

<b>I.</b>	<b>INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>SITUERING VAN DE PROBLEMATIEK</b> .....	<b>4</b>
A.	HET DILEMMA VAN DE ZIEKENHUIZEN.....	4
1.	<i>Een spoeddienst voor opvang van levensbedreigende aandoeningen</i> .....	4
2.	<i>Een spoeddienst als opnamekanaal voor het ziekenhuis</i> .....	4
3.	<i>Een spoeddienst als veilige haven voor patiënten</i> .....	4
4.	<i>De gevolgen</i> .....	5
5.	<i>De lokale situatie</i> .....	5
6.	<i>Besluit</i> .....	5
B.	HET DILEMMA VAN DE HUISARTSEN .....	5
1.	<i>Continuïteit van zorg</i> .....	5
2.	<i>Dringende geneeskundige hulpverlening</i> .....	6
3.	<i>De malaise bij huisartsen</i> .....	6
4.	<i>Besluit</i> .....	7
C.	DE OVERHEID .....	7
D.	BETROKKEN PARTNERS IN DIT PROJECT .....	7
E.	PARALELLE PROJECTEN .....	7
F.	BESLUIT.....	8
<b>III.</b>	<b>VERTREKSITUATIE</b> .....	<b>9</b>
A.	HET RECRUTERINGSGEBIED VAN DE ZIEKENHUIZEN.....	9
B.	DE HUISARTSENWACHTDIENSTEN BINNEN DE ZORGREGIO VAN HET ZIEKENHUIS.....	9
C.	DE WACHTDIENST VAN LEUVEN.....	10
1.	<i>Het wachtgebied</i> .....	10
2.	<i>De werking van de wachtdienst</i> .....	10
D.	DE WACHTDIENST VAN HAACHT .....	11
1.	<i>Het wachtgebied</i> .....	11
2.	<i>De werking van de wachtdienst</i> .....	12
E.	BOORDTABELLEN .....	12
1.	<i>Ziekenhuis spoedgevallendienst</i> .....	12
2.	<i>Huisartsenwachtdiensten</i> .....	15
F.	DE DOELSTELLING VAN DE REORGANISATIE VAN DE HUISARTSENWACHTDIENST IN LEUVEN EN HAACHT.....	21
G.	DE MOTIVATIE VAN DE BETROKKEN PARTNERS .....	21
1.	<i>De agenda van het ziekenhuis</i> .....	21
2.	<i>De agenda van de huisartsen</i> .....	21
<b>IV.</b>	<b>DE METHODE</b> .....	<b>22</b>
1.	<i>De theorie</i> .....	22
2.	<i>De praktijk</i> .....	22
<b>V.</b>	<b>DE LITERATUUR</b> .....	<b>23</b>
1.	<i>De continuïteit van zorg</i> .....	23
2.	<i>Huisarts-patiënt contacten buiten 'kantooruren'</i> .....	25
3.	<i>De relatie tussen huisartsen en de spoeddienst van het ziekenhuis</i> .....	27
4.	<i>Waarom consulteren patiënten rechtstreeks de spoeddienst</i> .....	29
5.	<i>Kan een reorganisatie op de eerste lijn het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst terugdringen of zijn er andere remedies?</i> .....	34
6.	<i>Wat vinden patiënten belangrijk en wanneer zijn ze tevreden?</i> .....	38
7.	<i>Organisatiemodellen van wachtdiensten</i> .....	40

<b>VI.</b>	<b>UITBOUW VAN OVERLEGSTRUCTUREN.....</b>	<b>53</b>
A.	ORGANISEREN VAN EEN CENTRALE OVERLEGGROEP.....	53
1.	<i>De deelnemende partners.....</i>	53
2.	<i>Uitwerking van een methodiek.....</i>	53
B.	ORGANISEREN VAN EEN OVERLEGGROEP OP DE EERSTE LIJN.....	54
1.	<i>De knelpunten van de actuele werking van de huisartsenkring en de spoeddiensten.....</i>	54
2.	<i>Hefbomen naar een betere huisartsenwachtdienst.....</i>	55
<b>VII.</b>	<b>MOGELIJKHEDEN EN PROBLEEMVELDEN IN DE HUIDIGE ORGANISATIE.....</b>	<b>64</b>
A.	DE MOGELIJKHEDEN.....	64
1.	<i>De structuur van de huisartsenorganisatie.....</i>	64
2.	<i>De verankering van de wachtdienst in de Medische Centra Huisartsgeneeskunde (MCH).....</i>	64
3.	<i>Het thematisch overleg tussen vertegenwoordigers van huisartsen en ziekenhuizen.....</i>	64
4.	<i>De subsidiering van de huisartsenkringen door de overheid.....</i>	65
B.	DE ACTUELE PROBLEEMVELDEN.....	66
1.	<i>De betaling per prestatie.....</i>	66
2.	<i>De veiligheid van de arts van wacht.....</i>	66
3.	<i>De diversiteit in de werking van de verschillende huisartsenwachtdiensten.....</i>	66
4.	<i>De beperktheid van de werkingsmiddelen.....</i>	67
5.	<i>De arbeidscultuur van de huisarts.....</i>	67
6.	<i>De registratie.....</i>	67
7.	<i>Het oneigenlijk gebruik van diensten.....</i>	67
<b>VIII.</b>	<b>NOODZAKELIJKE MIDDELEN EN ‘INSTRUMENTEN’.....</b>	<b>68</b>
A.	LOGISTIEKE MIDDELEN.....	68
1.	<i>Telefonie.....</i>	68
2.	<i>Elektronische informatie-uitwisseling.....</i>	68
3.	<i>Lokalen en materiaal.....</i>	68
B.	TE ONDERNEMEN ACTIES.....	69
1.	<i>Het maken van taakafspraken tussen de huisartsenwachtdienst en de lokale spoeddienst.....</i>	69
2.	<i>Beleidsafspraken.....</i>	69
3.	<i>Triage.....</i>	69
4.	<i>Sensibiliseren van het grote publiek.....</i>	70
<b>IX.</b>	<b>EVALUATIE: REGISTRATIE VAN INDICATOREN VAN VERANDERING EN KWALITEIT</b>	<b>71</b>
A.	IN HET ZIEKENHUIS.....	71
B.	BIJ DE HUISARTSENWACHTDIENST.....	72
C.	DE PATIËNT.....	73
D.	TIMING VAN DE REGISTRATIE.....	73
E.	SAMENVATTING.....	73
<b>X.</b>	<b>CONCLUSIE: EEN STAPSGEWIJS SCENARIO VOOR EEN REORGANISATIE VAN DE HUISARTSENWACHTDIENST.....</b>	<b>74</b>
A.	UITBOUW VAN EEN PERMANENT OVERLEG TUSSEN DE EERSTE EN DE TWEEDE LIJN.....	74
B.	HET ONTWIKKELEN VAN EEN VOOR DE PATIËNT HERKENBARE HUISARTSENWACHTDIENST.....	74
C.	EEN SNELLE DIENSTVERLENING.....	74
D.	EEN KWALITEITSVOLLE DIENSTVERLENING.....	75
E.	COMFORTABEL EN VEILIG WERKEN VOOR DE HUISARTS.....	75
F.	GENEREREN VAN DE NODIGE FINANCIËLE MIDDELEN.....	75

# I. Inleiding

Wachtdienst lopen, betekent voor artsen nog steeds een supplementaire verzwaring van hun taken en werkuren. Niet alleen voor de huisarts maar ook voor de ziekenhuisartsen van de dienst spoedgevallen is de wachtdienst een bron van frustratie, niet in het minst omdat artsen en patiënten een verschillende invulling geven aan de functies van een huisartsenwachtdienst en een dienst spoedgevallen maar ook omwille van een verschillende inschatting van wat al dan niet urgent is.

Voor de helderheid van dit rapport is het goed om van bij de start een zicht te krijgen op de complexiteit van de problematiek wanneer het om een reorganiseren van de wachtdienst gaat. Begrippen als dringende geneeskundige hulpverlening, continuïteit van zorgen, avond- en weekenddienst, spoedopvang tijdens de diensturen, belichten elk slechts één aspect van het geheel maar worden vaak als elkaars synoniem gebruikt. Deze spraakverwarring leidt tot een nog grotere onduidelijkheid bij patiënten die daardoor op een ongepaste wijze gebruik gaan maken van alle bestaande diensten.

Naast een duidelijke taakomschrijving van de betrokken partners op de verschillende zorgniveau's, met name de zelfzorg, de eerste en de tweede lijn, dient er ook aandacht te worden besteed aan de verschillende structuren verantwoordelijk voor de organisatie van een wachtdienst, de huisartsenkringen, wachtdiensten en ziekenhuizen.

Dit onderzoeksproject kadert in een overheidsopdracht waarbij knelpunten in de organisatie van de huisartsenwachtdienst, zoals bijvoorbeeld het onveiligheidsgevoel van huisartsen tijdens de wachtdienst, moeten worden geïnventariseerd en waarvoor oplossingen kunnen worden aangedragen.

Naar aanleiding van de wens om de huisartsenwachtdienst van de regio's Leuven en Haacht te reorganiseren in complementariteit met de lokale ziekenhuizen, zullen deze dilemma's benaderd worden vanuit de bestaande situatie in beide regio's en de wenselijkheid van een bepaald organisatiemodel bestudeerd. Vanuit deze concrete ervaring zal een scenario worden uitgeschreven dat de voorwaarden en stappen beschrijft om tot een reorganisatie te komen. Het bijzondere aan dit project is dat het gaat over een reorganisatie in een middelgrote stad en een landelijke regio.

Opdrachtsverklaring of wat er in dit rapport zal worden beschreven:

- het kader en het terrein waarbinnen een reorganisatie van de huisartsenwacht moet plaatsvinden, worden verkend en beschreven.
- de internationale literatuur met betrekking tot organisatiemodellen van huisartsenwachtdiensten.
- Het ontwikkelen van een overleg tussen de betrokken diensten.
- Het inventariseren van knelpunten in de huidige werking van de huisartsenwachtdienst met de spoeddienst.
- Het inventariseren van hefboomen naar een beter rationaliseren.
- De mogelijkheden en de probleemvelden in de huidige organisatie.
- De noodzakelijke 'instrumenten' voor een performante huisartsenwachtdienst en de haalbaarheid ervan.
- De evaluatie van een reorganisatie.
- Een stapsgewijs scenario voor de reorganisatie van een huisartsenwachtdienst.

## **II. Situering van de problematiek**

### **A. Het dilemma van de ziekenhuizen**

Door de complexiteit van taken en functies die een dienst spoedgevallen heeft ontwikkeld, is een juiste omschrijving van zijn doelstelling geen sinecure.

Professor Delooz ontwikkelde een definitie waarbij hij het accent legt op twee grote opdrachten: de creatie van een ruimtelijke en functionele structuur voor de opvang van alle spoedgevallen om hier vervolgens de mortaliteit, de morbiditeit en invaliditeit tot een minimum te beperken door een vroege diagnose en de behandeling van levens- en orgaanbedreigende aandoeningen veroorzaakt door ziekte of ongeval. (Delooz 1996).

In de literatuur werden echter een aantal controversiële doelstellingen geponeerd zoals het behandelen van traumapatiënten, het realiseren van een permanentie wanneer de eerste lijn niet beschikbaar is of een spoeddienst die huisartsgeneeskunde levert aan kansarmen (Torrens, 1970).

In de loop van de laatste decennia hebben er zich een aantal neveneffecten ontwikkeld waarvan er enkelen als gewenst, anderen als ongewenst worden ervaren afhankelijk van de observerende instantie.

#### **1. Een spoeddienst voor opvang van levensbedreigende aandoeningen**

Naar de concrete praktijk vertaald, betekent dit dat de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis haar reden van bestaan kent in het opvangen, onderzoeken en verzorgen, van medische problemen die omwille van hun levensbedreiging of complexiteit een snelle aanpak in een aangepaste omgeving met aangepast materiaal vereisen. Hierbij gaat men er van uit dat deze zorg niet of slechts ten dele thuis of in de huisartspraktijk kan worden verleend.

#### **2. Een spoeddienst als opnamekanaal voor het ziekenhuis**

Men kan ook vaststellen dat de dienst spoedgevallen door huisartsen wordt gebruikt als een efficiënte weg om een patiënt snel te laten opnemen, waar dit na overleg met de opnamedienst niet mogelijk blijkt te zijn.

**bijlage 1**

#### **3. Een spoeddienst als veilige haven voor patiënten**

Omwille van talrijke redenen die verder worden beschreven, is er een toenemend spontaan en rechtstreeks gebruik van de spoedgediensten door patiënten voor problemen die niet als levensbedreigend kunnen worden omschreven, die een laag morbiditeitsgehalte hebben noch een hoge mate aan technische onderzoeken vereisen om te kunnen worden verlicht. Artsen kunnen dit gebruik van de diensten spoedgevallen als een oneigenlijk gebruik beoordelen maar patiënten denken hier anders over en hebben goede redenen waarom ze zich rechtstreeks op de spoeddienst aandienen in plaats van bij de huisarts aan te kloppen. (Gill, 1994). Deze redenen worden verder in dit rapport geïnventariseerd.

De prestaties voor deze niet-levensbedreigende aandoeningen vertegenwoordigen evenwel een bron van inkomsten voor het ziekenhuis. (Gill, 1994)

## 4. De gevolgen

Het gevolg is dat er lange wachttijden ontstaan en minder tijd overblijft voor wie effectief in nood is. Bovendien verliezen invasieve en duurdere diagnostische onderzoeken aan positief voorspellende waarde wanneer ze op een bredere en niet geselecteerde populatie worden toegepast. (Meyboom-de Jong, 1994)

Dit heeft als concreet neveneffect dat voor pathologie die op de eerste lijn thuishoort er door ziekenhuisartsen te veel onderzoek wordt aangevraagd en een te dure follow-up (op de tweede of derde lijn) wordt voorgesteld. (Dale J, 1995)

## 5. De lokale situatie

In de Leuvense regio staan de ziekenhuizen Gasthuisberg en Heilig Hart in voor de opvang van spoedeisende zaken. Beide ziekenhuizen en de ambulancedienst hebben onderlinge afspraken wat betreft de taakverdeling.

In het kader van de organisatie van de zorgverlening en de expertise die elk ziekenhuis heeft te ontwikkelen, leeft de wens om het oneigenlijk gebruik van de diensten spoedgevallen terug te dringen in overleg en samenwerking met de lokale huisartsen.

## 6. Besluit

- Een proces van overleg is slechts mogelijk wanneer binnen het ziekenhuis de behoefte bestaat om te reflecteren over de doelstelling van de spoeddienst en de effecten van het actuele gebruik van deze dienst.
- Er moeten regelingen worden getroffen met betrekking tot de opnameprocedures.
- Er moet een taakverdeling worden ontwikkeld ten aanzien van de opvang van patiënten met niet-levensbedreigende aandoeningen.

## B. Het dilemma van de huisartsen

### 1. Continuïteit van zorg

Huisartsen staan in voor de zorg van hun patiënten, niet alleen binnen de normale werkuren maar ook 's avonds, 's nachts en in het weekend. Naast deze tijdsdimensie refereert het begrip "continuïteit van zorg" ook aan twee bijkomende dimensies die zeer eigen zijn aan de huisartsgeneeskunde namelijk de continuïteit in persoon (dezelfde huisarts) en de continuïteit in de zorgverlening die een specifieke huisartsgeneeskundige zorgverlening is. Omdat geen enkele huisarts een continue 24 u/24, 7 dagen per week beschikbaarheid kan leveren, zijn huisartsenwachtdiensten een noodzakelijkheid. Deze wachtdiensten leveren aldus huisartsgeneeskundige zorg buiten de normale werkuren aan patiënten voor wie de zorg/behandeling van hun klachten niet tot de 'diensturen' kan wachten.

Hoewel Nederlandse huisartsen stellen dat hulp buiten kantooruren in principe alleen bestemd is voor spoedeisende gevallen (De Bakker, 1999) vinden artsen van de discussiegroep Haacht/Leuven dat de huisarts niet louter spoedarts is en 's avonds of in het weekend een bredere opdracht heeft dan louter verlenen van spoedeisende hulp. De zorg die via de huisartsenwachtdienst wordt aangeboden buiten de normale werkuren kadert dus in de continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg en is dus méér dan het verlenen van dringende geneeskundige hulp.

## **2. Dringende geneeskundige hulpverlening**

In het basistakenpakket van de huisarts is de dringende geneeskundige hulpverlening als expliciete opdracht opgenomen (WVH, 2001) omwille van de 24 uur bereikbaarheid van de huisarts, de aangepaste praktijkorganisatie, de voorkennis omtrent de patiënt en de expertise van de huisarts in de eerste zorg bij spoedeisende situaties. Door de wisselende affiniteit van huisartsen voor spoedeisende hulpverlening blijkt dat de kwaliteit van deze hulpverlening erg uiteenlopend is. Hierin spelen de soms moeilijke bereikbaarheid van de huisarts een rol maar ook de beperkte ervaring in het reanimeren, intuberen, reponeren, defibrilleren die maakt dat deze vaardigheden niet worden onderhouden (Tejjink, 1992).

### **a) Tijdens de praktijken**

Wat de dringende geneeskundige hulpverlening binnen de praktijken betreft, blijkt uit onderzoek dat het realiseren van deze opdracht voor huisartsen niet eenvoudig is. Het leeuwendeel van de huisartsen werkt solo zonder praktijkassistentie en ervaart een spoedgeval als een kink in de kabel van de dagplanning (De Bakker 1999). Toch moet de huisarts ervoor zorgen dat er in de praktijkorganisatie rekening wordt gehouden met de bereikbaarheid en beschikbaarheid voor urgenties.

Een belangrijk deel van de dringende oproepen tijdens de normale werkuren worden door huisartsen niet als spoedeisend ervaren. De huisarts weet dat ongerustheid en onzekerheid veelal de reden is waarom patiënten dringend beroep op hem doen en brengt begrip op in het licht van de psychosociale context en de antecedenten (De Jongh, 1990).

### **b) Buiten de praktijken**

De dringende geneeskundige hulpverlening buiten de praktijken, tijdens het weekend, de feestdagen en de avonden in de week, kadert binnen de organisatie van de wachtdienst waarbij de huisarts, volgens de gangbare afspraken, zijn specifieke opdracht moet uitvoeren.

### **c) De bevolkingswachtdienst**

Een derde organisatorisch nieuwe situatie ontstaat wanneer huisartsen overdag, tijdens de week een wachtpermanentie moeten organiseren voor de opvang van dringende of andere huisartsgeneeskundige hulpvragen van patiënten zonder huisarts of waarvan de huisarts op dat ogenblik niet bereikbaar is. Deze dienstverlening voegt zich bovenop het praktijkwerk voor het gekende patiëntenbestand.

De verlening van de dringende geneeskundige hulp in de drie verschillende geschetste situaties zullen telkens andere accenten in de organisatie van de dienst vereisen. Los hiervan moeten huisartsen zich bezinnen over de wijze waarop ze de kwaliteit van de dringende hulpverlening kunnen verhogen.

## **3. De malaise bij huisartsen.**

Uit een enquête gevoerd onder huisartsen in het kader van een SYLOG-project blijkt dat niet alle huisartsen bereid zijn tot een continue patiëntenzorg: 40% van de bevroagde huisartsen vindt het niet erg dat de patiënt in het weekend of 's nachts rechtstreeks naar het ziekenhuis gaat. Dit standpunt kan worden begrepen vanuit de hoge werkbelasting, een onvoldoende financiële vergoeding en een onvoldoende gestructureerd kader, door huisartsen ervaren tijdens de uitoefening van de wachtdienst. (De Bakker, 1999).

## 4. Besluit

- De huisartsenwachtdienst levert huisartsgeneeskundige zorg buiten de normale werkuren.
- Er moet efficiënt worden omgegaan met dringende oproepen.
- Huisartsen moeten op een haalbare wijze oproepen van een bevolkingswachtdienst kunnen incorporeren tijdens het praktijkwerk.

### C. De overheid

De overheid vertoont een toenemende interesse in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze zorgverlening is niet alleen goedkoper maar moet ook in staat zijn om een toenemend oneigenlijk gebruik van andere zorgchelons af te remmen en zelfs in te dijken.

De eerste lijn is verantwoordelijk voor welomschreven taken die volgens bepaalde kwaliteitsnormen moeten worden gerealiseerd. Aan het opstellen en implementeren van kwaliteitsnormen hangt een prijskaartje om het denkwerk, de coördinatie van ideeën en initiatieven en de coaching van eerstelijns werkers te financieren. Dit zijn nieuwe taken binnen het domein van het management waarvoor geen vergoeding is voorzien. De prestatievergoeding is in principe alleen bedoeld om de prestatie zelf te honoreren. Daarom zullen nieuwe financieringsmethoden voor de niet-patiënt gebonden prestaties moeten worden uitgewerkt. Om voor financiering in aanmerking te komen dient er echter eerst een eerstelijns gezondheidszorgstructuur te worden gerealiseerd als aanspreekpunt. De huisartsenkring is de meest voor de hand liggende structuur die tot vandaag de nascholing en soms ook de wachtorganisatie op zich heeft genomen.

### D. Betrokken partners in dit project

De verschillende partners in dit project situeren zich op de verschillende niveaus van de geneeskundige zorgverlening.

Er zijn de **huisartsenwachtdiensten van Leuven en Haacht** die de wens hebben uitgesproken om hun wachtorganisatie te optimaliseren. Deze intentie wordt ondersteund door **de lokale ziekenhuizen** Heilig Hart en Gasthuisberg, meer in het bijzonder door de verantwoordelijken voor **de diensten spoedgevallen**. De samenwerking tussen de ziekenhuizen en de lokale huisartsenkringen wordt door de overheid gestimuleerd en vertaalt zich ook in andere projecten ondermeer met betrekking tot de telematica. Dit heeft voor gevolg dat er coördinatie en overleg plaatsvindt tussen de partners die verantwoordelijk zijn voor de zorg en opvang van spoedeisende problemen evenals van problemen die zich aandienen buiten de normale werkuren.

Het **Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde van de KULeuven** is betrokken ter wille van de coördinatie van de verschillende acties, het tekenen van het wetenschappelijke kader rond modellen van wachtorganisatie en de rapportage in een draaiboek waar de voorwaarden, knelpunten en mogelijkheden van een reorganisatie worden besproken.

### E. Parallele projecten

Een project in het ziekenhuis Heilig Hart, Leuven dat nauw aansluit bij het project hier beschreven en dat eveneens kadert in het stimuleren van de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, schept een gunstig klimaat waarin zowel huisartsen als patiënten kunnen worden 'opgevoed' tot een correct gebruik van de spoeddienst in het ziekenhuis.

