakverdeling tussen beide voorzieningen. Als de opties eenmaal duidelijk zijn moet deze taakverdeling efficiënt worden gestructureerd en ondersteund, juist worden gefinancierd en naar de bevolking voluit worden gepromoot.

Het is duidelijk dat dit een stapsgewijs proces moet worden, waarbij geen belangrijke stappen worden overgeslagen. In het voorliggend projectverslag worden stappen, hefboomen en hinderpalen in kaart gebracht, maar ook mogelijke oplossingen beschreven. In heel de wereld wordt gezocht naar efficiënt werkende taakafspraken, zodat het ook de moeite loonde dit internationaal in te kaderen.

De opties die uiteindelijk uit dit project naar voren kwamen, vatten de auteurs hier samen in een tiental cruciale boodschappen.

1. In elke regio zullen ziekenhuizen en huisartsenkringen voor een optimale afstemming van spoedgevallendiensten en huisartsenwachtdiensten aan tafel moeten gaan zitten. Samen moeten ze de plaatselijke problemen inventariseren, oplossingen transparant overleggen, en werken naar situaties waarin voor iedereen een voordeel inzigt. Dit overleg moet permanent bijgestuurd worden, op basis van concrete data en bruikbare indicatoren van zorg en kwaliteit die in het veld worden geregistreerd. Iedere regio moet een overleggroep installeren.
2. Moderne telefonie- en informaticamiddelen kunnen in de wachtdienst- en spoedgevallenopvang maximaal renderen. Veilige en aan de patiënt en de voorziening aangepaste triagesystemen voor gebruik door een arts of door een geschoold verpleegkundige dienen te worden toegepast, waarbij het risico op verkeerde inschatting minimaal is. Permanent dienen aangepaste en haalbare kwaliteitsindicatoren een lokale en centrale evaluatie van de kwaliteit van de organisatie mogelijk te maken.
3. De huisartsenwachtdienst dient een nieuw en veel duidelijker inhoudelijk profiel en imago naar de bevolking te krijgen. Middelen die hiertoe mogelijk kunnen bijdragen zijn oa. een gemakkelijk centraal oproepnummer, een bemand secretariaat, een vlot bereikbaar en goed uitgerust "eerstelijns-wachtcentrum". In zulk een centrum werken wachtdoende huisartsen volgens duidelijk vastgelegde eerstelijns-protocollen, met vlotte afspraakregeling en correcte terugverwijzing nadien naar de eigen huisarts voor de verdere zorg. Telefonische advisering is verdedigbaar als ze voldoende deskundig is. Huisbezoeken mogen beperkt tot waar het echt nodig is. Als aanloop naar deze structuur kan reeds gewerkt worden met een "zittende wachtdienst" in de eigen praktijk en een "rijdende

wachtarts", in duidelijk onderling overleg, en in professionele coördinatie met de spoedgevallendiensten en de ambulancevoorzieningen bij levensbedreigende situaties. In de verdere toekomst is het niet onmogelijk dat eerstelijns-wachtcentra en spoedgevallendiensten in eenzelfde ruimte worden aangeboden. Zowel omwille van nog te ontwikkelen eerstelijnsroutines, en nog te verwerven eigen eerstelijnsimago lijkt deze integratie voorlopig niet een eerste prioriteit.

4. Voor de omschrijving van het wachtgebied kan een onderscheid worden gemaakt tussen continuïteit gedurende de week en gedurende het weekend. Weekdienst wordt liever in eerder kleinere gebieden, weekendpermanentie in eerder grotere gebieden georganiseerd. Kleinere dienstafspraken dienen altijd onderdeel te zijn en te kaderen in de regels voor éénzelfde grotere regio. Ook samenwerkingsverbanden van huisartspraktijken kunnen hun zorgcontinuïteit vertalen in een eigen weekregeling. De weekendregeling dient alleszins per duidelijke wachtdienstregio te worden gestructureerd en bekendgemaakt. In het projectverslag worden zeer verschillende keuzeopties onder de loep genomen. Iedere regio zal zijn eigen verantwoorde en haalbare keuzes moeten maken.
5. Voor de uitbouw van de nieuwe huisartsenwachtdiensten dienen de nodige financiële, organisatorische en regelgevende initiatieven te worden genomen. Zo dienen de telefoniemiddelen, de lokalen, het personeel en de informatica voor registratie, ondersteuning en communicatie afzonderlijk van de artsprestatie te worden gefinancierd.
6. De spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen moeten een duidelijker onderscheid maken in hun functie als opvang van levensbedreigende aandoeningen en hun functie als opnamekanaal voor het ziekenhuis. Ze moeten zich engageren in het afbouwen van oneigenlijk gebruik van hun diensten, ten voordele van de huisartsenwachtdienst. Dit wordt niet alleen verantwoord door de financiële gevolgen, maar heeft rechtstreeks te maken met een verlies van kwaliteit van hun eigen zorgverlening.
7. Een toekomstgerichte organisatie zal moeten rekening houden met deeltijdse huisartsen en gecombineerde taakprofielen. Niet elke huisarts zal deze taak nog op zich willen nemen. Elke plaatselijke organisatie zal hiervoor aanvaardbare regels moeten uitwerken. Elke huisartspraktijk dient te zorgen dat de zorgpermanentie voor zijn patiënt verzekerd is.
8. Een toekomstgerichte organisatie zal moeten rekening houden met toenemende onveiligheid. De risico's en dus ook de oplossingen zullen verschillen volgens de onveiligheidsstatus van de regio.
9. Een toekomstgerichte organisatie zal op termijn moeten komen tot taakafspraken met andere zorgverleners op de eerste lijn, zoals thuisverpleegkundigen, kinesisten, apothekers en palliatieve zorgcentra.
10. Patiënten dienen via informatie, sensibilisatie en overheidsmaatregelen aangemoedigd te worden tot een gepast gebruik van de ter beschikking gestelde wachtdienst- en spoedopvangvoorzieningen. Dit wil ook zeggen dat oneigenlijk gebruik mag ontmoedigd of zelfs bestraft worden als onderdeel van een totale reorganisatiestrategie naar een innovatief en goed afgestemd aanbod.