Dit project heeft drie doelstellingen:

- Het zonder verwijl verwittigen van de huisarts van een opname van zijn patiënt, wanneer die zich zonder verwijzing op de dienst spoedgevallen aandiende.
- Het opstellen van een protocol om patiënten te sensibiliseren tot een gepast gebruik van de dienst spoedgevallen.
- Het samenstellen van een databank van huisartsen actief in het arrondissement als noodzakelijke voorwaarde voor een sluitende communicatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen.

## **F. Besluit**

Het is duidelijk dat om een wachtdienst te (re)organiseren niet alleen binnen een ziekenhuis maar ook tussen ziekenhuizen een duidelijke interesse voor kritische zelfreflectie op de kerntaken moet bestaan wat aanleiding moet geven tot het uitschrijven van concrete opdrachten, doelstellingen en plannen. Diezelfde oefening moet ook binnen de groep van de huisartsen plaatshebben om in een gezamenlijk overleg tot afspraken en realisaties te komen.

Concreet gaat het over de taakomschrijving en taakafbakening van de verschillende echelons, een werkbare definitie van het begrip 'spoedeisend', het opstellen van kwaliteitscriteria en samenwerkingsprotocols.

### III. Vertreksituatie

#### A. Het recruiteringsgebied van de ziekenhuizen

Hier moet een kaart komen waarop de catchmentarea van de 2 ZH wordt voorgesteld

Kaart:



Figuur 1: catchment area van de Leuvense ziekenhuizen

#### B. De huisartsenwachtdiensten binnen de zorgregio van het ziekenhuis

Binnen het in de vorige paragraaf getekende zorggebied van de Leuvense ziekenhuizen zijn 15 huisartsenwachtdiensten actief. Voor het uittekenen van het werkgebied van deze wachtdiensten moet worden gerefereerd naar de gebiedsomschrijving zoals dit door de voorzitters in een gerichte vragenlijst werd genoteerd. Onderstaande tabel tekent het werkgebied van de verschillende huisartsenwachtdiensten.

Volgende wachtdiensten vallen onder de Leuvense zorgregio:

Wachtdienst	Werkgebied (gemeenten)
Tervuren	Tervuren, Duisburg, Moorsel, Vossem
Haacht	Boortmeerbeek, Haacht, Groot-Rotselaar (=Tildonk, Wakkerzeel, Werchter, Wespelaar)
Aarschot	Langdorp, Aarschot, Gijmel
Kampenhout	Steenokkerzeel, Melsbroek, Perk, Elewijt, Kampenhout, Nederokkerzeel (?)
Lubbeek	Lubbeek, Linden, Binkom, Pellenberg, Kortrijk-dutsel, St Pieters Rode, Nieuwrode, Meensel-Kiezegem, St Joris Winge
Leuven	Leuven, Heverlee, Kessel-lo

<b>Boutersem</b>	Boutersem, Kuntich, Meldert, Opvelp, Hoxem, Oorbeek
<b>Groot Kortenberg</b>	Kortenberg, Erps Kwerps, Everberg, Meerbeek
<b>Huldenberg</b>	Groot-Huldenberg
<b>Tremelo</b>	Gelrode, Begijnendijk, Betekom, Tremelo, Baal
<b>Rillaar</b>	Rillaar, Scherpenheuvel (zonder Zichem), Tielt (zonder Winge), Bekkevoort
<b>Bertem</b>	Bertem
<b>Hoeilaart</b>	?
<b>Overijse</b>	?
<b>Herent-Hageland</b>	Veltem, Winksele, Herent, Wijgmaal, Wilsese, Holsbeek, Wezemaal

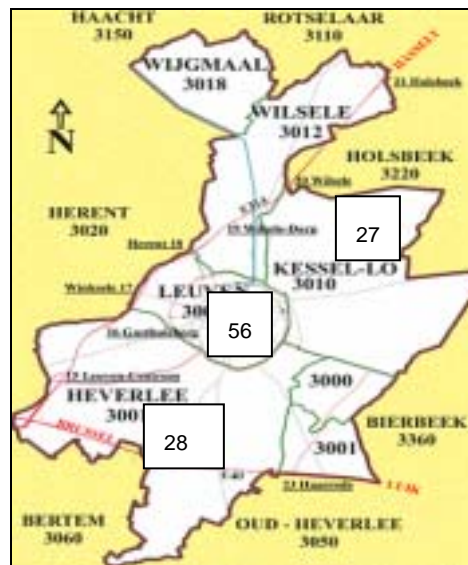
Tabel 0

## C. De wachtdienst van Leuven

### 1. Het wachtgebied

Het wachtgebied bestrijkt het grondgebied groot-Leuven. Dit betekent een populatie van ruim 76000 inwoners die wordt bediend door 109 huisartsen.

Bij een oproep van buiten dit gebied wordt er verwezen naar de lokale wachtdienst.



Figuur 2: Wach regio Leuven met aantal deelnemende huisartsen per gemeente

### 2. De werking van de wachtdienst

De wachtkring voorziet in een weekdienst en een weekenddienst.

De gewone avond- en nachtdienst in de week loopt van 18 uur tot 08 uur.

De weekenddienst loopt van vrijdag 18 uur tot maandag 08 uur en wordt in 3 periodes opgesplitst met overdracht telkens om 08 uur 's morgens. Tijdens de maanden oktober tot maart zijn er per wachtbeurt 3 artsen van wacht, de andere maanden zijn er 2 artsen van wacht.

Deelname is verplicht voor alle geneesheren van de regio, tenzij door het bestuur uitzondering wordt verleend.

Een centraal telefoonnummer gaf tot 15/02/01, tijdens weekends en wettelijke feestdagen, uit bij een telefoniste die de personalia van de oproeper noteerde en vervolgens het telefoonnummer van de dienstdoende artsen meedeelde. Het stond de patiënt dan vrij om de wachtarts naar keuze te contacteren. Tijdens de week gaf een antwoordapparaat de telefoonnummers van de wachtdoende artsen door waarna de patiënt de wachtarts kon contacteren.

Actueel is er een operator ingeschakeld die automatisch doorverbindt met de arts van dienst. Omdat er per weekenddag 3 artsen van dienst zijn, verbindt de operator beurtelings één van de artsen door. Op die manier weet de patiënt niet bij welke huisarts hij zal terecht komen maar wordt voor de wachtdoende artsen een evenredige werkverdeling gegarandeerd.

Van elke oproep wordt een wachtverslag ingevuld dat uiterlijk om 9.30 uur volgend op de wachtperiode op het Medisch Centrum Huisartsen wordt ingeleverd van waaruit de verslagen naar de huisartsen wordt doorgestuurd.

De organisator van de wachtdienst is de Geneeskundige Kring van Leuven.

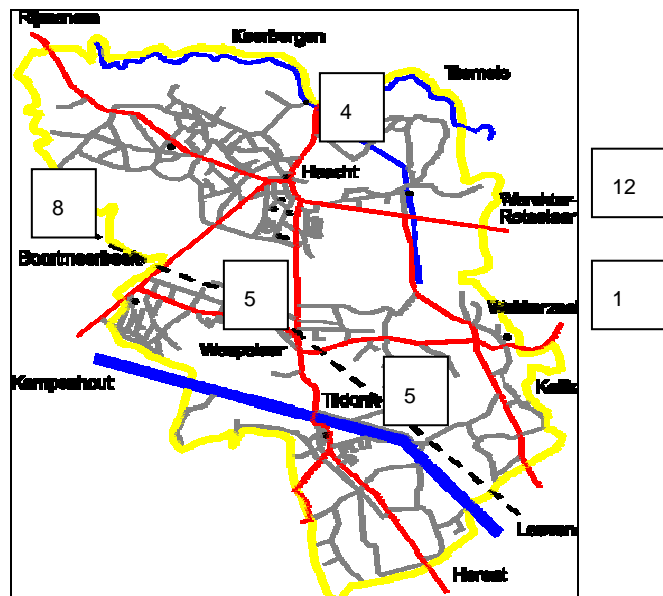
## D. De wachtdienst van Haacht

### 1. Het wachtgebied

Het wachtgebied van de kring bestrijkt de volgende deelgemeenten: Boortmeerbeek, Haacht, Rotselaar, Tildonk, Wakkerzeel, Werchter en Wespelaar.

Een populatie van +/- 30000 inwoners wordt bediend door 36 huisartsen

Bij een oproep van buiten de regio zal de wachtarts deze oproep beantwoorden voor zoverre dit mogelijk is in functie van de afstand en de beschikbare tijd of zal hij de patiënt informeren over de wachtdienst van zijn streek.



Figuur 3: Wachtregio Haacht met aantal deelnemende huisartsen per dorp

## **2. De werking van de wachtdienst**

De wachtkring voorziet in een weekenddienst van 20 uur vrijdag tot 08 uur maandag volgend of een dienst bij feestdagen van de vooravond 20 uur tot 08 uur de ochtend volgend op de feestdag. Er wordt tijdens de werkweek niet in een avonddienst voorzien.

Deelname is verplicht voor alle geneesheren van de regio, tenzij door het bestuur uitzondering wordt verleend.

De huisarts van wacht wordt bereikt via een centraal oproepnummer dat automatisch naar de arts doorschakelt.

De dienst wordt verdeeld over twee artsen, een eerste en tweede wacht, waarbij er in een wissel voorzien is op zondag 08 uur voor een gewone weekenddienst of om 12 uur voor een lang weekend (3 dagen). De arts van eerste wacht staat in voor de opvang van alle dringende oproepen en is verantwoordelijk voor de continuïteit van zorgen tijdens de wachtperiode. De taak van de tweede wacht is in te springen bij ziekte, ongeval, gewettigde onbeschikbaarheid, te hoge werklast of overmacht. Informeel werd overeengekomen om de oproepen naar elkaar door te verwijzen in functie van het adres van de oproeper en de woonplaats van de wachtarts. Beide artsen maken afspraken voor de start van de wachtperiode.

Er worden enkel die zorgen verleend, voorschriften gemaakt en documenten afgeleverd (maximaal 2 dagen arbeidsongeschiktheid) die op dat ogenblik noodzakelijk zijn en de patiënt wordt voor verdere opvolging naar de eigen huisarts doorverwezen. Idem dito wat betreft verwijzingen naar een specialist of naar het ziekenhuis. Indien een verwijzing toch noodzakelijk is, wordt de naam en het adres van de huisarts opgegeven op het verwijsdocument.

Alle prestaties tijdens de dienst geleverd, dienen voor 10 uur, daags erna, aan de respectieve collega's telefonisch worden doorgegeven. In geval van verwijzing, opname of overlijden moet dit, indien mogelijk, onmiddellijk aan de huisarts worden gemeld.

In elk geval wordt verslag opgemaakt op doordrukformulieren waarvan het eerste blad, bestemd voor het medisch dossier van de patiënt, binnen de 48 uur via post, MCH of persoonlijk, de huisarts moet hebben bereikt.

Het tweede blad wordt door de wachtarts bewaard gedurende minimum 3 maanden het derde wordt onder gesloten omslag aan de secretaris van de wachtkring afgeleverd. Deze twee doorslagdocumenten moeten duidelijkheid brengen in geval van geschil.

Voor een wissel van diensten rekent het secretariaat een bedrag aan van 500 fr en bij het afstaan van een beurt wordt 2500 fr gevraagd.

## **E. Boordtabellen**

De werking van diensten kan worden geëvalueerd aan de hand van boordtabellen. Deze bevatten gegevens of cijfermateriaal aan de hand van dewelke het effect van een reorganisatie kan worden vastgesteld of gemeten.

### **1. Ziekenhuis spoedgevallendienst**

De problematiek van de "walk-in" patients – dit zijn patienten die zich op eigen kracht op de spoeddienst aanbieden - werd bestudeerd op de dienst spoedgevallen van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg zowel naar zijn omvang als naar de urgentiegraad van de aandoeningen waarmee

patiënten zich aanbieden. De volgende cijfers zijn het resultaat van een telling gedurende de maanden oktober tot december 1997, waarbij het beeld van één volledige maand wordt gegeven van 3668 patiënten. (Van Gerven, 2000; Van Gerven 2001)

Tabel 1 en 2 geven aan hoeveel patiënten op eigen initiatief of op verwijzing van de huisarts naar de spoeddienst komen.

#### Tijdens de week

Verwijzing					Hospitalisatie			
Huisarts		Eigen initiatief		leeftijd	Ja		Neen	
20	38%	33	62%	0 - 1	32	60%	21	40%
53	38%	87	62%	1 - 4	63	45%	77	55%
27	33%	55	67%	5 - 9	27	33%	55	67%
63	23%	208	77%	10 - 19	51	19%	220	81%
79	20%	325	80%	20 - 29	81	20%	323	80%
98	30%	231	70%	30 - 39	91	28%	238	72%
98	42%	137	58%	40 - 49	96	41%	139	59%
106	55%	85	45%	50 - 59	110	58%	81	42%
135	56%	106	44%	60 - 69	169	70%	71	30%
298	75%	97	25%	70+	336	85%	59	15%

**Tabel 1 Absolute aantal en percentage van de patiënten die door de huisarts zijn verwezen of op eigen initiatief zijn gekomen, naast het aandeel van deze patiënten dat vervolgens wordt gehospitaliseerd**

#### Tijdens het weekend

Verwijzing					Hospitalisatie			
Huisarts		Eigen initiatief		leeftijd	Ja		Neen	
11	19%	30	81%	0 - 1	14	47%	27	53%
22	12%	75	99%	1 - 4	32	31%	65	69%
14	25%	45	75%	5 - 9	15	32%	44	68%
13	23%	99	77%	10 - 19	16	18%	96	82%
20	15%	153	85%	20 - 29	16	12%	157	88%
24	24%	129	76%	30 - 39	30	24%	123	76%
16	27%	82	73%	40 - 49	28	32%	70	78%
22	43%	57	57%	50 - 59	35	41%	44	59%
28	53%	41	47%	60 - 69	49	56%	20	44%
70	61%	55	39%	70+	106	65%	19	35%

**Tabel 2: Absolute aantal en percentage van de patiënten die door de huisarts zijn verwezen of op eigen initiatief zijn gekomen, naast het aandeel van deze patiënten dat vervolgens wordt gehospitaliseerd**

- Gedurende de week ziet men dat 50+ patiënten meestal op verwijzing van de huisarts naar de spoeddienst komen, waarvan ruim de helft vervolgens in het ziekenhuis worden opgenomen.
- In het weekend stijgt de leeftijd van door de huisarts verwezen patiënten eerder naar de 60+, met eveneens een hoog opnamepercentage.
- Met zuigelingen komen ouders in grote mate op eigen initiatief.

Het aantal patiënten dat zich aanbood op de spoeddienst in functie van de urgentiegraad en de eventuele verwijzer, wordt in de tabellen 3 en 4 aangegeven.

#### In de week

Verwijzing	urgentiegraad					Totaal
	1	2	3	4	5	
Eigen initiatief	40 (2%)	241 (9%)	504 (19%)	493 (19%)	79 (3%)	1356 (53%)
Huisarts	36 (1%)	308 (12%)	453 (18%)	149 (6%)	29 (1%)	975 (38%)
Specialist UZ	13 (1%)	30 (1%)	30 (1%)	20 (1%)	9 (0%)	102 (4%)
Specialist niet-UZ	12 (0%)	51 (2%)	43 (2%)	15 (1%)	2 (0%)	123 (5%)
Andere		1 (0%)	2 (0%)	1 (0%)		4 (0%)
<b>totaal</b>	101 (4%)	631 (25%)	1032 (40%)	678 (26%)	119 (5%)	2561 (100%)

**Tabel 3: Absolute aantal (en %) patiënten dat zich aandient op de spoeddienst in functie van de verwijzer en de urgentiegraad volgens de Australian Triage scale<sup>1</sup>.**

#### In het weekend

Verwijzing	urgentiegraad					Totaal
	1	2	3	4	5	
Eigen initiatief	24 (2%)	150 (14%)	271 (25%)	290 (27%)	24 (2%)	759 (71%)
Huisarts	5 (0%)	86 (8%)	110 (10%)	37 (3%)	1 (0%)	239 (22%)
Specialist UZ	14 (1%)	5 (0%)	7 (1%)	3 (0%)	1 (0%)	30 (3%)
Specialist niet-UZ	9 (1%)	16 (1%)	9 (1%)	2 (0%)		36 (3%)
Andere			4 (0%)	2 (0%)	2 (0%)	8 (1%)
<b>totaal</b>	52 (5%)	257 (24%)	401 (37%)	334 (31%)	28 (3%)	1072 (100%)

**Tabel 4: Absolute aantal (%) patiënten dat zich aandient op de spoeddienst in functie van de verwijzer en de urgentiegraad volgens de Australian Triage scale.**

- Gedurende de week komen ruim de helft van de patiënten naar de spoeddienst op eigen initiatief.
- Dit stijgt tot bijna  $\frac{3}{4}$  gedurende het weekend.
- Ruim  $\frac{1}{3}$  van de problemen die zich tijdens het weekend aandienen kunnen zonder risico door de huisarts worden opgevangen (urgentiescores 4 en 5)

<sup>1</sup> Score 1= immediate resuscitation, 2= emergency, 3= urgent, 4= semi-urgent, 5= non-urgent

## 2. Huisartsenwachtdiensten

Huisartsen verenigen zich in wachtkringen ter wille van de continuïteit van zorgen.

Een inzicht in de organisatie en het werkgebied van deze kringen kan belangrijke informatie opleveren met betrekking tot de werkverdeling, de doelgroep en haar zorgbehoefte.

Op basis van hun samenwerking en verwijzing naar de Leuvense ziekenhuizen werden 15 huisartsenwachtdiensten geselecteerd en kregen de voorzitters een schriftelijke vragenlijst toegestuurd.

Van 11 kringen werden antwoorden teruggekregen.

### a) Algemene informatie

Wachtdienst	Aantal artsen	Aantal inwoners	N artsen/150000 inwoners	Totaal N artsen/WE	Aantal artsen/weekdag
Tervuren	19	22000	127	2	1
Haacht	36	30000*	180	2	Geen
Aarschot	21	16000	196	1	Geen
Kampenhout	22	25500	129	2	Geen
Lubbeek	25	23000	163	2	1
Leuven	109	80000	204	6 (9)	2
Boutersem	15	10000	225	1	Geen
Groot Kortenberg	17	18000	141	1	1
Huldenberg	9	9500	142	1	Geen
Tremelo	26	25000	156	1 of 2	Geen
Rillaar	24	?		1	Geen
Bertem	33*	?		?	
Hoeilaart	5*	?		?	
Overijse	22*	23790	138	?	
Herent-Hageland	15	?			

\*de informatie is verzameld via UHAK-site en gemeentensites

**Tabel 5: Algemene gegevens van de huisartsenwachtdiensten**

## b) uurregeling

Wachtdienst	Weekwacht	Regeling week	Weekendwacht	Regeling WE
Tervuren	18.30 u tot 7.30 u	1 arts/avond	Vrijdagavond (18.30 u) tot maandag (7.30 u)	Één dag en nacht per arts
Haacht	Nvt	Nvt	Vrijdag 20 u tot maandag 8 u	Overdracht 1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> wacht op zondag 8 u
Aarschot	Nvt	Nvt	Zaterdag 8 u tot maandag ? u	2 dagen en nachten per arts
Kampenhout	Nvt	Nvt	Vrijdagavond (?u) tot maandag ochtend	Één dag en nacht per arts
Lubbeek	18 u tot?	1 arts/avond	Zaterdag 8 u tot maandag 8 u	Één dag en nacht per arts; wissel om 8 u
Leuven	18 u tot 8 u	2 (3 in winter) artsen/avond	Vrijdag 18 u tot maandag 8 u	Eén vrijdagnacht voor 2 (3) artsen; Eén dag en nacht voor 2 (3) artsen
Boutersem	Nvt	Nvt	Zaterdagochtend tot maandagochtend	2 dagen en nachten per arts
Groot Kortenberg	20 u tot 8 u	1 arts/avond	Zaterdagochtend tot maandagochtend	2 dagen en nachten per arts
Huldenberg	Nvt	Nvt	Zaterdagochtend tot maandagochtend	Één dag en nacht per arts of 2 dagen en nachten per arts
Tremelo	Nvt	Nvt	Zaterdagochtend tot maandagochtend	2 dagen en nachten per arts
Rillaar	Nvt	Nvt	Zaterdagochtend tot maandagochtend	2 dagen en nachten per arts
Bertem	geen gegevens beschikbaar	?	?	?
Hoeilaart	geen gegevens beschikbaar	?		?
Overijse	geen gegevens beschikbaar	?	?	?

**Tabel 6: De uurregeling bij de huisartsenwachtdienst**

Omwille van de vraagstelling in de enquête is het niet duidelijk of de arts van weekwacht dagelijks wisselt of per week verandert.

Wanneer wordt aangegeven dat er één arts per dag en nacht van dienst is en de wachtdienst ingaat op vrijdagavond, dan is het niet duidelijk wie een extra nacht voor zijn rekening neemt of dat hiervoor een andere wachtbeurt wordt gerekend.

### c) Informatie-overdracht

Wachtdienst	Uitwisseling van info van wachtarts naar huisarts	Wanneer	Hoe	Wat
Tervuren	Ja	Maandagochtend	Telefonisch (schriftelijk?)	Alles
Haacht	Ja	Maandag voor 10 u	Schriftelijk (telefonisch i.g.v. opname, overlijden of dringende controle)	Alles
Aarschot	Ja	Maandag	Schriftelijk	Alles
Kampenhout	Ja	?	Schriftelijk en/of telefonisch	Alles
Lubbeek	Neen	Nvt	Nvt	Nvt
Leuven	Ja	Maandagochtend aan MCH af te geven voor levering bij HA	Schriftelijk	Alles
Boutersem	Ja	Maandag tussen 8 en 9 u	Telefonisch	Alles
Groot Kortenberg	Ja	?	Schriftelijk, telefonisch bij overlijden, opname of ernstige pathologie	?
Huldenberg	Ja	Maandagochtend	Schriftelijk of telefonisch	Alles
Tremelo	Ja	Maandag voor 13 u	Zaterdagochtend tot maandagochtend	Alles
Rillaar	Ja	In de loop van de week voor gewone pathologie; op maandag bij ernstige zaken	Schriftelijk voor gewone pathologie; telefonisch bij overlijden, opname of ernstige pathologie	?
Bertem	?	?	?	?
Hoeilaart	?	?		?
Overijse	?	?	?	?

Tabel 7: Informatie-overdracht bij de huisartsenwachtdienst

## d) Regels, afspraken en geschillen

Wachtdienst	Beschikbaarheid procedures	Regeling grenzen	Sancties
Tervuren	Ja	Arts verlaat nooit werkgebied. Een patiënt uit een ander wachtgebied kan wel op spreekuur worden gezien	Neen
Haacht	Ja	Patiënt uit een ander wachtgebied wordt soms geweigerd*	Verwittiging/uitsluiting
Aarschot	Ja	Arts verlaat nooit werkgebied. Een patiënt uit een ander wachtgebied kan wel op spreekuur worden gezien	
Kampenhout	Ja	Weigering patiënten uit ander werkgebied	Geen
Lubbeek	Ja	Weigering patiënten uit ander werkgebied	Extra wachtbeurt lopen
Leuven	Ja	Weigering patiënten uit ander werkgebied	Schriftelijke contactname
Boutersem	Ja	Patiënt uit een ander wachtgebied wordt soms geweigerd*	Geen
Groot Kortenberg	Ja	Arts verlaat nooit werkgebied. Een patiënt uit een ander wachtgebied kan wel op spreekuur worden gezien	Berisping of uitsluiting
Huldenberg	Ja	Patiënt uit een ander wachtgebied wordt soms geweigerd*	Berisping
Tremelo	Ja	Patiënt uit een ander wachtgebied wordt soms geweigerd afhankelijk van de drukte en afstand	Voorzien maar nog niet toegepast
Rillaar	Ja	Arts verlaat nooit werkgebied. Een patiënt uit een ander wachtgebied kan wel op spreekuur worden gezien	Geen sancties voorzien
Bertem	?	?	?
Hoeilaart	?	?	
Overijse	?	?	?

\*het is niet duidelijk uit de vraagstelling wanneer geweigerd wordt en wat er dan wordt geadviseerd aan de patiënt.

**Tabel 8: Regels, afspraken en geschillen bij de huisartsenwachtdienst**

## e) Bereikbaarheid en bekendmaking

Wachtdienst	Bereikbaarheid voor de patiënt	Bekendmaking
Tervuren	Patiënt belt naar de wachtdoende huisarts	Het telefoonnummer van de wachtarts staat op het antwoordapparaat van de collega's en in het lokaal dagblad vermeld
Haacht	<b>Eén centraal telefoonnummer</b> (dat doorschakelt of met antwoordapparaat van wachtarts doorgeeft?)	Via antwoordapparaat van collega's, lokaal dagblad, gemeenteberichten, wachtzalen
Aarschot	Patiënt belt naar de wachtdoende huisarts	Het telefoonnummer van de wachtarts staat op het antwoordapparaat van de collega's, in het lokaal dagblad en op de lokale TV vermeld
Kampenhout	<b>Eén centraal telefoonnummer</b> (dat doorschakelt of met antwoordapparaat van wachtarts doorgeeft?)	Via antwoordapparaat van collega's, lokaal dagblad en wachtzalen
Lubbeek	Via doorschakeling (patiënt belt eigen huisarts en komt bij wachtarts terecht?)	Via antwoordapparaat van collega's en dagblad
Leuven	<b>Eén centraal nummer</b> , vroeger met telefoniste die naam van wachtarts doorgaf, nu met doorschakeling naar wachtarts	Via dagbladen
Boutersem	Patiënt belt naar de wachtdoende huisarts	Via antwoordapparaat van collega's, lokaal dagblad en wachtzalen
Groot Kortenberg	<b>Eén centraal telefoonnummer</b> (dat doorschakelt of met antwoordapparaat het nummer van wachtarts doorgeeft?)	Via antwoordapparaat van collega's en dagblad
Huldenberg	Patiënt belt naar de wachtdoende huisarts	Het telefoonnummer van de wachtarts staat op het antwoordapparaat van de collega's, in het lokaal dagblad en op de lokale TV vermeld
Tremelo	<b>Eén centraal telefoonnummer</b> (dat doorschakelt of met antwoordapparaat van wachtarts doorgeeft?)	Via antwoordapparaat van collega's, dagblad, praktijkdeuren en vensters
Rillaar	<b>Eén centraal telefoonnummer</b> (dat doorschakelt of met antwoordapparaat van wachtarts doorgeeft?)	Via antwoordapparaat van collega's, lokaal dagblad en wachtzalen
Bertem	<b>Eén centraal nummer</b> , vroeger met telefoniste die naam van wachtarts doorgaf, nu met doorschakeling naar wachtarts	?
Hoeilaart	?	?
Overijse	?	?

Tabel 9: Bereikbaarheid en bekendmaking van de huisartsenwachtdienst

## **f) Registratie tijdens de wachtdienst**

In de wachtregio's Leuven en Haacht wordt er actueel voor elke patiënt die tijdens de wachtdienst wordt gezien een verslag opgemaakt. In Leuven bestaat hiervan een exemplaar dat bij de huisarts wordt bewaard. In Haacht wordt een doorslagformulier gebruikt dat in een exemplaar voorziet voor de huisarts en één voor de wachtarts. Het derde exemplaar wordt gedurende een drietal maanden door de wachtdienst bewaard met het oog op eventuele geschillen naar aanleiding van een tussenkomst van de wachtarts.

Deze schriftelijke registratie dient enkel de informatie-uitwisseling tussen artsen of moet klaarheid brengen in geval van geschil maar draagt niet bij tot het in kaart brengen van het aantal oproepen en de manier waarop aan de oproepen gevolg wordt gegeven. Hierdoor is een controle van de werkbelasting en de kwaliteit van de geleverde zorg onmogelijk en actueel quasi onbestaande.

## **g) Samenvatting**

- De verhouding arts/inwoners varieert tussen 1 arts per 10000 à 30000 inwoners
- De meeste wachtdiensten organiseren enkel een weekenddienst en geen avond- of nachtdienst in de week.
- Geen enkele wachtdienst verzekert een bevolkingswacht overdag in de week.
- De weekendwacht dienst vangt meestal aan op zaterdagochtend. In mindere mate start de weekenddienst op vrijdagavond.
- Op één enkele wachtkring na is er een informatieoverdracht naar de huisarts, schriftelijk of telefonisch. Telefonische contactname gebeurt meestel enkel naar aanleiding van een overlijden of een opname in het ziekenhuis.
- Rond grensgebieden is de regeling niet altijd expliciet en wordt de invulling aan de arts van wacht overgelaten. In principe verlaat de arts het wachtgebied niet. Een patiënt van buiten het wachtgebied kan wel op spreekuur worden ontvangen.
- Wachtdiensten zijn onvoldoende voorbereid op conflictsituaties. Als er al sancties in het wachtrechtlement zijn opgenomen, zijn ze nog niet in de praktijk toegepast.
- Een centraal oproepnummer voor een wachtregio is courant in gebruik. Dit nummer wordt in de lokale streekkrant vermeld of wordt op het antwoordapparaat van de huisartsen aangekondigd. Het alternatief is dat de patiënt rechtstreeks naar de huisarts van wacht moet bellen. Ook dit telefoonnummer wordt dan in de streekkrant en via het antwoordapparaat van de huisarts aangekondigd.

## **F. De doelstelling van de reorganisatie van de huisartsenwachtdienst in Leuven en Haacht**

De doelstelling van het project is driedelig.

- In eerste instantie moet een organisatiemodel voor de huisartsenwachtdienst in de regio's Leuven en Haacht worden ontwikkeld dat tegemoet moet komen aan de noden van de patiënten, huisartsen en ziekenhuizen.
- Deze reorganisatie moet leiden tot een optimaal gebruik van de bestaande structuren. Onder optimaal gebruik wordt verstaan dat alle middelen, logistiek, financieel en mankracht, zich op een veilige en epidemiologisch rendabele wijze tot elkaar verhouden of zoals Nicholl en Munro (2000) het in hun artikel formuleren "*getting the right patient to the right service at the right time in order to obtain the best outcome at the least cost.*"
- Het nieuwe huisartsenwachtdienstmodel moet vervolgens in de praktijk worden toegepast, gepaard gaande met een sensibilisatie van het grote publiek.

Het resultaat en de effectiviteit van deze reorganisatie zal moeten worden gemeten en geëvalueerd op de verschillende niveau's met name dat van de patiënt, de huisarts en het ziekenhuis.

## **G. De motivatie van de betrokken partners**

Het mag duidelijk zijn dat de betrokken partners in dit project elk hun voordeel willen halen uit een gereorganiseerde huisartsenwachtdienst. Het is goed ieders motivatie tot engagement van bij de start te kennen. Uit de motivatie moet ook blijken dat het project een win-win situatie oplevert voor de verschillende partners.

### **1. De agenda van het ziekenhuis**

De doelstelling voor het ziekenhuis is het terugdringen van het oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen.

Het ziekenhuis stelt volgende werkbare definitie voor van oneigenlijk gebruik als het zich aanbieden op de dienst spoedgevallen, zonder verwijzing van de huisarts, met een klacht die niet alarmerend is en reeds langer dan 24 uur bestaat. Er wordt gesteld dat deze klachten binnen het circuit van de huisartsenwachtdienst moeten worden opgevangen waardoor de middelen en mankracht van het ziekenhuis vrijkomt voor opvang van meer spoedeisende problemen.

### **2. De agenda van de huisartsen**

Bij de huisartsen ligt de motivatie tot deelname dubbel:

- Het verbeteren van het rendement van de huisartsenwachtdienst, waarmee wordt bedoeld dat de stroom van patiënten die de spoeddienst van het ziekenhuis oneigenlijk gebruiken, in een eerste fase door de huisarts moet worden opgevangen.
- Het verbeteren van het comfort van de wachtdoende arts waarbij meer in het bijzonder de werkomstandigheden, werkbelasting en veiligheid worden geïmproveerd.

De huisartsen realiseren zich dat beide noden gelienigd kunnen worden binnen een betere profilering van de huisartsgeneeskunde buiten de normale werkuren en een transparantere organisatie van de huisartsenwachtdienst.

## **IV. De Methode**

Om tot een reorganisatie te komen zullen verschillende stadia van research en overleg moeten worden doorlopen.

### **1. De theorie**

De internationale en nationale literatuur met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en organisatie van spoedgevallendiensten worden onder de loupe genomen om inzicht te krijgen in de verschillende organisatiemodellen, hun voorwaarden en gevolgen.

De literatuur met betrekking tot het gebruik van de verschillende diensten en de tevredenheid van de patiënt, de huisarts en de ziekenhuisarts zal dienen ter ondersteuning van een kritische evaluatie van de huidige situatie en als basis voor het meten van het resultaat van een reorganisatie.

Het theoretisch luik geeft de noodzakelijke informatie om tot een kritische evaluatie van de huidige werking te komen en gaat daarom de praktijk vooraf.

De huidige organisatie van de wachtdienst moet worden in kaart gebracht. Dit levert het kader waarbinnen de reorganisatie moet plaatsvinden en waarbinnen de geschikte, aan verandering gevoelige, indicatoren moeten worden gekozen om een effect van de reorganisatie te kunnen meten.

### **2. De praktijk**

In de keuze van een wachtmodel zal een intensieve gedachtenwisseling plaatsgrijpen tussen de betrokken huisartsen onderling maar tegelijk ook met de respectieve ziekenhuizen die in de regio instaan voor de opvang van spoedgevallen.

Vertrekkend vanuit de ervaring van de artsen wordt een inventaris gemaakt van de knelpunten zoals deze in de huisartspraktijk en het ziekenhuis worden ervaren.

In een tweede stap zullen internationale organisatiemodellen worden voorgelegd waarover kan worden gereflecteerd in functie van de toepasbaarheid in het Belgisch gezondheidszorgsysteem, de wenselijkheid en haalbaarheid voor artsen en patiënten. Op basis van deze reflecties kunnen hefboomen naar een optimale werking van de huisartsenwachtdienst worden ontwikkeld om tot de implementatie van een nieuw model te komen.

Een reorganisatie vraagt om een evaluatie. Er zullen indicatoren worden gezocht aan de hand van dewelke het effect van een reorganisatie kan worden gemeten en geëvalueerd.

## V. De literatuur

De literatuur over de organisatie en het gebruik van huisartsenwachtdiensten en diensten spoedgevallen in ziekenhuizen belicht de problematiek vanuit verschillende standpunten. Een ordening van deze literatuur en een toetsing aan wat er hierover in België aan onderzoek is gepleegd zijn niet alleen essentieel voor een correct inzicht maar ook een goede ruggesteun bij de zoektocht naar een gepaste organisatie van de huisartsenwachtdienst.

Voor de overzichtelijkheid wordt de literatuur geordend in hoofdstukken in functie van het beschreven aspect van de problematiek. Onderstaand kader geeft hiervan een overzicht

- De continuïteit van zorgen.
- De contacten tussen de patiënt en de huisarts buiten de normale werkuren.
- De relatie tussen de huisarts en de spoeddienst.
- Waarom patiënten rechtstreeks de spoeddienst consulteren.
- Het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst en het terugdringen ervan.
- Wat maakt dat patiënten tevreden zijn.
- Internationale modellen van huisartsenwachtdiensten.

### 1. De continuïteit van zorg

Het begrip 'continuïteit van zorg' staat zwaar onder vuur. De invulling ervan hangt sterk samen met de visie op de huisartsgeneeskunde die op haar beurt sterk wordt beïnvloed door het gezondheidszorgsysteem waarbinnen de huisartsgeneeskunde zich ontplooit. Een voortdurende evolutie binnen gezondheidszorgsystemen vraagt een permanente bijsturing van de invulling van het begrip 'continuïteit van zorgen'.

In de opdrachtoomschrijving van de huisarts (WVH, 2001) staat de continuïteit van zorg centraal omwille van de voordelen die het kan genereren. De aangehouden en groeiende relatie tussen de arts en zijn patiënt maakt dat de arts op maat gesneden gezondheidsadvies en zorg kan leveren. Andere voordelen zijn dat de huisarts een manager kan zijn in de organisatie van de zorgverstrekking op alle verschillende niveaus, hij 'filtert' de nieuwe gezondheidsproblemen, hij draagt bij tot een financieel verantwoord gebruik van diensten en is een pleitbezorger voor de patiënt. (de Maeseneer, 2000). De continuïteit van zorg betekent de dag van vandaag méér dan het romantisch ideaal van de persoonlijke permanente beschikbaarheid van de huisarts en zijn relatie met de patiënt van de wieg tot het graf.

Continuïteit van zorg als unieke arts- patiënt relatie.

In een overzichtsartikel omschrijven Freeman en Hjortdahl (1997) de continuïteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt en van de arts. Ze stellen dat continuïteit toch in hoofdzaak nog verwijst naar de langdurige persoonlijk relatie tussen de patiënt en "zijn" arts maar beklemtonen eveneens een éénduidige organisatie en coördinatie van de zorg die door verschillende zorgverstrekkers wordt verleend. De patiënt ervaart de voordelen van de continuïteit wanneer hij met zijn verschillende gezondheidsproblemen naar één en dezelfde huisarts kan gaan, die empathisch kan luisteren en de problemen kan oplossen. Niet alleen nemen de compliantie en de tevredenheid bij de patiënt toe

maar men stelt ook een afname vast in het aantal ziekenhuisopnames en in de duur van de opname. De huisartsen vertonen een efficiënter diagnostisch en therapeutisch beleid, onder vorm van minder technische en labonderzoeken wanneer ze hun patiënten langer en dus beter kennen. Anderzijds schrikt die persoonlijke continuïteit de huisarts ook af in het kader van de hoge maatschappelijke eisen met betrekking tot de beschikbaarheid die van huisartsen wordt verwacht.

De continuïteit in persoon kan worden vervangen door een 'feitelijke' continuïteit.

In plaats van de huisarts verantwoordelijk te stellen voor een continue zorgverlening, kiest Van der Werf (2000) ervoor om de huisarts in te zetten bij de uitwerking en de bewaking van het verlenen van een kwaliteitsvolle zorg ook wanneer de huisarts zelf afwezig is, in casu buiten de normale werkuren of in het kader van een taakverdeling in groepspraktijken. Hij spreekt liever van de "feitelijke continuïteit" en verwijst hierbij ten eerste naar **medisch-inhoudelijke aspecten** zoals de correcte en volledige verslaggeving en overdracht van noodzakelijke informatie, ten tweede **het persoonlijke aspect**, wat niet zo zeer verwijst naar één bepaalde arts maar wel naar de éénduidigheid en de integratie van het beleid van verschillende betrokken artsen en de afspraken hierrond met de wachtdoende collega's en ten derde het **organisatorische aspect** dat betrekking heeft op de noodzakelijke structuren en logistiek om de medisch-inhoudelijke en persoonlijke continuïteit te realiseren en te waarborgen. De auteur verwijst dan naar de gezondheidscentra, praktijken, hun dossierbeheer en de toepassing van richtlijnen en standaarden (Van der Werf, Guthrie, 2000).

Deze aspecten van een kwaliteitsvolle zorg worden des te belangrijker wanneer de co-morbiditeit toeneemt, bij psychosociale problemen en in de eerste of laatste levensfase van mensen.

Deze benadering van continuïteit van zorg is beter hanteerbaar in het kader van de uitbouw van een huisartsenwachtdienst dan de engere invulling die zich beperkt tot de stabiliteit van de zorgomgeving en de unieke arts-patiënt relatie. (Sturmberg, 1999).

Palliatieve zorg is een bijzonder type zorg waarrond duidelijke afspraken moeten worden gemaakt om een optimale continuïteit te realiseren. Hoewel slechts een beperkt percentage (2,4%) van de hulpvragen tijdens de wachtdienst kaderen binnen een palliatieve zorgsituatie, vragen ze vaak wel een dringende, complexe en langdurige interventie (Shipman, 2000). Men stelt dat er vaak een inadequate informatie-uitwisseling plaats heeft en suggereert dat protocols voor gegevensverstrekking en zorgverlening evenals een bereikbaarheid van specialisten ter zake, de kwaliteit van de palliatieve zorg buiten kantooruren zou kunnen verhogen.

Continuïteit van zorg kent verschillende dimensies

In een recente correspondentie brengt Sturmberg (2001) de verschillende dimensies van het begrip 'continuïteit van zorgen' samen. Hij beschrijft de **chronologische dimensie**, die verwijst naar de natuurlijke evolutie van de aandoeningen in de tijd en de leeftijdsspecifieke pathologie, het **geografische gebied** waarbinnen de huisarts actief is, het **interdisciplinaire** en **interpersoonlijke** aspect, het **dossierbeheer** en de **informatie-uitwisseling**, de bereikbaarheid van de huisarts binnen de **praktijkorganisatie** en tot slot de **stabiliteit** die door de huisarts wordt gewaarborgd.

Dient continuïteit van zorg de hulpverlener of de patiënt?

Een kritische noot betreffende het belang van de continuïteit van zorg klinkt bij Wilkie (1999). Ze schrijft dat men steeds naar continuïteit van zorg kijkt vanuit het perspectief van de zorgverstrekker en minder vanuit de patiënt zelf.

In groepspraktijken ziet de patiënt niet altijd dezelfde arts en wordt de continuïteit verzekerd door het

dossier. Met de groeiende mogelijkheden van de telematica kunnen dossiergegevens ook worden uitgewisseld tussen de huisarts en andere diensten van zorgverlening.

Een ander gegeven is dat anonimiteit soms gewenst is door de patiënt en dat die dan bewust een niet gekende arts of adviestelefoonlijn consulteert.

Tenslotte signaleert ze dat de vraag naar zorg buiten normale werkuren groot is en dat de zorgverstrekking door reguliere huisartspraktijken dan in gebreke blijft.

Voor patiënten blijkt continuïteit niet prioritair te zijn, het komt slechts op de derde plaats van belangrijkheid na een arts die goed luistert en een arts die de problemen weet aan te pakken. (Freeman, 1997, Haigh-Smith, 1989)

Er leeft ambivalentie bij artsen ten aanzien van de invulling van het begrip.
---

Artsen ervaren een grotere druk vanuit de maatschappij en hogere verwachtingen van de patiënt ten aanzien van hun beschikbaarheid. Dit leidt tot gevoelens van overbelasting en burn-out. De jongere generatie huisartsen twijfelt openlijk aan het levenslang engagement in de unieke arts-patiënt relatie en zoekt andere organisatievormen en een evenwichtigere balans tussen werk en privé (Freeman, 1997). Niettegenstaande geven artsen toe dat de professionele tevredenheid stijgt naarmate patiënten trouwer zijn aan hun arts.

Uit de discussie rond de invulling van het begrip continuïteit van zorg, blijkt toch enig conflict.

Enerzijds zoeken artsen en de overheid naar oplossingen voor de hoge werkdruk onder vorm van het stimuleren van groepspraktijken, huisartsencoöperatieves (Nederland en UK), reorganisatie van wachtdiensten en andere eerstelijnsstructuren maar anderzijds bedreigen deze werkvormen de continuïteit van zorg in zijn klassieke betekenis van de langdurige unieke relatie. Het is een moeilijke oefening om oplossingen te vinden die het evenwicht houden tussen tevredenheid van patiënten, artsen en de overheid. (Guthrie, 2000)

## **2. Huisarts-patiënt contacten buiten 'kantooruren'**

### **a) De internationale literatuur en de Belgische context**

Bij het lezen van buitenlandse literatuur over zorgverlening 'buiten de kantooruren' is enige nuancering geboden. Het is duidelijk dat de notie 'kantooruren' in de huisartsenpraktijk in het Belgische gezondheidszorgsysteem onbestaande is. Huisartsen organiseren hier zelfstandig hun dienstverlening aan patiënten en kiezen de werktijden waarbinnen ze dit doen. De werkuren zijn dan ook niet strikt geregeld zoals dit in Nederland, de Angelsaksische en Scandinavische landen het geval is. Wanneer in deze tekst het begrip 'kantooruren' voor de Belgische context wordt gebruikt, verwijst dit uiteraard naar de werkuren die een Belgische huisarts op een doordeweekse dag toepast.

Een tweede fundamenteel verschilpunt tussen vaststellingen in de internationale literatuur en onze invulling van de huisartsgeneeskunde is dat er elders naar gestreefd wordt om de arts-patiënt contacten buiten kantooruren te beperken tot de spoedeisende vragen en de niet-spoedeisende vragen met een telefonisch advies te beantwoorden (De Bakker, 1999). Een belangrijk onderwerp van studie is dan ook na te gaan wat de incidentie is van vragen, waaronder de spoedeisende, die buiten kantooruren worden gesteld, wanneer deze oproepen worden gedaan, wie de zorgbehoevende is en welke diagnose er dan worden gesteld.

### **b) Wat is spoedeisend?**

Essentieel in het onderzoek is een correcte definitie van wat spoedeisend' is.

De Bakker (1999) definieert een spoedeisende oproep als "deze oproep waarvoor de arts direct na alarmering bij de patiënt langsgaat". Deze omschrijving is er één die volledig aansluit bij de concrete

praktijk en de manier waarop huisartsen met dringende oproepen van patiënten omgaan.

In zijn onderzoek vroeg de auteur aan de deelnemende huisartsen om alle oproepen te registreren die aan bovenstaande omschrijving voldeden. In een tweede fase, nadat het huisbezoek werd afgelegd, moest de arts de graad van levensbedreiging of invalidering scoren van 1 (zeer bedreigd) tot 5 (niet bedreigd). Enkele resultaten van dit onderzoek worden in onderstaand kader samengevat.

- De incidentie van spoedoproepen: 2 per week voor een huisartsenpraktijk van 2350 patiënten of 40 per 1000 patiënten per jaar.
- $\frac{1}{2}$  wordt door de huisarts opgevangen tijdens de praktijkuren.  
 $\frac{1}{4}$  wordt door de huisarts opgevangen buiten de praktijkuren.  
 $\frac{1}{4}$  wordt door de wachtarts opgevangen.
- Alle oproepen buiten de normale werkuren zijn geen spoedoproepen:  $\frac{1}{2}$  van de oproepen betreffen geen levensbedreigende pathologie.
- De oproepers zijn hoofdzakelijk patiënten ouder dan 65 en kinderen tussen de 0 en 4 jaar.
- De belangrijkste redenen om dringend de huisarts op te roepen zijn benauwdheid, acute buikpijn en koorts.
- Het beleid bestaat hoofdzakelijk uit geruststelling en er wordt vaak 'afgewacht'. In 20% van de gevallen wordt naar de internist/cardioloog doorverwezen.

In het Verenigd Koninkrijk probeerde Salisbury (2000) het aantal patiëntenvragen buiten kantooruren te objectiveren om een antwoord te formuleren op de subjectieve indruk dat er een toenemende vraag naar geneeskundige zorgen buiten kantooruren zou zijn. De schrijver tracht dit te doen aan de hand van een meta-analyse. De moeilijkheid in deze studie is dat er in talrijke artikels wordt verzuimd een definitie te geven aan wat al dan niet spoedeisend is waardoor de incidentiecijfers sterk uit elkaar liggen.

Voor wat betreft de oproepers en de reden van de oproep, levert het Britse onderzoek resultaten op die volledig in dezelfde lijn liggen van de Nederlandse resultaten. Hier is  $\frac{1}{4}$  van de oproepen buiten kantooruren voor kinderen onder de 5 jaar en er is een toename van het aantal huisbezoeken met de stijgende leeftijd van de patiënt. Het merendeel van de hulpvragen presenteert zich hier voor 1 uur 's nachts en het betreffen vooral aandoeningen van de bovenste luchtwegen, braken, diarree en koorts.

Incidentie van contacten buiten de normale werkuren in het Verenigd Koninkrijk:

- Het jaarlijks gemiddelde varieert tussen 130 en de 176 contacten per 1000 patiënten
- Het gemiddeld aantal nachtvisites schommelt tussen 35 en 40 per 1000 patiënten per jaar

Niettegenstaande de gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk vanuit de eerste lijn is georganiseerd, blijven gegevens over de wijze waarop de wachtdienst wordt verzekerd maar ook over de kwaliteit van de werking van deze diensten aan de hand van het aantal oproepen, de respons van de arts en een kosten - baten analyse, slechts fragmentarisch beschikbaar. (Hallam L, 1994)

Hoewel het wachtdienst lopen slechts een beperkt deel van de totale werkbelasting van de huisarts vertegenwoordigt, is het verantwoordelijk voor een disproportionele hoeveelheid stress, ongenoegen en angst voor geweld. (Hallam, 1994)

Deze negatieve gevoelens spruiten vermoedelijk voort uit het feit dat huisartsen ervaren dat er ook oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de huisartsenwachtdienst. Dit ongenoegen heeft niet alleen in

het Verenigd Koninkrijk maar ook in Denemarken en Nederland tot reorganisaties van de wachtdiensten geleid.

### **3. De relatie tussen huisartsen en de spoeddienst van het ziekenhuis**

#### **a) De actuele malaise bij huisartsen en specialisten**

##### **(1) ...Op het vlak van oneigenlijk gebruik van de spoeddienst**

Er blijken nogal wat knelpunten te bestaan in de samenwerking tussen de huisartsen en de diensten spoedgevallen van de naburige ziekenhuizen. Een SYLOG-rapport geeft aan dat het thema "spoedgevallen" een steeds terugkerend item is op de vergaderingen kaderend in de SYLOG-projecten<sup>2</sup> (Druwé P, 1999 voordracht). Centraal op de agenda staat het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst door patiënten.

De eerste lijn ervaart deze dienstverlening door het ziekenhuis als concurrentieel en is de mening toegedaan dat de ziekenhuizen dit gebruik stimuleren (Project Turnhout).

In zijn rapport beschrijft Criel (1999) de resultaten van een bevraging bij Antwerpse huisartsen en specialisten, werkend in en rond het Sint Vincentius Ziekenhuis. In onderstaande kader wordt de controverserend duidelijk.

- Ruim 75% van de bevroagde huisartsen vindt het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst door patiënten een matig tot groot probleem.
- De specialisten stellen een toename vast van het spontaan gebruik van de spoeddienst. Zij duiden hierbij de ontoereikende organisatie van de huisartsenwachtdienst als oorzaak, evenals het afschuiven door huisartsen van de dringende geneeskundige hulpverlening naar het ziekenhuis en het gedaald engagement in de verzekering van de continuïteit van zorgen door huisartsen.

(Criel, 1999)

In het buitenland ervaart men gelijkaardige moeilijkheden.

Via een anonieme schriftelijke bevraging in 4 Dublinse spoedgevallendiensten werd gepeild naar de attitude van verpleegkundigen en dokters ten aanzien van de diensten aangeboden door de lokale huisartsen. Hieruit blijkt dat dokters maar vooral verpleegkundigen geen hoge dunk hebben van het huisartsgeneeskundige aanbod. Ze beoordelen de bereikbaarheid van de huisartsen buiten de normale werkuren onvoldoende en bovendien vinden ze dat huisartsen niet gepast verwijzen naar de spoeddienst (Gibney, 1995; Jankowsky, 1999).

##### **(2) ...Op het vlak van wederzijdse communicatie**

De (subjectieve) ervaring van Turnhoutse huisartsen als zouden ze onvoldoende worden bericht door de ziekenhuisartsen over patiënten die zich op de spoeddienst aanboden, was één van de aanleidingen voor het 'Turnhoutse registratie project'.

---

<sup>2</sup> SYLOG staat voor Systeem van Lokale Gezondheidszorg, een samenwerkingsproject tussen huisartsen en specialisten-stafleden van het ziekenhuis, gesteund door het Ministerie van Sociale Zaken.

- Resultaten van de analyse van de ontslagbrieven die bij de huisarts toekwamen na ontslag van de patiënt uit de spoeddienst:
  - Huisartsen worden onvoldoende bericht over een opname in het ziekenhuis via de spoeddienst.
  - Problemen in het domein van de pediatrie, gynecologie, oftalmologie en otorhinolaryngologie worden vaak niet naar de huisarts terugverwezen maar worden op het specialistisch spreekuur terug besteld.
  - Voor patiënten die na verzorging de spoeddienst konden verlaten, was er een toereikende verslaggeving.
- (Turnhout, 1999)

In het SYLOG-rapport (Criel, 1999) rapporteert de auteur de mening van specialisten ten aanzien van de kwaliteit van de verwijfsbrieven die huisartsen opstellen wanneer zij een patiënt naar de spoeddienst doorsturen.

- Specialisten klagen over het gebrek aan concrete probleemstelling en achtergrondinformatie in de verwijfsbrief van de huisarts.
- Huisartsen zijn tijdens wekdagen voor de specialist weinig bereikbaar en tijdens het weekend totaal onbereikbaar voor verdere informatie.

Een heel andere expressie van de moeilijke bereikbaarheid en communicatie tussen huisartsen en specialisten is het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst door de huisarts zelf. Dit bleek uit een overleg binnen de Leuvense en Haachtse huisartsenwachtkringen. Hier bleek dat een opname, die onmogelijk te organiseren is via de geëigende kanalen, geforceerd werd via een passage langs de dienst spoedgevallen.

#### **bijlage 1**

### **b) Mogelijke remedies**

Van Geloven (2000) en Druwé (1999) stellen vast dat wanneer patiënten eerst de huisarts consulteren alvorens naar de spoeddienst te gaan, dit tot een meer verantwoord gebruik van de spoeddienst aanleiding geeft. Men meet hier de mate van verantwoord gebruik aan het opnamepercentage van patiënten die zich op de spoeddienst aanbieden, waarbij men ervan uit gaat dat de kans voor opname in het ziekenhuis groter is wanneer de patiënt lijdt aan een ernstige aandoening die het gebruik van de spoeddienst verantwoordt.

Van patiënten die zich eerst bij de huisarts aanbieden, wordt er een groter percentage opgenomen en een beperkt percentage terug naar de huisarts verwezen: 66% opname en 9% terugverwijzingen bij regulier verwezen patiënten, versus 9% opname en 82% terugverwijzingen bij zelfverwijzers. De cijfers variëren enigszins naargelang de registratie in België of Nederland plaats had maar de conclusie is gelijkaardig.

Uit deze bevinding zou men kunnen besluiten dat de goede werking van een huisartsenwachtdienst kan worden gemeten aan het percentage opnames van patiënten die zich op de dienst spoedgevallen aanbieden. In zijn editoriaal waarschuwt Jankowski (1999) er echter voor de opnameratio niet louter te zien als een afspiegeling van de kwaliteit van de eerstelijnszorg, maar stelt hij dat ziekenhuiskenmerken op het vlak van de zorgorganisatie en sociodemografische factoren eveneens een deel van het opnamecijfer bepalen.

## c) Besluit

Uit deze onderzoeken mag blijken dat de eerstelijns en de ziekenhuissector onvoldoende kennis hebben van elkaars werkwijze, de bestaande knelpunten en ieders visie op de organisatie en realisatie van zorgverlening op de respectieve echelons.

## 4. Waarom consulteren patiënten rechtstreeks de spoeddienst

Talrijke publicaties handelen over de drijfveren van patiënten om al dan niet de huisarts of de spoeddienst te consulteren voor hun probleem.

Niet alleen de behoeften werden gepeild door middel van patiënten-enquêtes en kwalitatief focusgroepenonderzoek maar ook de motieven om rechtstreeks naar de spoeddienst te gaan en de variabelen die de keuze van het zorgniveau bepalen.

### a) Welk is het profiel van de oneigenlijk gebruiker van de diensten spoedgevallen

#### (1) Wat is oneigenlijk gebruik van de spoeddienst?

Als men wil nagaan hoe belangrijk het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten is, moet het begrip eerst worden gedefinieerd. De definitie zal erg verschillen naargelang de persoon of instantie die ze formuleert. (Gill, 1994)

Vanuit een maatschappelijk standpunt is een verantwoord gebruik, dit gebruik dat leidt tot het grootste gezondheidsvoordeel op populatieniveau in functie van de prijs die ervoor wordt betaald, rekening houdend met het aandeel van de patiënt, de verzekering, het ziekenhuis en de overheid.

Men zou dan van oneigenlijk gebruik van diensten, mensen en materiaal kunnen spreken wanneer de kwaliteit van zorg voor de doelgroep daalt en de kostprijs van de verleende zorg veel hoger is dan wanneer dezelfde zorg op een meer aangepast echelon wordt verleend.

De medicus zal stellen dat de spoeddienst patiënten met urgente en levensbedreigende aandoeningen moet opvangen maar de patiënt daarentegen heeft andere redenen dan de medische urgentie om van de spoeddienst gebruik te maken. Uit Murphy's (1998) overzichtsartikel blijkt dat het grote publiek en de artsen duidelijk een andere invulling geven aan het begrip urgentie en dat ze mekaar niet zullen vinden in een gemeenschappelijke omschrijving omdat ze elk een ander referentiekader gebruiken. Een unieke en eenduidige definitie van oneigenlijk gebruik bestaat dus niet. Noodgedwongen hanteert men in de literatuur begrippen die het fenomeen trachten te benaderen. Men heeft het dan over "walk-in"patiënten en zelfverwijzers.

- De **walk-in patiënt** wordt beschreven als deze patiënt die op eigen kracht, gaande en staande (desnoods met hulp van een wandelstok of rolstoel) de afdeling spoedgevallen binnenkomt. Het begrip omvat dus niet die patiënten die per ambulance of op een draagberrie worden binnengebracht en verwijst enkel naar de mobiliteit van de patiënt die als maat wordt genomen voor de ziekte-ernst (Yu, 1996). Met een tussenkomst van de huisarts houdt deze omschrijving geen rekening.
- De **zelfverwijzer** is de patiënt die zich zonder verwijzing door de huisarts op de spoeddienst aandient.

Noch de walk-in patiënten, noch de zelfverwijzers maken per definitie oneigenlijk gebruik van de spoeddienst. Toch zijn het begrippen die éénduidig zijn en toelaten om hun aandeel in de werkbelasting op de spoeddienst te onderzoeken.

## **(2) De incidentie**

Yu en Delooz stellen dat 44% van de patiënten die zich aanbieden op de spoeddienst walk-in patiënten zijn. Van deze groep komt 70% op eigen initiatief. (Yu, 1996)

In Nederland, promotor van een doorgedreven echelonering, focust onderzoek naar oneigenlijk gebruik van de spoeddienst zich erg op de mate waarin de huisarts er in slaagt zijn taak als gatekeeper uit te oefenen en het percentage niet-verwezen patiënten op de spoeddienst tot een minimum te beperken. (Jaarsma, 2000; Krishnadat, 1985). Blijkt evenwel dat ook in Nederland 55% van de patiënten op spoed niet door de huisarts zijn verwezen en dat dit cijfer oploopt tot 75% in de nacht.

## **(3) Wie is de oneigenlijk gebruiker?**

Uit het profiel van de 'oneigenlijk' gebruiker van de spoeddienst blijkt dat de walk-in patiënt en de zelfverwijzer vaak niet veel van elkaar verschillen.

Het gaat hier dan vooral om jongere mannen (15-30 jaar) met musculosceletale problemen en traumata die zich binnen enkele uren na het begin van de klachten aanbieden. (87% van de traumapatiënten komen op eigen initiatief). De verhouding man/vrouw is 60/40 bij zelfverwijzers. (Hopton, 1995; Delooz, 1996; Krishnadat, 1985; Wensing, 2000; Turnhout project, 1999)

Amerikaans onderzoek toont dat mensen die niet bekend zijn met de reguliere eerstelijnszorg meer gebruik maken van ziekenhuisdiensten. Deze mensen vindt men terug onder de werklozen, onverzekerden, lage inkomens en Afro Amerikanen. (Grumbach, 1993)

Murphy (1997) registreerde alle contacten van een stedelijke dienst spoedgevallen in de loop van het jaar 1995 en stelde vast dat het toenemend gebruik van de spoeddienst correleerde met een stijgende leeftijd, het mannelijk geslacht, het wonen in de onmiddellijke omgeving van de dienst en het niet-getrouwd zijn.

Samenvattend:

Het profiel van de oneigenlijk gebruiker:

- Man/vrouw = 60/40.
- Mannen tussen de 15 en 30 jaar oud.
- Musculosceletale problemen en traumata.
- Kent de eerste lijn niet.
- Is werkloos of heeft een laag inkomen.
- Heeft geen partner.
- Woont dicht bij het ziekenhuis.

## **b) Welke zijn de motieven om rechtstreeks naar de spoeddienst te gaan**

Hieronder wordt een opsomming gegeven van alle mogelijke redenen waarom mensen rechtstreeks naar een spoeddienst gaan, zoals bleek uit nationale en internationale ervaringen.

Men kan vaststellen dat ongeacht de organisatie van de gezondheidszorg, patiënten over de hele wereld gelijklopende redenen hebben om zich zonder verwijl naar het ziekenhuis te begeven. (Gill, 1994; de Jongh, 1990; Shipman, 1997; Delooz, 1996; Krishnadat, 1985; Jaarsma, 2000; Wensing, 2000; Renier, 1994; Mortsels, Turnhout, 1999; Murphy, 2000; Sempere-Selva, 2001)

### **(1) Motieven ingegeven door de organisatie van de huisartsgeneeskunde:**

- De eerste lijn is niet beschikbaar.
- De huisarts is niet geschikt voor de zorgverlening.
- De patiënt is niet op de hoogte van het takenpakket van de huisarts.
- De huisarts is niet bereikbaar, veronderstelt men.
- De patiënt heeft geen huisarts.
- De patiënt kent de wachtarts niet en wil er daarom geen beroep op doen.
- De patiënt is recent naar de huisarts geweest en wil een tweede advies.
- De patiënt ontziet de huisarts, wil hem niet lastig vallen.
- De dokter is te ver weg /ziek/afwezig om snel hulp te kunnen bieden.
- De huisarts wordt vergeten omdat die niet "zichtbaar aanwezig", niet bereikbaar of beschikbaar is.
- De huisarts biedt onvoldoende snel hulp.
- De wachtarts kan thuis niet worden opgezocht.
- De huisartsenwachtdienst is onvoldoende bekend bij patiënten.

### **(2) Motieven ingegeven door de organisatie van de spoeddienst**

- Spoed is altijd open.
- Spoed is gemakkelijk bereikbaar en beschikbaar, dit is een zekerheid.
- Het probleem kan verergeren en er is supervisie nodig.
- Spoed kan alle problemen aan.

### **(3) Motieven vanuit de ervaring/beleving van de patiënt**

- Patiënt wil worden gerustgesteld en dit kan het beste op de spoeddienst.
- Patiënt is bezorgd of ongerust.
- Het lijkt het gemakkelijkst vooral bij traumata. Patiënt meent dat bijkomend onderzoek nodig is.
- Men meent dat het nodig is voor de verzekering.
- Het is de publieke opinie dat spoedgevallen dient voor de behandeling van traumata.

- Patiënt schat zijn probleem in als een “echt” spoedgeval.
- Patiënt meent gespecialiseerde hulp nodig te hebben.
- Patiënt verwacht een betere service, een hogere deskundigheid en grotere onderzoeksfaciliteiten
- Patiënt had eerder positieve ervaringen op de spoeddienst.
- Financiële redenen: er moet niet worden betaald op de spoeddienst.

### c) Welke variabelen bepalen het zorgniveau van de patiënt?

Omdat het definiëren van de ‘(on)gepast gebruiker’ van spoeddiensten een moeilijke opdracht is, poogt men in de literatuur de motieven en drijfveren te onderkennen die bepalend zijn in de keuze van het zorgniveau.

Wood beschreef 5 factoren die de keuze van zorgniveau bepalen (Tabel 10). Later incorporeerden Padgett en Brodsky deze visie in een model van interactie tussen drie factoren en drie beslissingsfazen (Tabel 11)

Een belangrijke conclusie van deze onderzoekers is dat de patiënt de keuze van zorgniveau als een logische en gepaste keuze percipieert.

Wanneer mensen een ongemak ondervinden, gaat er steeds een beoordelingsproces vooraf aan het zoeken van hulp: de zieke en de betrokkene(n) wegen af of ze al dan niet hulp zullen inroepen en welk soort hulp dat dan moet zijn.

---

#### Factoren die de zelfverwijzing van patiënten naar spoeddiensten beïnvloeden

---

1. de mate waarin de aandoening als ‘gepast voor de spoeddienst’ wordt ervaren.
  2. het anticiperen van een verwijzing uit de eerste lijn
  3. de bereikbaarheid van de spoeddienst
  4. de beschikbaarheid van de huisarts
  5. het advies van een derde
- 

**Tabel 10: Wood (1986)**

	Beïnvloedende factoren	Beslissingsfazen
1.	<u>Voorbeschikkende factoren</u> : leeftijd, geslacht, ras, opleiding, steun van de partner, sociale steun en psychologische steun	Probleemherkenning
2.	<u>Bevorderende factoren</u> : inkomen, habituele zorgverlening, nabijheid van de zorgverlening, de ervaren bereikbaarheid van diensten	De beslissing om hulp te gaan zoeken
3.	<u>Behoeftefactoren</u> : herkenning van de symptomen, evaluatie van de zorgbehoefte, de mate van het ongemak en de psychiatrische co-morbiditeit	De keuze voor de spoeddienst

---

Tabel 11: Drie-fase model van determinanten van het gebruik van de spoeddienst naar Padgett en Brodsky (1992)

Grumbach (1993) en Murphy (2000) beschrijven volgende invloeden op de al dan niet gepaste keuze voor de spoeddienst:

- Socioculturele invloeden waaronder bedoeld wordt de inkomensstatus, ras en kennis van de eerste lijn.
- Het opleidingsniveau, waarbij een lagere opleiding correleert met meer oneigenlijk gebruik van ziekenhuisdiensten.
- Zich al dan niet gesteund weten door zijn familie of vrienden. Reflectie met betrokkenen leidt tot een juistere keuze van het zorgniveau.
- De mate waarin iemand zijn gezondheid als bedreigd ervaart. Ongerustheid en angst spelen een grote rol in de beslissing om een arts te raadplegen en in de afweging binnen welke zorgstructuur de zorg verkregen moet worden. (de Jongh, 1990)
- De afstand tot de dienst spoedgevallen. Hoe dichterbij het ziekenhuis gelegen is, des te sneller wordt de spoeddienst bezocht.
- Het moment van de dag is bepalend in die mate dat buiten kantooruren er zich meer zelfverwijzers aandienen op spoed.
- De invloed van leeftijd en geslacht werd eerder reeds geduid (jong en mannelijk) in de voorbeschiktheid om een spoeddienst te consulteren.
- Patiënten die aan medical shopping doen, zullen een ongepaster gebruik van de zorgniveaus vertonen.

#### **d) Waarom gaan mensen al dan niet naar een eerstelijns medisch centrum?**

Zijn patiënten te motiveren om naar een medisch huis op de eerste lijn te komen in plaats van een huisbezoek aan te vragen of naar de spoeddienst te gaan?

Patiënten geven aan dat wanneer ze buiten de normale werkuren een arts wensen te zien ze zich liever niet op een spreekuur aanbieden omdat ze te ziek zijn, omdat het medisch huis te ver afgelegen is en omdat ze geen transport hebben (Cragg, 1994).

Shipman et al (2001) onderzochten de ervaring van patiënten die beroep deden op de wachtdienst van een middelgrote huisartscoöperatieve in de Londense binnenstand. In het kader van het onderzoek werden patiënten door de telefoniste gemotiveerd om op spreekuur te komen of om een telefonisch consult te accepteren.

De onderzoeksvragen waren:

- waarom accepteren patiënten een afspraak op het spreekuur? en
- wat vinden patiënten van de verleende zorg?"

Hoewel de globale tevredenheid van patiënten die een consultatie in het medisch huis aanvaardden groter was dan de tevredenheid van patiënten die een telefonisch advies of een huisbezoek kregen, waren er toch talrijke moeilijkheden te overwinnen.

De belangrijkste bevinding was dat door het aandringen om op spreekuur te komen de medische zorg vlotter de hogere dan de lagere sociale klasse bereikte. De verklaring is dat patiënten uit de lagere klasse in mindere mate over een wagen beschikt en ook minder geld ter beschikking heeft om transport te betalen, zoals een taxi. Een bijkomend probleem is dat tijdens de avond- en nachturen het openbaar vervoer minder performant is. Voor de groep van de alleenstaande moeders komt hierbij dat ze oppas moeten vinden voor de kinderen die thuis achter blijven.

De onderzoekers adviseren daarom de locatie van een medisch huis niet zozeer te laten bepalen

door administratieve redenen (nabijheid van een huisartspraktijk of het telesecretariaat) dan wel door de bereikbaarheid met het openbaar vervoer, parkeergelegenheid en de centrale ligging.

Goede redenen voor patiënten om toch naar een eerstelijns spreekuur te gaan, zijn de volgende: patiënten zullen sneller gezien zijn dan op de spoeddienst van het ziekenhuis, de arts neemt meer tijd voor onderzoek en geeft meer uitleg.

<u>Argumenten pro</u>	<u>Argumenten contra</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sneller service</li><li>• Dokter onderzoekt langer</li><li>• Dokter heeft/neemt meer tijd</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Te ziek om te verplaatsen</li><li>• Medisch huis is te ver</li><li>• Geen transport te beschikking</li></ul> <p>Geen oppas ter beschikking voor thuisblijvende kinderen</p>

De aanbeveling is dat een medisch huis centraal gelegen moet zijn, goed bereikbaar moet zijn met het openbaar vervoer en parkeergelegenheid moet bieden.

## **5. Kan een reorganisatie op de eerste lijn het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst terugdringen of zijn er andere remedies?**

Deze vraagstelling is uiterst relevant in het kader van dit project: de spoeddiensten van Gasthuisberg en het Heilig Hart Ziekenhuis ondersteunen de reorganisatie van de huisartsenwachtdienst vanuit de veronderstelling dat de reorganisatie zich op de spoeddiensten zal laten voelen door een daling van het oneigenlijk gebruik.

### **a) Zijn er argumenten in de literatuur?**

Eerder werd reeds gewaarschuwd voor de rechtstreekse correlatie tussen een reorganisatie van de huisartsenwachtdienst en oneigenlijk gebruik van de spoeddienst. (Janowski, 1999)

Hilditch (1980) beschrijft het effect van de inplanting van een eerstelijns medisch huis met een aantal faciliteiten zoals RX, labo, apotheek, kinesitherapie en dieetadvies en de toename van het aantal huisartsen in een Canadese rurale streek, op het aantal zelfverwijzers dat zich op de lokale spoeddienst aanbiedt. Blijkt dat 3 jaar na de reorganisatie het aantal zelfverwijzers daalde van 81,6% naar 64,2% en het percentage patiënten dat eerst naar de huisarts ging alvorens zich op spoed aan te bieden, steeg van 18,4 naar 35,8%.

Murphy (1998) inventariseert het resultaat van al de inspanningen die de Britse overheid leverde om het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten (Accident en Emergency Departments) terug te dringen:

- De reorganisatie van de huisartsenwachtdienst, waarbij in grote steden de 'deputising services' gradueel werden vervangen door huisartsencoöperatieve, resulteerde niet in een daling van het aantal gebruikers van de spoeddienst.
- Het resultaat van de terugverwijzing van oneigenlijk gebruikers naar het gepaste zorgniveau moet nog worden onderzocht.

- Het onderdak nemen van de eerste lijn bij de spoeddienst resulteert in een goedkopere zorgverlening maar niet in een verminderd gebruik van de spoeddienst.

Als besluit stelt de auteur dat als de Britse overheid er niet in slaagt de patiënten op te voeden tot gepast gebruik van de diensten, de diensten zich aan de gebruikers moeten aanpassen.

Het lijkt dat de Britse overheid hieraan tegemoet wil komen door de ontwikkeling van de 'NHS Direct'-telefoonlijn en de eerste lijn 'walk in centers'. Beide diensten worden in de paragraaf 'organisatiemodellen verder toegelicht.

In Denemarken werd de huisartsenwachtdienst op nationaal niveau gereorganiseerd. De overheid verkoos het effect ervan niet te meten aan het gebruik van gespecialiseerde diensten zoals spoedgevallen maar wel aan de hand van het aantal huisbezoeken en de tevredenheid van artsen en patiënten. (Christensen, 1998)

Onderzoek kan de stelling NIET onderbouwen dat een performantere huisartsenwachtdienst het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst kan terugdringen.

## b) Triage

Het woordenboek Vandale omschrijft triage als 'selectie en rangschikking'.

Aan de hand van criteria zouden patiënten moeten worden geselecteerd die beroep mogen doen op de spoeddienst.

Is het evenwel mogelijk om expliciete criteria op te stellen of is een volledige klinische inschatting door een arts vereist om zonder beoordelingsfouten gepast te kunnen verwijzen?

### (1) Welk triage-systeem?

Triage is bekend in het kader van rampenplannen waarbij men patiënten moet identificeren voor wie medische zorg zinvol is om vervolgens zo vlug mogelijk deze zorg toe te dienen.

Deze systemen zijn natuurlijk niet van toepassing in de reguliere zorgverlening. Niettemin werden er methoden ontwikkeld voor gebruik op de spoeddienst met als doel de patiënten met de hoogste nood aan dringende zorg te selecteren. Twee voorbeelden hiervan zijn "the UK National Triage System (Figuur 4) en "the Australian National Triage Scale" (Tabel 12).

UK national triage scale	
1 Immediate resuscitation	Patients in need of immediate treatment for preservation of life
2 Very urgent	Seriously ill or injured patients whose lives are not in immediate danger
3 Urgent	Patients with serious problems, but apparently stable condition
4 Standard	Standard cases without immediate danger or distress
5 Non-urgent	Patients whose conditions are not true accidents or emergencies

Figuur 4: UK National triage scale

Australian National Triage Scale	Numeric code	Treatment acuity
Resuscitation	1	Immediate
Emergency	2	Minutes (within 10 minutes)
Urgent	3	Half Hour
Semi-urgent	4	One hour
Non-urgent	5	Two hours

**Tabel 12: Bron: Australian College for Emergency Medicine**

Niettegenstaande deze triagemethoden ontwikkeld werden om de behoefte aan dringende hulpverlening in te schatten, worden ze ook gebruikt om patiënten naar het juiste zorgniveau te verwijzen. (Van Gerven, 2001; Robertson-Steel, 1998)

Verschillende knelpunten werden genoteerd.

- De interrater betrouwbaarheid blijkt nog onvoldoende te zijn waaruit men kan besluiten dat een goede opleiding en het gebruik van richtlijnen nodig zijn (Van Gerven, 2001).
- Men kan niet zonder meer diagnoses aan bepaalde urgentiecategorieën toewijzen (Jelinek, 2001).
- Een groot aantal aandoeningen kunnen even verantwoord door de spoeddienst als door de huisarts worden opgevangen. Met andere woorden, het zou onterecht zijn te beweren dat alleen categorie 5 voor de huisarts bestemd is (Heyworth, 1998).
- Deze systemen zijn niet ontwikkeld voor verwijzing naar een bepaald zorgniveau en kunnen daarom niet zonder aanpassing voor dit doel worden gebruikt (Jelinek, 2001).

Er moeten dus alternatieven worden ontwikkeld voor de triage van patiënten met als doel ze naar het gepaste zorgniveau te verwijzen.

Dale et al (1995) trachtte een triage te ontwikkelen voor verpleegkundigen op de spoeddienst om patiënten die eerstelijns zorg behoeven, te onderscheiden van patiënten die effectief op de spoeddienst moeten worden geholpen (Figuur 5).

<p><b><u>Patiënten voor de eerste lijn</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfverwijzers met klachten die vermoedelijk worden veroorzaakt door aandoeningen die geen reanimatie of andere dringende behandeling vereisen en waarvoor een ziekenhuisopname weinig waarschijnlijk is</li> <li>• Zelfverwijzers met niet-urgente complicaties van chronische aandoeningen</li> </ul> <p><b><u>Alle patiënten die verwezen zijn</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle patiënten die verwezen zijn door de huisarts door middel van een brief of telefonisch contact</li> <li>• Ieder die dringende zorg behoeft of waar een ziekenhuisopname erg waarschijnlijk is</li> <li>• Traumata waarvoor dringende klinische evaluatie nodig is (bv fracturen en ontwrichtingen, hoofdwonden met bewustzijnsverlies)</li> </ul>
--

**Figuur 5: Triage criteria voor selectie naar de eerste lijn of de spoeddienst (Dale et al, 1995)**

Om de effectiviteit van de triage te evalueren, werd de classificatie getoetst aan uitkomstvariabelen zoals de diagnose, labo- en radiografisch onderzoek, de ingestelde behandeling en de doorverwijzing. De conclusie is dat beide groepen moeilijk perfect van elkaar te onderscheiden zijn en dat de

gebruikte uitkomstvariabelen niet geschikt zijn om de waarde van het systeem te evalueren. Vermoedelijk spelen contextuele factoren van de patiënt (antecedenten, leefomstandigheden,...) een complicerende rol in het ontwikkelen van een clear-cut triagesysteem (Bindman, 1995). Deze argumenten in acht genomen zou de huisarts de best geplaatste persoon zijn om de triagecategorieën te toetsen aan de leefomstandigheden, de voorgeschiedenis en de beleving van de patiënt.

Dit vereist een minimale gegevensoverdracht van de huisarts naar de arts van wacht bij de organisatie van de huisartsenwachtdienst.

- Triage-systemen, tot op heden gebruikt op de spoeddienst zijn niet ongewijzigd te implementeren op de eerste lijn.
- Er zullen steeds patiënten zijn die zowel door de huisarts als op de spoeddienst op verantwoorde wijze kunnen worden geholpen.
- De huisarts is goed geplaatst om socio-emotionele informatie en de antecedenten van de patiënt mee op te nemen bij de keuze van het gepaste zorgniveau.
- Triage tijdens een huisartsenwacht gebeurt best aan de hand van een klinische inschatting gekaderd in de socio-emotionele situatie van de patiënt en zijn antecedenten.

## **(2) Wie moet triëren en waar moet dit gebeuren?**

Triage kan zowel op directe als indirecte wijze plaatsvinden. Waar een indirecte triage telefonisch gebeurt verwijst directe triage naar een persoonlijk contact waarbij niet alleen de anamnese maar ook klinische gegevens kunnen helpen bij de beoordeling van de zorgbehoefte en de verwijzing naar het gepaste echelon.

In het Deense huisartsenwachtsysteem wordt in eerste instantie een telefonische triage doorgevoerd door een arts (Olesen, 1994).

De Britse overheid heeft talrijke projecten uitgetest en enkele modellen weerhouden en verder uitgebouwd

- Men heeft vastgesteld dat verpleegkundigen kunnen worden opgeleid tot een veilige triage aan de poort van de spoeddienst om daarna patiënten terug te verwijzen naar de eerste lijn ofwel voor zorg op de spoeddienst toe te laten (Robertson-Steel, 1998).
- Huisartsen onderzochten patiënten eerst op de spoeddienst voor dat ze verder werden verwezen voor specialistische hulp. Men stelde vast dat er minder technische onderzoeken werden aangevraagd en dat dit tegelijk een goede triage inhield (Murphy, 1998; McLauchlan, 1998).
- Er werden "walk-in centres" opgericht. Dit zijn consultatiebureaus bemand door verpleegkundigen die de patiënt kunnen adviseren en beperkte voorschrijfmogelijkheden hebben. De verpleegkundige triëert en verwijst indien nodig door naar het gepaste zorgniveau. Door de lange en late openingsuren zou dit een deel van de oneigenlijk gebruikers van de spoeddienst kunnen opvangen. Het effect ervan moet echter nog worden beoordeeld. Verpleegkundigen worden opgeleid en maken gebruik van software programma's voor de beoordeling van de zorgbehoefte. (Ham, 1999; Nicholl, 2000; O'Connell, 1999; Wilkie, 2000). In Canada bestaan gelijkaardige centra die echter door artsen zijn bemand (Jones, 2000).

- De “NHS-Direct-lijn werd opgericht. Dit is een telefoonlijn bemand door opgeleide verpleegkundigen die aan de hand van een software-gestuurd programma een triage doorvoeren en vervolgens de patiënt adviseren of gepast doorverwijzen (Nicholl, 2000; O’Connel, 1999; Ham, 1999; Pencheon, 1998; Munro, 2000; McKee, 1998; Jones, 2000).

- Triage kan gebeuren door zowel huisartsen als verpleegkundigen.
- Verpleegkundigen en artsen dienen hiervoor te worden opgeleid en eventueel gestuurd aan de hand van richtlijnen of software programma’s.

## 6. Wat vinden patiënten belangrijk en wanneer zijn ze tevreden?

In Nederland en het Verenigd Koninkrijk werd onderzoek gevoerd naar wat patiënten belangrijk vinden in de zorgverlening door de huisarts. De bevindingen in beide landen liggen in dezelfde lijn. De informatie werd verkregen uit focusgroepenonderzoek.

De analyse van de themagesprekken met patiëntengroepen leverde een lijst op van items die belangrijk werden geacht wanneer mensen beroep doen op hun huisarts of met andere woorden, een lijst van verwachtingen ten aanzien van de huisarts en de organisatie van de huisartspraktijk. Daaropvolgend werden die items getoetst aan een grotere patiëntenpopulatie om een rangorde van belangrijkheid te kunnen opstellen.

Ten aanzien van de huisarts leven volgende verwachtingen:

- De huisarts moet kunnen luisteren (Wensing, 2000).
- De huisarts moet voldoende uitleg geven en daar de nodige tijd voor nemen (Wensing, 2000).
- Men verwacht een competente huisarts. Hiermee bedoelt de patiënt dat de arts adequaat problemen moet kunnen aanpakken en oplossen (Freeman, 1997; Jung, 1996; Haigh-Smith, 1989).
- Men wil bij voorkeur steeds dezelfde arts zien en bekend zijn bij de praktijkmedewerkers. Dit gegeven is belangrijker voor oudere patiënten (Haigh-Smith, 1989).

Van der Voort (1995) ging na wat patiënten verstonden onder ‘zinnig medisch handelen’ door de huisarts.

Patiënten verstaan onder zinnig medisch handelen:

- Terughoudend voorschrijfgedrag.
- Terughoudend verwijsgedrag.
- Betrokken worden in het beleid.
- Het snel aanvragen van bijkomende medische onderzoeken.
- Vooral jongeren hebben meer vertrouwen in de tweede lijn.

In het kader van spoedeisende problemen, geven zowel patiënten als huisartsen aan dat ze veel belang hechten aan een snelle hulpverlening. De discrepantie tussen beiden bestaat hierin dat ze

duidelijk verschillende opvattingen hebben over wat juist spoedeisend is en dat die onenigheid de bron is van ontevredenheid bij de patiënt en frustratie en gevoel misbruikt te worden bij de huisarts. (Wensing, 2000; Hallam, 1997)

Als de huisartsenwachtdienst ter discussie staat, blijkt dat de tevredenheid van patiënten niet zo zeer wordt bepaald door de organisatie zelf – globaal blijken patiënten even tevreden bij de commerciële deputising services dan bij de huisartscoöperatieven – dan wel door de manier waarop de wachtdoende arts zijn werk doet. Het gaat hier weerom over voldoende uitleg geven, een gepast advies krijgen, een korte wachttijd bij huisbezoeken, de deskundigheid van de arts, het gevoel serieus te worden genomen (Salisbury, 1997; Van Wieringen, 2000).

Patiënten waren minder tevreden als ze enkel een telefonisch advies kregen wanneer ze een huisbezoek hadden verwacht. De tevredenheid op het spreekuur was even groot als bij een huisbezoek met deze kanttekening dat patiënten moeilijk te motiveren waren om naar het spreekuur te komen (Salisbury, 1997).

Er dient een waarschuwing te worden geplaatst bij het meten van tevredenheid van patiënten.

Onderzoekers trachten tevredenheid te vatten in vragenlijsten die een opsomming zijn van deelaspecten van, in dit geval, huisartsgeneeskundig handelen waarover patiënten hun mate van tevredenheid kunnen uitdrukken. Betrouwbaarheidsonderzoek geeft aan dat de gevoeligheid aan verandering van soortgelijke instrumenten eerder beperkt tot nihil is (McKinley, 1997).

Uit een literatuuroverzicht (Wensing, 1994) blijkt dat er slechts een beperkte ervaring is in het gebruik van patiënttevredenheid als één van de criteria ter evaluatie van de kwaliteit van zorg en dat er belangrijke methodologische aspecten uit het oog worden verloren.

Het brede begrip tevredenheid zou beter worden uitgesplitst in oordelen, verwachtingen, prioriteiten en feitelijke ervaringen ten aanzien van zeer concrete aspecten van de zorgverlening, die ter onderzoek worden voorgelegd (Van Duyn, 1995; Wensing, 1995).

- Tevredenheid van patiënten is geen goede uitkomstmaat voor een reorganisatie van de huisartsenwachtdienst.
- Een snelle service, een dokter die goed luistert, onderzoekt en uitleg geeft, vinden patiënten belangrijk tijdens de wacht. Hiervoor willen patiënten zich wel verplaatsen.

## 7. Organisatiemodellen van wachtdiensten

### a) Algemeen

Globaal kan worden gesteld dat er drie grote modellen van wachtorganisatie bestaan (Renier, 1999), met name

•het centraal model: Er is een centrale organisatie, onder vorm van één centraal telefoonnummer, één lokatie met een telesecretariaat of een volwaardig secretariaat met een professioneel dispatcher van oproepen. Participanten zijn de huisartsen van de regio die de diensten verdelen volgens een vooraf afgesproken systeem.

•het rotamodel: De huisartsen verdelen onderling de wachtbeurten en verwijzen naar elkaar door middel van een bericht op hun antwoordapparaat of via een doorkiezer.

•het deputising model: Een (commercieel) model dat ten dienste staat van huisartsen, die hun permanentie uitbesteden aan artsen van die organisatie (geen huisartsen van de streek). Hier is ook een centraal nummer met een secretariaat.

De volgende modellen die worden voorgesteld, zijn in voegen in het buitenland en kunnen elk als voorbeeld van één van bovenstaande systemen worden begrepen.

### b) De standaard

Het Nederlands Huisartsengenootschap ontwikkelde richtlijnen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts die in onderstaande tabel worden samengevat.

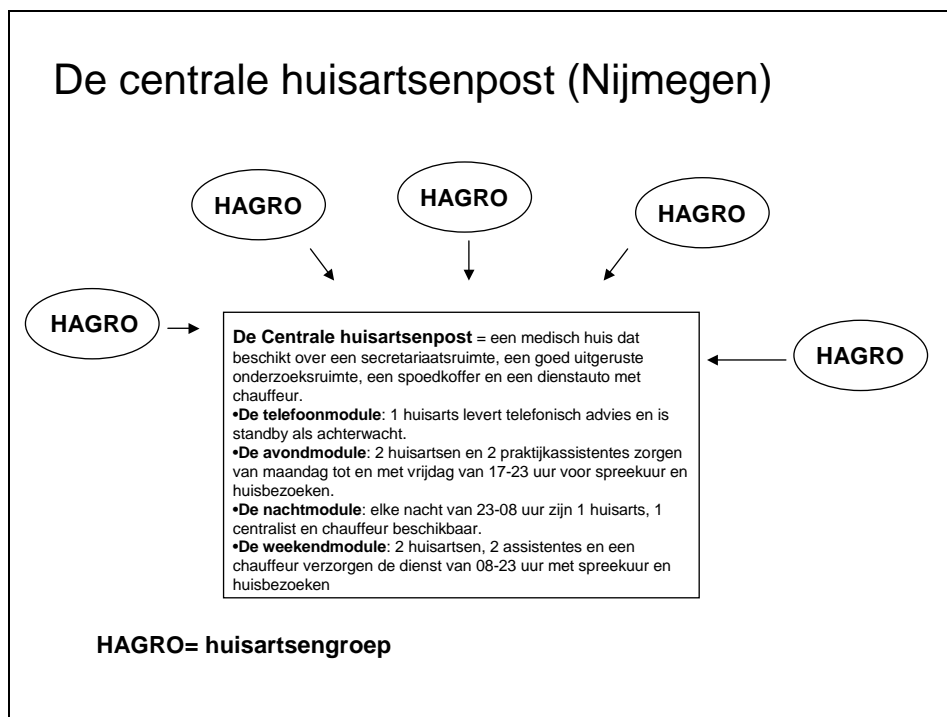
<u>Tijdens praktijken, overdag</u>	<u>Tijdens de avond, de nacht en in het weekend</u>
<u>Richtlijnen:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>•De huisarts moet minstens 8 uur telefonisch bereikbaar zijn.</li><li>•De huisarts en de praktijkassistent moeten spoedeisende van niet-spoedeisende oproepen kunnen onderscheiden.</li><li>•De huisarts moet bereikbaar zijn voor een spoedgeval, buiten de gewone telefoonlijn om.</li><li>•De huisarts moet binnen de 15 minuten ter plaatse zijn.</li><li>•Als de huisarts niet beschikbaar is, dan moet er adequaat worden doorverwezen naar een vervanger of een achterdienst.</li></ul>	<u>Richtlijnen</u> <ul style="list-style-type: none"><li>•De huisarts zorgt voor een adequate waarneming.</li><li>•Er worden maximum 20 000 inwoners per wachtarts gerekend.</li><li>•De huisarts zorgt voor een adequate achterdienst.</li><li>•Voor bepaalde patiënten moet er een adequate overdracht zijn van medische informatie.</li><li>•Na een wachtdienst is een intercollegiaal mondeling of schriftelijk verslag vereist, de dag volgend in de voormiddag.</li><li>•Er moet een adequate info-overdracht zijn tussen elkaar opvolgende wachtartsen.</li></ul>
<u>Wenselijkheden</u> <ul style="list-style-type: none"><li>•De huisarts gebruikt bij voorkeur doorschakelapparatuur bij doorverwijzing.</li><li>•De huisarts treft een regeling om ook zelf telefonisch bereikbaar te zijn.</li><li>•De huisarts dient te beschikken over een ruimte voor eerste hulp en bemanning in afwezigheid van de huisarts. Indien dit niet beschikbaar is, moeten patiënten dit weten.</li></ul>	<u>Wenselijkheden</u> <ul style="list-style-type: none"><li>•De patiënt botst maximaal op één antwoordapparaat.</li><li>•De patiënt moet met de wachtarts kunnen spreken.</li><li>•Er moet een zorgvuldige overdracht plaats hebben in bijzondere zorgsituaties.</li><li>•Patiëntgegevens moeten toegankelijk zijn voor wachtartsen.</li></ul>

**Tabel 13: Naar NHG standaard, Huisarts en Wetenschap 1989;32:219-222**

### c) Het Nederlands model

In Nijmegen en Almere hebben huisartsen zich verenigd rond de oprichting van een centraal gelegen huisartsenpost (CHP) die instaat voor de waarneming van diensten buiten de werkuren. (Giesen, 1999; Dijkers, 1999; Ebbens, 2000)

Het zijn de huisartsen en het administratief personeel van de deelnemende huisartsengroepen die bijdragen tot de realisatie van de CHP. De CHP neemt dus de wacht waar door middel van verschillende modules. Het begrip module verwijst naar een aanbod van een bepaalde service, namelijk een telefoonmodule, een avondmodule, nacht- en weekendmodule. Voor elke module wordt het werkkader precies omschreven zoals de bezetting (aantal artsen, administratieve of andere ondersteuning), de werkuren, de taakverdeling en samenwerking met de ambulancedienst. Figuur 6 stelt de structuur van de CHP voor met zijn organisatorische kenmerken.



**Figuur 6: Centrale huisartsenpost Nijmegen**

---

#### Instapvoorwaarden en werkomstandigheden

---

- In Nijmegen nemen 70 huisartsen deel voor een populatie van 130000 inwoners. De telefoonmodule wordt gebruikt door nog 20000 inwoners die buiten de stad wonen.
  - De huisartsenpost wordt samengesteld uit de deelnemende huisartsengroepen en stelt dus huisartsen en praktijkassistenten ter beschikking.
  - Solo-artsen kunnen enkel gebruik maken van de telefoonmodule (anno 1999).
  - De maximale dienstduur is 8 uur waarna een verplichte rustperiode volgt. De huisartsengroep verzorgt verder de permanentie.
  - Er wordt maximaal volgens protocollen gewerkt.
  - Er is een coördinatie met de centrale post ambulancehulpverlening door middel van een telefonische verbinding met de meldkamer.
- 

**Tabel 14: Organisatiemodel wachtdienst Nijmegen**

---

## Knelpunten

- De overdracht van dienstgegevens loopt nog moeilijk.
- Er is nog een stroeve samenwerking met de ambulancedienst.
- Er bestaat wrevel rond het terugvinden van materiaal in de behandelkamer en het bijhouden van de spoedkoffer.

## Pluspunten

- De huisartsen vinden het plezieriger werken en ervaren een verlichting van de werkbelasting.
  - Dankzij de chauffeur zijn er minder moeilijkheden bij het vinden van een adres, bij parkeerproblemen en in onveilige situaties.
- 

### Tabel 15: Ervaringen met het Nederlands model

Op basis van de verzamelde informatie kan het volgende worden gesteld over de werkbelasting voor de deelnemende huisartsen:

- Een gewone avond- en nachtdienst wordt door 3 huisartsen (2 actief en 1 achterwacht) verzekerd.

Voor een populatie van 120000 inwoners betekent dit een verhouding van **1 arts voor 40000 inwoners**.

Met 70 huisartsen in de pool zal een arts **één avonddienst per maand** (23 wekdagen) verzekeren. Rekening houdend met een maximale dienstduur van 8 uur, een weekenddienst van zaterdag 08 uur tot maandag 08 uur, moeten er 10 artsen per weekend van dienst zijn. Dit levert een werkbelasting op van **één weekend op 7** met andere woorden één weekend om de twee maanden of **6 weekends per jaar**.

De leerpunten van dit model zijn:

- De wachtdienst kan vanuit een medisch huis worden georganiseerd.
- Lokalen en materiaal kunnen ter beschikking van wachtdoende artsen worden gesteld.

## d) Het Deens model

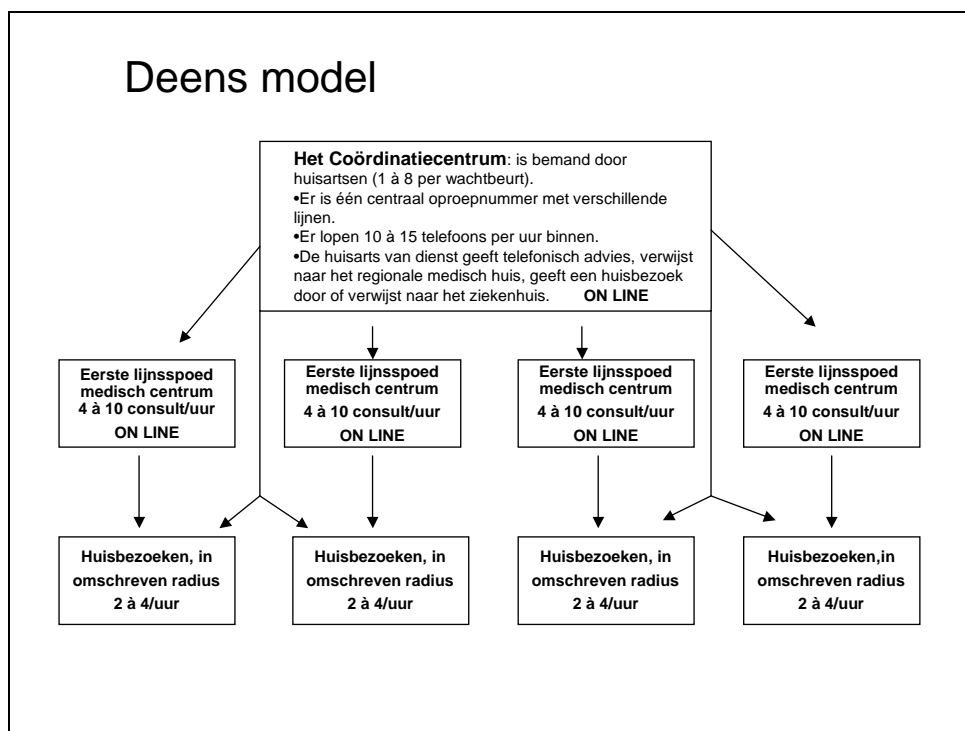
In Denemarken is er een zeer transparante organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg dankzij de uniforme structuur op nationaal niveau.

Eén centraal oproepnummer geeft toegang tot een coördinatiecentrum verantwoordelijk voor 600000 inwoners. In het coördinatiecentrum wordt door ervaren artsen een triage doorgevoerd waarbij, in functie van de problematiek en urgentiegraad, naar het gepaste zorgniveau wordt doorverwezen.

Dit kan zijn het spreekuur van een eerstelijns medisch centrum of een huisbezoek uitgevoerd door een huisarts op de baan, een telefonisch advies of een doorverwijzing naar het ziekenhuis.

Via een elektronisch netwerk is het eerstelijns coördinatiecentrum verbonden met de medische huisartsencentra, de ziekenhuizen en actueel ook met de individuele huisartsen op de baan. (Olesen, 1994; Christensen, 1998)

In figuur 7 wordt het Deens model voorgesteld.



Figuur 7: Deens model

---

### Werkomstandigheden

---

- Eén coördinatiecentrum bedient 600000 inwoners met 380 huisartsen.
  - Alle centra samen bedienen de totale Deense bevolking.
  - De regio die door een coördinatiecentrum wordt verzorgd, is nog onderverdeeld in subregio's waar telkens een medisch huis operationeel is.
  - In dit medisch huis wordt er spreekuur georganiseerd en het is de uitvalsbasis voor de arts gelast met de huisbezoeken.
  - Het coördinatiecentrum staat on-line met de medische huizen, de ziekenhuizen en de apotheken. Via deze weg worden medische informatie en voorschriften uitgewisseld evenals afspraken vastgelegd.
-

- 
- Alle centra gebruiken hetzelfde software programma voor dossierbeheer.
  - De wachtdienst functioneert dagelijks van 16 uur tot 8 uur 's morgens, in het weekend en tijdens feestdagen.
  - Eén arts is 8 uur van dienst en wordt dan vervangen.
  - De patiënt betaalt niets en de arts wordt vergoed volgens het 'fee for service' principe. Het telefonisch consult wordt gehonoreerd en de arts wordt beloond als hij het aantal huisbezoeken kan beperken.
  - De overheid financiert de werking van de coördinatiecentra.
- 

### **Tabel 16: Werkomstandigheden in het Deens model**

De werkbelasting voor de deelnemende huisartsen gebaseerd op de beschikbare gegevens:

- Een gewone avonddienst wordt door 25 huisartsen verzekerd, de nachtdienst door 10 à 11 artsen.  
Voor een populatie van 600000 inwoners betekent dit een verhouding van **1 arts voor 24000 inwoners** in de avonden en **1 arts per 55000 à 60000 (?) inwoners** tijdens de nacht.  
Met 380 huisartsen in de pool zal een arts één avonddienst per 15 dagen en één nacht op de 35 verzekeren.
- Over de artsenbezetting overdag of tijdens het weekend wordt in het artikel geen gewag gemaakt.

De leerpunten van dit model zijn:

- Eén professioneel uitgeruste en bemande centrale kan functioneren ten dienste van een groot gebied met een groot aantal inwoners.
- De effectieve zorgverlening onder vorm van een medisch huis en de huisbezoeken kan tegelijk kleinschalig worden gehouden.

### e) Een Fins model

Omdat een verwijzing naar het ziekenhuis de duurste interventie is die een Fins huisarts kan doen, werd een vergelijkend onderzoek opgezet om de verwijfsgraad in drie verschillende huisartsen-wachtmodellen te onderzoeken. Het interessante aan dit artikel is dat het de drie modellen in kaart brengt (Toivanen, 1997).

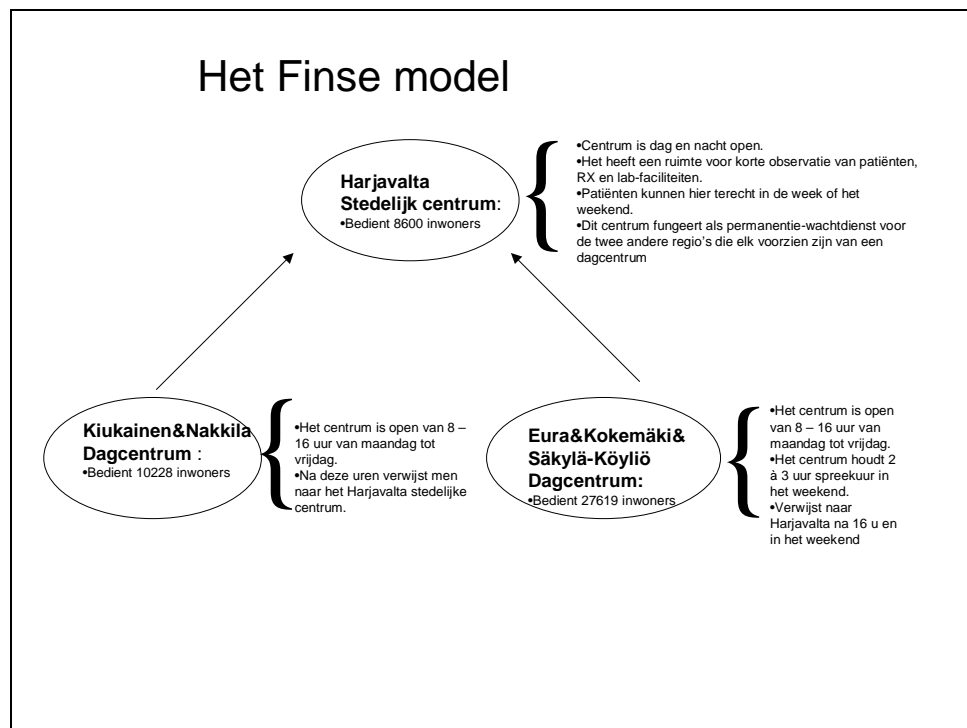
In Finland organiseert de huisartsgeneeskunde zich vanuit medische huizen. Deze huizen staan open voor het publiek van 8 uur 's morgens tot 16 uur. Buiten deze werkuren wordt naar de huisartsenwachtdienst verwezen.

- Sommige centra verwijzen naar een medisch huis in een naburig gebied voor de avond-, nacht- en weekenddienst.
- Andere huizen bieden tijdens het weekend 2 à 3 uren spreekuur aan en verwijzen daarna naar een naburig medisch huis.
- Een derde formule is dat er in het regionale medisch huis buiten de normale werkuren ook een lokale permanentie wordt verzorgd voor de lokale inwoners en inwoners van naburige regio's. Deze permanentie wordt verzekerd door de artsen van de deelnemende centra. Schematisch wordt dit in onderstaande figuur voorgesteld (Figuur 8).

De conclusie van het rapport was dat als patiënten naar hun eigen gekende medisch huis kunnen tijdens de wachtdienst, ze deze dienst méér gebruiken dan wanneer ze naar een, voor hun onbekend medisch huis van een andere regio moeten.

De jongste patiënten (0-14 jaar) maken het meest gebruik van het medisch huis, de 65+-ers, het minste.

De huisartsen verwijzen tijdens een wachtdienst bijna dubbel (7,6%) zo veel naar een ziekenhuis dan tijdens de gewone diensturen (4,7%). Binnen deze groep zijn de 65+ het sterkst vertegenwoordigd.



Figuur 8: Fins organisatiemodel.

---

## Werkomstandigheden

---

- De wachtdienst bedient een populatie van 46438 inwoners met 27 artsen
- De huisartsen van de drie medische centra nemen deel volgens beurtrol.
- De artsen houden enkel spreekuur, ze gaan niet op huisbezoek, ook niet in levensbedreigende situaties. De arts van wacht zit dus in het Stedelijke Harjavalta medisch huis.
- De wachtdienst gaat in vanaf 16 uur tot 08 uur en op zaterdag en zondag.
- De dagcentra zijn open van 08 uur tot 16 uur gedurende de weekdays.

---

### Tabel 17: Werkomstandigheden in het Fins model

Uit het artikel kan enkel een globaal idee over de werkbelasting worden bekomen:

- 27 Huisartsen verzorgden gedurende 55 dagen de wacht. Dit betekent dat er gemiddeld 2 huisartsen per avond/dag van dienst zijn.
- Voor een populatie van 46438 inwoners betekent het dat er **1 wachtarts** voorzien is **voor ruim 23000 inwoners**.

De leerpunten uit dit model zijn:

- Oudere patiënten komen niet gemakkelijk naar een medisch huis tijdens een wachtdienst. Voor hen blijft de mogelijkheid van huisbezoeken erg belangrijk.
- Hoe beter patiënten bekend zijn met de werking van de wachtdienst en/of een medisch huis, des te gemakkelijker maken ze er gebruik van tijdens de wachtdienst. Tegelijk gaan ze ook minder spontaan naar het ziekenhuis.

## f) Een telefooncentralemodel: “Multisite Regional Telephone Care”

In de Verenigde Staten werd een telefonisch zorgprogramma voor veteranen opgezet met als doelstelling de kwaliteit, de efficiëntie en de bereikbaarheid van de aangeboden zorg voor de doelgroep te verhogen en daardoor het oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten in te perken (Schwartz, 2000).

Vanuit een telefooncentrale wordt een planmatig werken gestimuleerd door een triage van de hulpvraag naar ernst, dringendheid en zorgbehoefte waarna vervolgens een gepast antwoord wordt geformuleerd onder vorm van een telefonisch advies, een afspraak bij de huisarts of in het ziekenhuis, een opname of contactname met een hulpverlener van het thuiszorgsysteem.

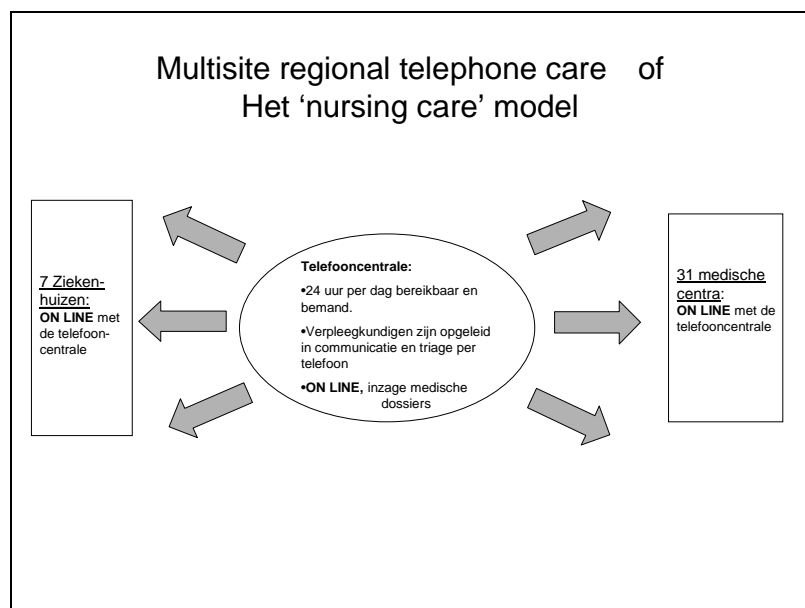
De telefooncentrale wordt bemand door getrainde verpleegkundigen die persoonlijk de telefoon beantwoorden en daar expliciet toe opgeleid zijn. Zij analyseren de hulpvraag en voeren een triage door aan de hand van een vast protocol en een symptoomclassificatiesysteem.

Een correcte inschatting van de hulpvraag wordt ondersteund door een goede informatie-uitwisseling tussen de telefooncentrale, de deelnemende ziekenhuizen en eerstelijns medische centra. Er bestaat een on-line verbinding die de verpleegkundige toelaat om over essentiële informatie te beschikken zoals de samenvatting van de medische antecedenten, demografische gegevens, labo, beeldvorming, afgeleverde voorschriften, opvolgnota's en wie de huisarts van de patiënt is.

Naast het beantwoorden van binnenlopende telefonische hulpvragen, doen de verpleegkundigen actief aan follow-up van patiënten. Zo zullen ze contact opnemen met patiënten die op de vooravond van een weekend of een feestdag ontslagen zijn uit het ziekenhuis. Anderzijds spelen ze ook een belangrijke rol in de organisatie van de thuiszorg. Hiertoe contacteren ze patiënten om resultaten van technisch onderzoek of labresultaten door te geven (bvb. stollingstesten) en organiseren ze ook meteen de follow-up hiervan. In dit geval wordt nota genomen in het patiëntendossier en wordt de huisarts via elektronische weg op de hoogte gehouden.

Een bijkomende taak is deze van go-between tussen de patiënt en de huisarts wanneer de huisarts niet bereikbaar is.

Deze telefooncentrale is bereikbaar via een gratis '800'-nummer. Het doelpubliek wordt van deze dienst geïnformeerd via de medische centra, de huisartsen, de ziekenhuizen aan de hand van kaartjes, folders en video's in de wachtzalen en mailings.



Figuur 9: Het nursing-care-model voor oorlogsveteranen

De werking van deze dienst werd geëvalueerd waarbij men vaststelde dat er drie soorten oproepen zijn: klinische vragen, administratieve vragen en algemene vragen.

Op de klinische vragen werd gereageerd:

- in 81 % van de vragen met het geven van informatie,
- in 6,2 % van de gevallen werd naar een ziekenhuis (raadpleging of opnamedienst) verwezen,
- in 7,5 % van de gevallen werd naar de spoeddienst verwezen en
- in 4,5 % van de vragen werd naar de eerste lijn, de behandelend arts verwezen.

Dit telefonisch zorgprogramma past binnen een sociaal zekerheidssysteem voor oorlogsveteranen en kan als dusdanig niet binnen onze gezondheidszorg worden geïmplementeerd. Toch levert deze organisatie interessante leerpunten voor onze wachtdiensten op.

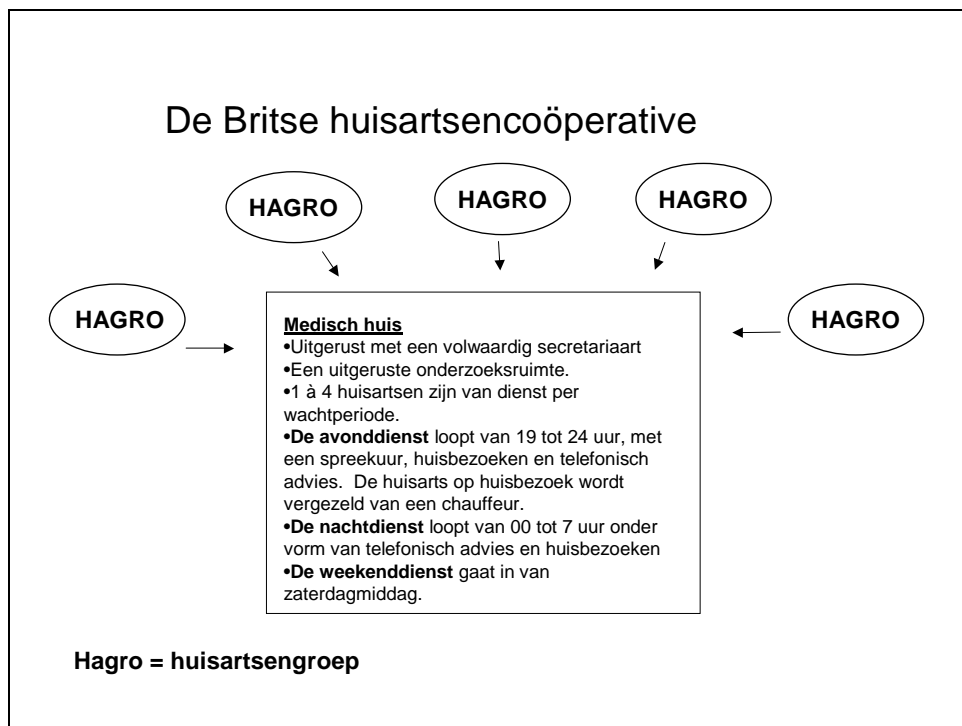
Leerpunten uit dit model zijn:

- Het belang van een volledige en efficiënte informatie-uitwisseling wordt eens te meer benadrukt als hoeksteen van een kwalitatieve zorgverlening buiten (als binnen) kantooruren.
- Een centraal secretariaat kan een actieve rol opnemen en ankerpunt zijn in complexe thuiszorgsituaties en bij ontslag uit het ziekenhuis net voor het weekend of feestdag.
- Een centraal secretariaat kan een draaischijf zijn in de uitwisseling van resultaten tussen het ziekenhuis en de dienstdoende huisarts in geval van verwijzing voor technisch onderzoek of opname en eventueel een rol opnemen in het doorsluizen van bepaalde informatie naar de patiënt.
- Een symptoomclassificatiesysteem zou zinvol kunnen zijn in een gepaste triage van patiënten naar het gepaste zorgniveau.
- Men heeft ervaren dat menugestuurde telefooncentrales moeilijk te gebruiken zijn voor oudere personen.
- Het leeuwendeel van de hulpvragen kunnen worden beantwoord met het geven van informatie.

## g) Modellen in het Verenigd Koninkrijk

In de loop van de negentiger jaren groeide de onvrede bij de Britse huisartsen ten aanzien van het verzekeren van een 24-uur permanentie. Talrijke huisartsen, vooral in grote steden, besteedden deze taak uit aan 'deputising services'. Het zijn commerciële organisaties die instaan voor de avond en nachtpermanentie en die bemand zijn door artsen die geen huisarts zijn en geen eigen praktijk hebben. De onvrede was eveneens de motor voor huisartsen om zich te gaan organiseren in 'coöperatieven' hetgeen wordt gedefinieerd als "verenigingen zonder winstoogmerk, volledig beheerd en bemand door huisartsen van de streek waarin de coöperatieve opereert". Coöperatieven verzamelen dus een groot aantal huisartsengroepspraktijken binnen een omschreven geografische regio. Deze coöperatieven kunnen met de overheid onderhandelen over subsidies in ruil voor kwaliteitsmonitoring en databeheer (Hallam, 1994; Lattimer, 1996; Jessopp, 1997). De huisartsen bedongen aldus de mogelijkheid om zich aan de opdracht van 24-uurs permanentie te onttrekken op voorwaarde dat ze tot een overeenkomst kwamen met een erkende wachtorganisatie (Hurwitz, 1995). Huisartsen van een coöperatieve organiseren hun permanentie door middel van een beurtrol en beantwoorden oproepen buiten de normale werkuren door middel van een telefonisch advies, een consult in een 'primair care emergency centre', te verstaan als medisch huis waar aan eerste hulpverlening wordt gedaan, en het huisbezoek.

De structuur van deze coöperatieven is zeer vergelijkbaar met het Nederlandse model en wordt in onderstaande figuur voorgesteld.



**Figuur 10: Schematisch overzicht van een Britse huisartsencoöperatieve**

Niettegenstaande de gestage toename van deze huisartsenstructuren en de optimalisatie van de opvang van patiënten buiten kantooruren, ondervindt de Britse National Health Service (NHS) nog steeds een aanzienlijk oneigenlijk gebruik van spoeddiensten in het ziekenhuis en de daaruit voortvloeiende financiële last.

Om tot een correct gebruik van het aanbod in de gezondheidszorg te komen ontwikkelde de NHS nieuwe diensten als 'NHS-direct' en 'Walk-in centres'. In beide diensten wordt de patiënt respectievelijk aan de telefoon of in een commercieel medisch centrum opgevangen door verpleegkundigen die geschoold zijn in eerste opvang van patiënten, gespreks- en

anamnesetechnieken om een triage uit voeren naar advies of verwijzing naar het meest geschikte echelon voor zorgverstrekking.

De onderstaande figuur inventariseert de locaties waar de Britse patiënt met een dringende vraag of probleem terecht kan.



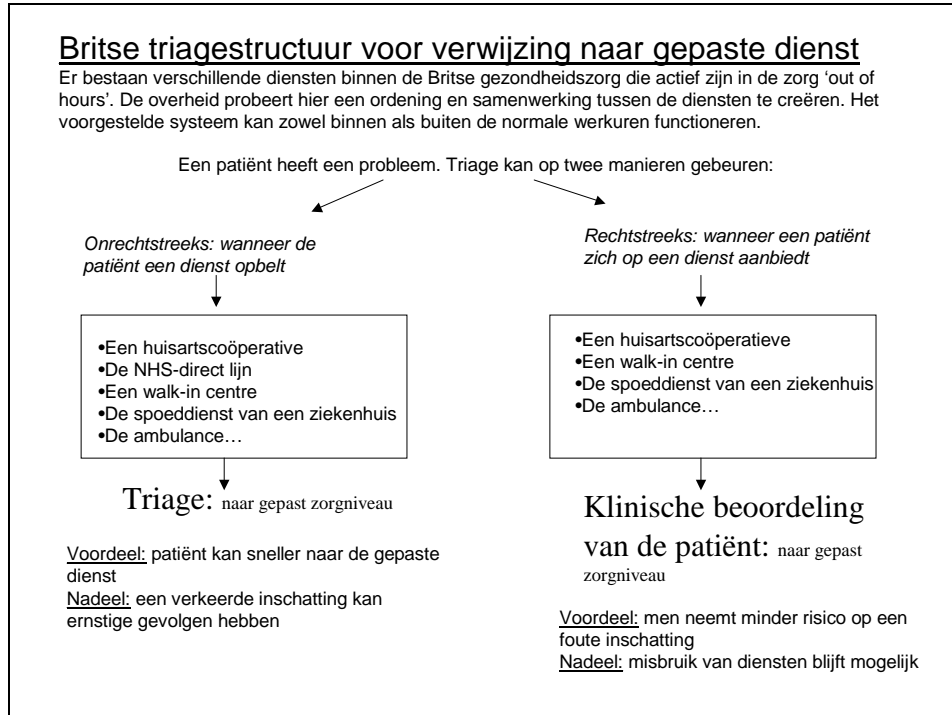
**Figuur 11: Naar Ham, 1999; Nicholl, 2000; O'Connel, 1999; Wilkie, 1999.**

De verhouding van de diensten in functie van het aantal inwoners wordt onderstaand aangegeven.



**Figuur 12: Naar Nicholl, 2000**

Door deze talrijke ingangspoorten in het gezondheidszorgsysteem probeert de overheid de instroom op de spoeddiensten in te dijken. De patiënt stuit dan op een triagesysteem dat hem, zonder foute beoordeling, naar de juiste verzorger moet doorverwijzen.



**Figuur 13: Overzicht van de verschillende zorgniveaus en het voorgestelde triagesysteem, (Nicholl, 2000)**

Niettegenstaande al deze pogingen is er nog geen bewijs geleverd dat het invoeren van de NHS-Direct-lijn en de Walk-in Centres de oproepen bij de huisartsencoöperatieven heeft doen toenemen en de instroom op de spoeddiensten heeft doen dalen. (Florin, 1999; Munro, 2000; McKee, 1998)

Leerpunten uit dit model zijn:

- Verpleegkundigen kunnen worden opgeleid en ingeschakeld in de triage en de verwijzing naar het gepaste zorgniveau.
- De diverse ingangspoorten in het Britse zorgsysteem, werken de transparantie en het eenvoudig gebruik voor patiënten niet in de hand.
- Ingrepen en reorganisaties die zich tot de 0<sup>de</sup> of de 1<sup>e</sup> lijn beperken zullen het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten niet kunnen terugdringen. Zij moeten passen in beleidsveranderingen op ziekenhuisniveau.



# VI. Uitbouw van overlegstructuren

Het dagboek van alle stappen zijn in te kijken in bijlage 7

## A. Organiseren van een centrale overleggroep

### 1. De deelnemende partners

Het universitair ziekenhuis Gasthuisberg en het Heilig Hart ziekenhuis van Leuven kennen een maandelijks overleg met de eerstelijnsstructuur 'het Leuvense Medisch Centrum Huisartsen (MCH)', die de regionale huisartsenkringen samenbrengt. Deze bijeenkomsten genereren initiatieven rond innoverende thema's waaraan zowel huisartsen als de lokale ziekenhuizen willen meewerken met als doel de samenwerking tussen beide echelons te optimaliseren.

In de centrale overleggroep van dit project 'reorganisatie van de huisartsenwachtdienst' zetelen een vertegenwoordiger van de deelnemende ziekenhuizen, Gasthuisberg en Heilig Hart, vertegenwoordigers van de lokale wachtdiensten van Leuven en Haacht en een vertegenwoordiger van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van Leuven. Deze overleggroep fungeerde als technische cel en trekker van het project.

### 2. Uitwerking van een methodiek

In meerdere bijeenkomsten van de technische cel werd een methodiek vastgelegd om tot de realisatie van het project te komen. De verslaggeving van de verschillende bijeenkomsten zijn ter inzage in bijlage toegevoegd.

#### Bijlage 2

Tot volgende stappen werd besloten:

1. Inhaken op een bestaande behoefte: de Leuvense wachtkring hield een enquête bij haar leden waaruit bleek dat ze grotendeels tevreden waren met de werking van de dienst maar dat ze positief stonden ten aanzien van een project van reorganisatie van de wachtdienst.
2. Het initiatief wordt voorgelegd aan de huisartsen van de deelnemende wachtkringen.
3. Aan de huisartsen wordt medewerking gevraagd in een discussieforum.
4. Het discussieforum behandelt:
  - de actuele knelpunten
  - hefboomen vanuit de bestaande of nieuwe organisatiestructuren.
5. De resultaten van de discussie worden vertaald in een ontwerp van een nieuw organisatiemodel.
6. Het uitwerken van een methode om het effect van de reorganisatie te meten en de kwaliteit van de werking te evalueren.
7. Toetsen van het ontwerp van organisatiemodel en de meetmethode aan de besturen van de wachtkringen en aan de basis.
8. Sensibiliseren van patiënten voor een correct gebruik van de huisartsenwachtdienst en de spoeddienst.

## **B. Organiseren van een overleggroep op de eerste lijn**

In antwoord op de oproep tot medewerking in een discussiegroep reageerden 17 huisartsen met een aanwezigheid op het eerste discussieforum.

In totaal werden er 3 discussiefora georganiseerd. Er waren 12 huisartsen die alle bijeenkomsten aanwezig waren.

In bijlage kan de verslaggeving van de verschillende overlegmomenten worden ingekeken.

**bijlage 3 en 1**

### **1. De knelpunten van de actuele werking van de huisartsenkring en de spoeddiensten**

#### **a) Knelpunten op de spoeddienst**

- De patiënt maakt in toenemende mate oneigenlijk gebruik van de spoeddienst. Hij gedraagt zich als klant en koopt het product dat hem het beste past.
- De huisarts bypassst via de spoeddienst het opnamebeleid van het ziekenhuis. Huisartsen erkennen dit fenomeen maar duiden de moeilijke bereikbaarheid van de specialist voor overleg en de wachtlijsten voor opname als oorzaak. Dit geldt in grote mate voor patiënten met geriatrische en psychiatrische problemen.
- Er zijn geen onderlinge afspraken tussen de spoeddienst en de lokale huisartsenwachtdienst voor wat betreft de taakomschrijving van elke dienst en de onderlinge verwijzing en terugverwijzing.
- De spoeddienst wordt als concurrentieel ervaren omwille van het aanbod van supplementair technisch en laboratoriumonderzoek voor eerder mineure pathologie.

#### **b) Knelpunten bij de huisartsenwachtdienst van Leuven en Haacht**

- Een groot aantal patiënten dat rechtstreeks naar de spoeddienst gaat, kan door de huisarts van wacht worden geholpen.
- De huisarts blijkt onvoldoende voordeel te bieden aan patiënten vergeleken met de spoeddiensten.
- De huisarts houdt onvoldoende rekening met de verschillende patiëntenprofielen. Hiermee wordt verwezen naar zowel medische profielen (de chronische-, palliatieve- of de acute patiënt) als sociale profielen (de kansarme patiënt of de vluchteling)
- Er zijn geen afspraken tussen de huisartsenwachtdienst en de spoeddienst ten aanzien van de taken en een eventuele triage.
- De huisartsenwachtdienst is niet transparant in zijn opdracht, noch in zijn organisatie. Hiermee wordt verwezen naar de beperkte kennis van de patiënt over het takenpakket van de huisarts tijdens een wachtdienst en de organisatiestructuur van de wachtdienst.
- De huisarts ervaart een gevoel van onveiligheid wanneer hij wordt opgeroepen in de nacht of in onveilige buurten.
- De huisarts is zich onvoldoende bewust van de verantwoordelijkheid die hij als individu draagt tijdens een wachtbeurt.

- De wachtdienst als organisatie moet zich bezinnen over de aansprakelijkheid als VZW.
- Huisartsen ervaren het 'wacht lopen' als onaantrekkelijk en een supplementaire belasting op het praktijkwerk. Dit demotiveert talrijke huisartsen. Volgende redenen worden opgegeven:
  - het is onveilig
  - het is financieel onaantrekkelijk
  - het vertegenwoordigt een supplementaire stress
  - er is geen rustperiode volgend op de dienst
  - men werkt geïsoleerd
  - men ontbreekt de nodige infrastructuur om kwalitatieve zorg te verlenen
  - men moet verre of moeilijke verplaatsingen doen (parkeerproblemen)
  - er worden te veel huisbezoeken aangevraagd.
- Er is een oneigenlijk gebruik van de huisartsenwachtdienst door de patiënten.

## 2. Hefbomen naar een betere huisartsenwachtdienst

### a) Hefbomen uit de internationale modellen

In onderstaande tabellen worden de leerpunten en de mogelijkheden tot een beter rationaliseren van de werking van de huisartsenwachtdienst geïnventariseerd. De mogelijke oplossingen die binnen de internationale modellen worden gepresenteerd, worden voorgesteld naast de ervaren knelpunten.

De knelpunten en de hefbomen worden in drie grote categorieën opgedeeld die aansluit bij de doelstellingen van dit project, met name de verbetering van de kwaliteit van zorg tijdens de wachtdienst, het verhogen van het comfort voor de huisarts van wacht en het indijken van het oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen van het ziekenhuis.

Knelpunten met betrekking tot het comfort voor de huisarts	Oplossingen binnen de internationale modellen
Wachtlopen is erg belastend voor de huisarts bij gebrek aan recuperatietijd.	In Denemarken en Nederland doen artsen slechts 8 uur dienst na elkaar gevolgd door een (verplichte) rustperiode.
Moeilijke verplaatsingen in de stad en parkeerproblemen.	In Nederland en het Verenigd Koninkrijk is er een dienstauto met chauffeur met EHBO-diploma ter beschikking van de huisarts.
De huisarts van wacht moet te veel huisbezoeken doen.	De Deense huisarts wordt financieel beloond wanneer een huisbezoek kan worden vermeden. Alle modellen bieden goede consultatiefaciliteiten aan in een 'medisch huis'. In Finland worden geen huisbezoeken afgelegd.
De huisarts van wacht voelt zich niet veilig tijdens (nachtelijke) huisbezoeken.	Denemarken: door het cascadesysteem in de taakverdeling weten verschillende personen waar de arts op de baan heen moet en zijn de patiëntgegevens gekend in de telefooncentrale. Door inzage in het medisch dossier kan het risico worden ingeschat (bvb. bij de psychiatrische patiënt).  Nederland: een huisbezoek wordt afgelegd in een dienstauto met chauffeur. De huisarts biedt zich dus nooit alleen aan.
Een grootschalige reorganisatie van de huisartsenwachtdienst kost geld.	In Denemarken, Nederland en Finland komt de overheid tussen in de kosten van reorganisatie en infrastructuur.
Wacht lopen is stressvol.	In Denemarken, Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Finland zijn verschillende artsen tegelijk van wacht, ze hebben een beperkte werktijd en werken gekaderd in een structuur.

---

**Knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van zorg****Oplossingen binnen modellen**

---

Er wordt onvoldoende rekening gehouden met verschillende patiëntenprofielen op medisch en sociaal vlak.

In Deense model zitten het coördinatiecentrum en de medische centra on-line met elkaar en met de individuele huisartsen en apotheken. Zowel de medische antecedenten als de verzekeringsstatus van de patiënt zijn dan bekend.

De wachtarts beschikt over onvoldoende tot geen informatie over de antecedenten of het actueel beleid van de patiënt.

In Deens model en bij 'Multisite Regional Telephone Care' (MSRC) zitten centra on-line met participerende huisartsen en/of ziekenhuizen.

De huisartsenwachtdienst is ondoorzichtig wat betreft organisatie en bereikbaarheid van de dokter van dienst.

In Denemarken is er landelijk één hiërarchische wachtdienststructuur. In functie van de regio en het aantal inwoners is dit unieke model op verschillende plaatsen geïmplementeerd op zulke wijze dat alle wachtdiensten samen het ganse geografische gebied bedienen.

De huisartsenwachtdienst is onvoorspelbaar en wisselend in de zorg en kwaliteit van zorg die de patiënt krijgt.

In Nederland en het Verenigd Koninkrijk wordt er maximaal volgens protocollen gewerkt. Er staat een spoedkoffer ter beschikking voor gebruik, uitgerust volgens protocol. Er bestaat ook een protocol met betrekking tot het simultaan oproepen van de ambulancedienst en de huisarts.

Tijdens de wachtdienst is de zorg anoniemer.

In Denemarken, maar ook bij het MSRTC-model is de arts of verpleegkundige-telefonist geïnformeerd over de gezondheidsstatus van de patiënt via elektronische weg.

---

---

**Knelpunten met betrekking tot ongepast gebruik van de spoeddienst****Oplossingen binnen modellen**

---

Spoeddienst biedt snel technische onderzoeken, ook bij minimale pathologie.

In het Fins model heeft het medisch huis onderzoeks- en observatiefaciliteiten.

De huisarts biedt geen voordeel aan de patiënt ten opzichte van de spoeddienst.

In het Nederlands model kan de patiënt via de huisartsenwacht ook een ambulance toegestuurd krijgen. De huisartsen centrale en ambulancecentrale zijn één.

Een snelle opname regelen via de spoeddienst. De specialist is niet bereikbaar voor communicatie.

Geen oplossingen gevonden binnen de modellen.

Er is een overaanbod aan 'huisartsgeneeskundige' pathologie op spoed

In Denemarken, het Verenigd Koninkrijk en Nederland heeft er een triage plaats door artsen, verpleegkundigen of praktijkassistentes. Er wordt volgens protocol of software-programma getrieerd door praktijkassistentes of verpleegkundigen aan de telefoon of in walk-in centers. In Denemarken neemt een arts de telefoon aan en trieert op basis van een anamnese.

Er zijn geen taakafspraken tussen de spoeddiensten en huisartsen.

Een triage gebaseerd op de protocollen zou hier enigszins duidelijkheid in kunnen brengen.

De patiënt moet de huisarts betalen maar betaalt niets in het ziekenhuis.

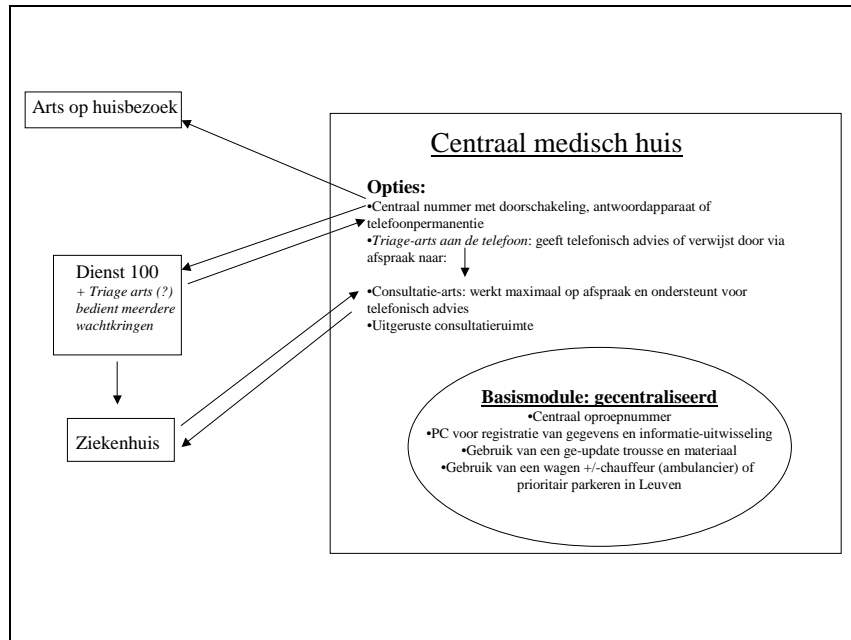
In Denemarken betaalt de patiënt niets voor zorgen bij de huisarts. Er is een 'sociale' bestraffing bij nutteloos gebruik van spoeddienst (In Australië krijgen patienten met een emergency score 5 een rood document en een bediening volgens graad van emergency. Deze patienten wachten dus het langst)

---

## b) Hefbomen uit het nieuwe organisatiemodel

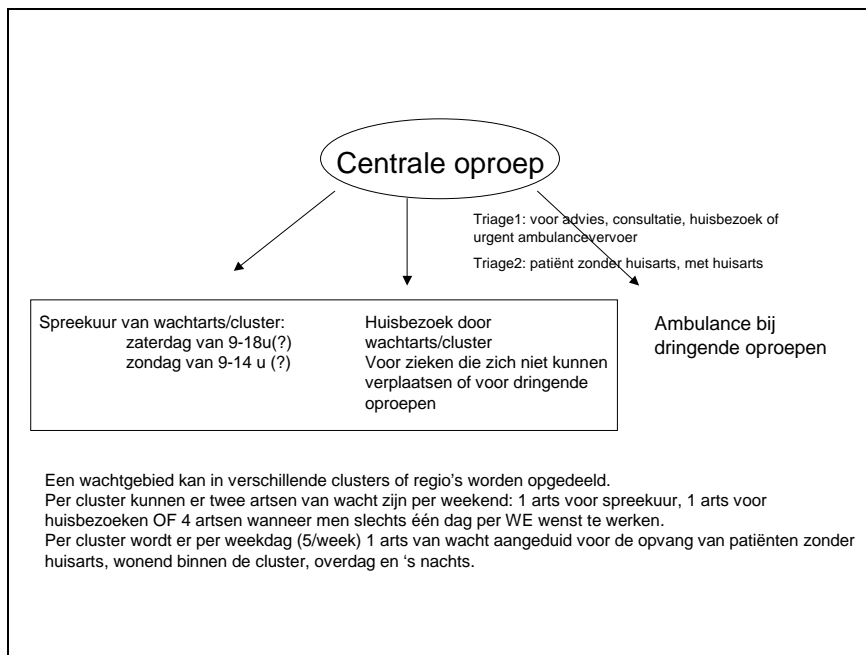
### (1) Het organisatiemodel zoals het werd ontwikkeld door de huisartsengroep

#### (a) Weekendwacht



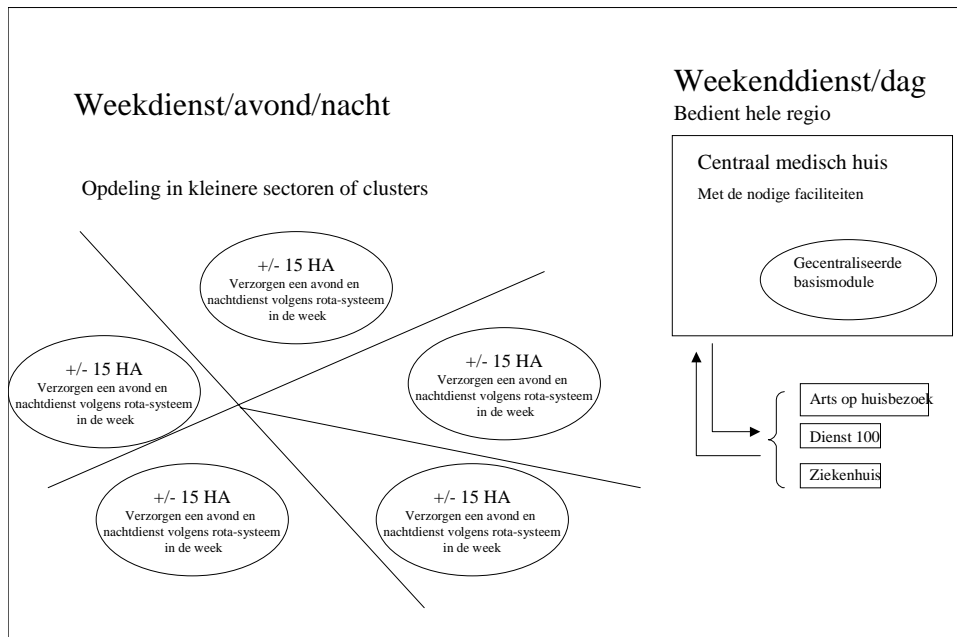
**Figuur 14: De structuur van het organisatiemodel ontwikkeld door de huisartsengroep**

In een alternatieve formule wordt de telefoonpermanentie waargenomen door een medisch secretaresse of een opgeleid verpleegkundige. De telefonische adviezen worden behandeld door de artsen van wacht.



**Figuur 15: De bezetting van artsen en het verloop van een inkomende oproep**

## (b) Weekwacht



**Figuur 16: De organisatie van de wachtdienst tijdens weekdays**

De avondwacht in de week kan worden georganiseerd als een eenvoudig rotasysteem per kleine sector. Een alternatief is dat deze dienst ook vanuit het centraal medisch huis wordt georganiseerd dat dan dienst doet als administratieve en telefooncentrale.

### (2) Centralisatie

#### (a) Een centraal telefoonnummer:

- In Haacht schakelt dit nummer automatisch door naar de dokter van wacht. Problemen kunnen ontstaan wanneer het doorschakelsysteem niet functioneert.
- In Leuven wordt er automatisch doorgeschakeld naar de dienstdoende arts, volgens beurtrol onder dienstdoende artsen. Probleem hier is dat de patiënt eventueel in een tweede fase de dokter niet kan bereiken en dat de dokter niet eenvoudig adres en telefoon van patiënt kan opvragen in geval van problemen.

- Een persoon aan de telefoon die gegevens (adres en telefoon) noteert is opportuun.

#### (b) Centrale registratie:

- Van de oproepen, de contacten, en de afhandeling.
- De Haachtse wachtdienst heeft een centraal archief waarin de wachtverslagen van de laatste 3 maanden worden bijgehouden voor het geval er geschillen zijn.

- Een registratie van de oproepen en het medisch handelen is vereist met het oog op een evaluatie van de werking van de wachtdienst en de kwaliteitsbewaking.

(c) Centrale informatie-uitwisseling (inkomend en uitgaande):

- Van medisch relevante gegevens (palliatieve, chronische, recent ontslag ziekenhuis...) tussen de huisarts en de wachters, tussen wachters onderling en tussen de wachters en het ziekenhuis.
- Van het medisch wachtverslag

• Via elektronische weg moet informatie gemakkelijk en uitwisselbaar worden opgeslagen. Een PC op een administratief centrum kan alle gegevens opslaan.

(d) Centraal medisch huis

- Haacht (rurale streek) heeft geen behoefte aan een centrale locatie voor consultatie. De huisarts van wacht kan spreekuur houden in de eigen consultatieruimte.
- Leuven stelt een centraal medisch huis voor waar mensen naar toe kunnen komen, overdag in het weekend.

• In een stedelijk gebied is een medisch huis gemakkelijk bereikbaar met het openbaar vervoer.

(e) Gemeenschappelijk gebruik van materiaal

- Voor een meer uniforme aanpak bij urgenties wordt het gebruik van een "gestandaardiseerde" trousse voorgesteld. De inhoud van die trousse moet door de artsen worden bepaald<sup>3</sup>. Het gaat hier dan onder meer over medicatie, zuurstof met masker, saturatiemeter...
- De opdracht voor het actueel en volledig houden van de trousse moet aan iemand (anders dan de artsen zelf) worden uitbesteed. Zelfkennis en ervaring uit Nederland zegt dat als de wachters hiervoor verantwoordelijk moet zijn, de trousse op termijn onvolledig is.

• Een gecentraliseerde aanpak bevordert de uniformiteit van het medisch handelen en de bewaking van een valide urgentietrouse en materiaal voor reanimatie.

(f) Gebruik van een prioritair voertuig (met chauffeur) voor huisbezoeken in verstedelijkt gebied

### (3) Taakverdeling

(a) Binnen de huisartsenwacht

Tijdens de wachtperiode worden er huisbezoeken afgelegd, consultaties gedaan en telefonisch advies gegeven. Op welke wijze zal er worden getriëerd en wie doet een triage?

Voor de rurale regio Haacht stelt zich hier geen probleem: omdat de patiënt automatisch naar de wachters wordt doorgeschakeld, beslist de dienstdoende arts zelf hoe (telefonisch, consultatie of huisbezoek) hij de oproep beantwoordt. Bovendien verwijst de arts van wacht door naar zijn collega van dienst in functie van de afstand.

Voor Leuven zijn er volgende mogelijkheden:

---

<sup>3</sup> De WVVH schreef een richtlijn uit met betrekking tot de samenstelling van de urgentietrouse van de huisarts.

Een telefonische triage door een opgeleid verpleegkundige of een arts. Deze moet beslissen of er telefonisch advies, een consultatie of een huisbezoek moet volgen.

De loonkost voor een verpleegkundige ligt lager dan voor een arts. Bovendien kan een verpleegkundige nog andere taken op zich nemen zoals het onderhouden van de urgentietrouse, wondverzorging, assistentie bij hechting en administratie.

Niettemin opteren de artsen van het discussieforum voor een arts aan de telefoon omwille van de grote verantwoordelijkheid bij de triage. De aanstelling van een arts wordt financieel haalbaar indien hij de triage zou doen voor verschillende naburige regio's (cfr Deens model) en het telefonisch advies afhandelt. Dit veronderstelt een fee for service en/of een financiële vergoeding voor een telefonisch consult.

Hiervan moet een kosten/baten analyse worden uitgevoerd: naarmate het optimaal functioneren van de huisartsenwacht meer mensen uit de spoeddienst van het ziekenhuis kan houden en nutteloze huisbezoeken kan voorkomen, spaart men een budget voor de financiering van de triage.

- Overdag een arts voor telefonische triage, advies en afspraakregeling voor spreekuur  
een arts voor het spreekuur  
een arts voor huisbezoeken
- De triage-arts moet in verbinding staan met de ambulancedienst, het ziekenhuis en het antigif-centrum,...
- Er moet een aangepaste vergoedingssysteem worden voorzien onder vorm van een forfaitaire betaling of een basisvergoeding voor de beschikbare dienstverlening met een afzonderlijke vergoeding voor de prestaties. Prestaties zijn dan zowel contacten tijdens het spreekuur, het huisbezoek als het telefonisch consult.

#### (b) Met de 100 en de dienst spoedgevallen

Bij een inkomende oproep bij de huisartsenwachtdienst waar een reanimatie of materiële ondersteuning nodig lijkt voor transport naar het ziekenhuis zou de dienst 100 kunnen worden verwittigd door de 'triage-arts' en simultaan de huisarts van wacht.

Als op de dienst 100 een oproep binnen loopt waarvoor een transport naar het ziekenhuis niet opportuun is, kan die naar de huisartsenwacht worden doorgeschakeld.

In het ziekenhuis zou kunnen worden gesanctioneerd bij walk-in patients zonder verwijzing van de huisarts, financieel of psychologisch onder vorm van een gekleurd wachtkaartensysteem met overeenkomstig langere wachttijden.

Het ziekenhuis zou naar de huisartsenwacht kunnen terugverwijzen door telefonisch of on-line een afspraak maken.

- De ambulancedienst, de dienst spoedgevallen en de huisartsenwachtdienst moeten vlot naar elkaar kunnen doorverwijzen.
- Bij misbruik van de respectieve diensten zouden patiënten moeten worden gesanctioneerd.

#### (c) Samenwerking met de brandweer

Er wordt gedacht aan nieuwe opdrachten voor (oudere) brandweermannen, zoals het besturen van het prioritair voertuig. De voordelen zijn dat de veiligheid voor de wachtarts vergroot, dat er in geval van reanimatie extra hulp is en er ondersteuning kan worden geboden bij psychiatrische problematiek. Een bijkomende opdracht zou de telefonische permanentie tijdens de nacht kunnen zijn.

#### (4) Werkuren

In talrijke internationale modellen is de huisarts van wacht een beperkt aantal uren van dienst. In de Belgische context verplaatst, betekent dit dat de arts toch kan recupereren na een wachtbeurt waardoor de werkbelasting vermindert en het comfort verhoogt.

Rekening houdend met het aantal artsen voor het aantal inwoners van de regio, werd een berekening gemaakt van de werkbelasting voor de artsen van wacht.

##### (a) Voor de stadsregio Leuven

De totale populatie binnen de wachtregio Leuven is 88.244 inwoners.

Op het grondgebied Leuven-stad, Kessel-lo en Heverlee woont 86% van de Leuvense bevolking of +/- 76.000 inwoners: 29120 in Leuven-stad, 26473 in Kessel-Lo en 20296 in Heverlee.

Met 109 ingeschreven artsen in de wachtdienst betekent dit een dichtheid van 1 huisarts/697 inwoners.

##### (i) Weekendwacht

###### Optie 1: een wachtarts werkt 24 uur

zaterdag	zondag
1 arts voor huisbezoeken	1 arts voor huisbezoeken
1 arts voor consultatie	1 arts voor consultatie
1 arts voor telefoon + advies	1 arts voor telefoon + advies

De artsen voor spreekuur en telefonisch advies zijn van dienst van 8 tot 22 uur.

Voor de nacht is er dienst volgens beurtrol via de automatische doorschakeling of ieder per sector.(Leuven, Kessel-lo en Heverlee). Het team van de drie artsen omvat dan telkens 1 arts uit Leuven, Kessel-Lo en Heverlee. In dit laatste geval is de verhouding arts/aantal inwoners iets minder dan 1/30000).

Een alternatief voor de automatische doorschakeling na 22 uur zou een telefooncentrale kunnen zijn, bemand door een ambulancier-telefonist, analoog aan de nieuwe opdracht van het 'Rode Kruis' dat voor de huisartsenwachtdienst van Antwerpen de telefoonpermanentie waarneemt.

Als de huisbezoeken van thuis uit worden gedaan is het gebruik van een voertuig met chauffeur niet handig. Vanuit een centrale post kan dit wel.

Werkbelasting :

- 6 Artsen van dienst per weekend, betekent dat men gemiddeld 1 weekend per 18 weken (4,5 maand) één weekenddag moet werken. Dit op voorwaarde dat alle 109 artsen actief zijn.

## Optie 2: een wachtarts werkt beurten van 8 uur

Zaterdag		Zondag	
<b>08 u tot 16 u</b>	1 arts voor huisbezoeken 1 arts voor consultatie 1 arts voor telefoon en advies	<b>08 u tot 16 u</b>	1 arts voor huisbezoeken 1 arts voor consultatie 1 arts voor telefoon en advies
<b>16 u tot 23 u</b>	1 arts voor huisbezoeken 1 arts voor consultatie 1 arts voor telefoon en advies	<b>16 u tot 23 u</b>	1 arts voor huisbezoeken 1 arts voor consultatie 1 arts voor telefoon en advies
<b>23 u tot 08 u</b>	2 à 3 artsen volgens beurtrol of volgens sector	<b>23 u tot 08 u</b>	2 à 3 artsen volgens beurtrol of volgens sector

### Werkbelasting:

- Per weekend zijn 16 à 18 artsen van dienst: 12 overdag, 4 à 6 nachts. In dit geval doet men alle 6 à 7 weken een 8 uur durende weekenddienst waarvan 1 beurt op 3 een nacht (= 1 nacht om de 4,5 maand)
- Omdat er geen gegevens zijn over het aantal oproepen per periode van de dag is het onmogelijk om uit te rekenen of de werkbelasting voldoende groot is.

### (ii) *Weekwacht*

Met clusters van 15 huisartsen op een groep van 109 artsen, betekent dit 7 clusters voor de Leuvense regio. Per cluster/sector staat men in voor +/- 10900 inwoners.

In dit schema wordt de vrijdagnacht bij de week gehouden, waardoor er 5 dagen per week zijn te verdelen onder 15 artsen.

- Een werkbelasting van 1 nachtdienst alle 3 weken bij clusters van 15 artsen
- De arts van dienst kan worden bereikt via doorschakeling of er is een ambulancier-telefonist die de huisbezoeken naar de arts van dienst doorgeeft of die verwijst naar de spreekuren van de arts van dienst.

- Een werkbelasting van 1 nachtdienst alle 4 weken bij clusters van 20 artsen per cluster; een verhouding van 1 arts 15000 inwoners

- Een werkbelasting van 1 nachtdienst alle 10 à 11 weken bij clusters van +/- 25 artsen; een verhouding van 1 arts per 20000 inwoners

(b) Voor de rurale streek van Haacht

*(i) Weekendwacht*

De wacht wordt georganiseerd met 36 deelnemende huisartsen voor +/- 30000 inwoners. Actueel draait de weekendwacht met 2 artsen per weekend van wacht met overdracht van eindverantwoordelijkheid op zondagmorgen van één wachtarts naar de andere wachtarts.

- Als werkbelasting staat dit voor 1 weekend alle 4,5 maand voor 36 artsen met een verhouding van 1 arts voor 15000 inwoners

De wachtarts ontvangt rechtstreeks de inkomende oproep na doorschakeling van het centraal nummer en beslist of er telefonisch advies, een consultatie of huisbezoek moet volgen dan wel of het huisbezoek aan de collega wordt doorgegeven

*(ii) Weekwacht*

Vanuit het principe om wacht 's avonds en 's nachts in de week vanuit huisartsenclusters te organiseren, zou men de groep wachtartsen in 2 kunnen opsplitsen zodat er per cluster +/- 18 artsen zijn voor 15 à 20000 inwoners.

- Dit levert voor de artsen een werkbelasting van 1 nachtdienst per 18 weekdagen = 3,5 week

Om de veiligheid van de artsen van wacht te bewaken zou het doorschakelsysteem kunnen worden vervangen door een telefonische permanentie vanuit de ambulancecentrale op een secretariaat van de huisartsenwachtdienst dat verschillende wachtdiensten overkoepelt.

# VII. Mogelijkheden en probleemvelden in de huidige organisatie

## A. De mogelijkheden

### 1. De structuur van de huisartsenorganisatie

De huisartsenorganisatie die instaat voor het organiseren van de wachtdienst wordt huisartsenwachtdienst genoemd. Deze organisatie is te onderscheiden van de 'huisartsenkring'.

Huisartsenwachtdiensten zijn organisaties waarvan de leden huisartsen zijn, gevestigd in de bepaalde regio met als doelstelling een wachtdienst te organiseren binnen deze regio. De ledenvereniging verkiest tijdens haar algemene vergadering een voorzitter, een secretaris en een wachtverantwoordelijke, die instaan voor de effectieve realisatie van de doelstelling. Er worden lidgelden geïnd waarmee onkosten met betrekking tot de invoering van een centraal telefoonnummer, huur van lokalen, drukwerk en administratie worden betaald.

De huisartsenwachtdiensten beschikken over een 'Reglement van Orde' waarin het wachtgebied, de deontologie en de concrete werking van de organisatie staan genotuleerd.

Binnen deze structuur is het mogelijk een reorganisatie door te voeren met inspraak van de leden via een algemene vergadering en een aanpassing van het Reglement van Orde.

### 2. De verankering van de wachtdienst in de Medische Centra Huisartsgeneeskunde (MCH)

De huisartsenwachtdiensten die actief zijn binnen de catchment area van de ziekenhuizen Gasthuisberg en Heilig Hart kennen een verankering in het MCH-Leuven. Dit vertaalt zich in een goede samenwerking met de huisartsen (Neree, 2001) en het ter beschikking stellen van de koeriersdienst voor de uitwisseling van wachtverslagen.

Het MCH-Leuven beschikt over een uitgebreide medische en administratieve infrastructuur waarbinnen de realisatie van een 'medisch huis', zoals het door de eerstelijns discussiegroep werd uitgewerkt, perfect mogelijk is.

### 3. Het thematisch overleg tussen vertegenwoordigers van huisartsen en ziekenhuizen

De overheid stimuleert het thematisch overleg tussen huisartsen en ziekenhuizen. Het is binnen dit overleg dat de intentie van een reorganisatie van de huisartsenwachtdienst werd uitgesproken, waarbij er zich een 'win-win' situatie voordeed voor de deelnemende partijen:

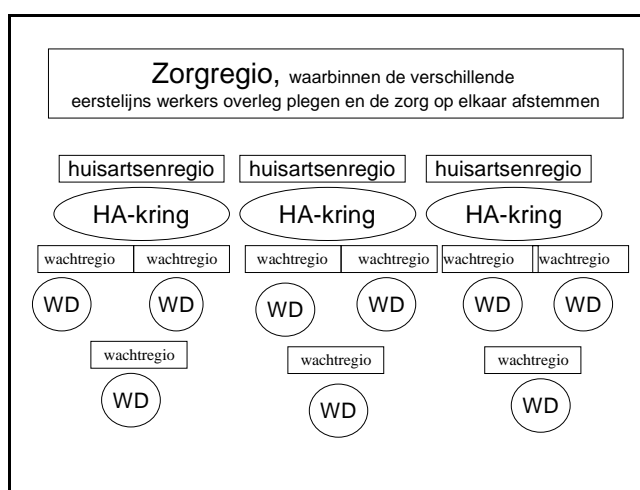
- Een performantere huisartsenwachtdienst zou het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst kunnen terugdringen wat een winst voor het ziekenhuis betekent.
- Door een zekere logistieke steun vanwege de ziekenhuizen in de reorganisatie van de huisartsenwachtdienst en de intentie van de ziekenhuizen om zelf ook ingrepen te doen op het niveau van het beleid op de spoeddienst, ervaren de huisartsen dit ook als een winst en een erkenning van hun status.

## 4. De subsidiering van de huisartsenkringen door de overheid

De structuur van de eerstelijnszorg zoals die is uitgetekend door de overheid in het 'Ontwerp Koninklijk Besluit tot vaststelling van de normen voor de erkenning van de huisartsenkringen' en het 'Ontwerp Koninklijk Besluit houdende vaststelling van de subsidie toegekend aan huisartsenkringen', tekent een geschikt kader waarbinnen de verschillende niveaus van centralisatie van hulpmiddelen voor de huisartsenwachtdiensten kunnen worden geplaatst (figuur 17).

Dit kan hypothetisch worden uitgewerkt als volgt:

- Een huisartsenkring draagt verantwoordelijkheid voor een aantal –reeds bestaande- huisartsenwachtdiensten (in onderstaande figuur, hypothetisch op 3 gehouden).
- Per wachtdienstregio kunnen er een spreekuur en huisbezoeken worden georganiseerd, al dan niet vanuit een medisch huis of een huisartsenpraktijk.
- Per huisartsenregio of per zorgregio kan er een centraal secretariaat functioneren met een centraal oproepnummer waar de dispatching plaats heeft voor de inkomende oproepen en waar centraal elektronisch kan worden geregistreerd. Op dit niveau moeten er werkingsafspraken worden gemaakt met de andere eerstelijns werkers, ziekenhuizen en ambulancediensten.
- De wachtdienstregio's en huisartsenregio's sluiten geografisch naadloos op elkaar aan.



**Figuur 17: schematische voorstelling van de organisatie van de gezondheidszorg op de eerste lijn**

- Indien de huisartsenregio een populatie van, bijvoorbeeld 150 000 à 200 000 inwoners vertegenwoordigt en de huisartsenkring aan alle voorwaarden voor subsidie voldoet dan betekent dit een financiële steun van 56250 Euro (2.250.000 bfr.) à 75000 Euro (3 miljoen bfr.)
- Rekening houdend met de inkomsten van ledengelden en de overheidssubsidie zou een deeltijdse betrekking, bijvoorbeeld tijdens het weekend, voor een centraal secretariaat kunnen worden bekostigd. De jaarloonkost van een werknemer voltijds bedraagt 1.731. 938 bfr.volgens een hypothetische berekening, Securex.

**Deze berekening ter inzage in bijlage 4**

## **B. De actuele probleemvelden**

### **1. De betaling per prestatie**

Wanneer een huisartsenwachtdienst wordt uitgebouwd overeenkomstig het voorgestelde model waarbij een triage moet worden doorgevoerd om patiëntencategorieën te onderscheiden die ofwel naar het spreekuur kunnen komen, die een huisbezoek behoeven, die dringend naar het ziekenhuis moeten worden verwezen of die kunnen volstaan met een telefonisch advies, zal de taakinvulling van de artsen van wacht enigszins veranderen.

Indien men kiest voor een arts aan de telefoon die de triage doorvoert, moet een vergoeding worden voorzien die niet prestatiegebonden is en/of zou een vergoeding voor telefonisch consult moeten worden uitgewerkt.

Kiest men voor een geschoold verpleegkundige met dezelfde opdracht dan kan men eveneens een verschuiving van het werk voor de wachtarts verwachten in die mate dat het aantal huisbezoeken zal afnemen ten voordele van het spreekuur en eventueel ook van het telefonisch consult. Een vergoeding per prestatie betekent dan een financiële bestraffing voor de arts die stand-by is voor huisbezoeken. Een gedifferentieerde vergoeding voor de beschikbaarheid van de wachtarts en de geleverde prestaties kan hieraan tegemoet komen.

### **2. De veiligheid van de arts van wacht**

Het werken met onbemande telefooncentrales of met automatische doorschakeling van een centraal telefoonnummer onderhoudt de anonimiteit van de oproeper en werkt de onveiligheid voor de artsen van wacht in de hand.

Zoals in hoofdstuk III.E.2 'Boordtabellen , huisartsenwachtdienst', kan worden gelezen, werken talrijke wachtdiensten met dit systeem. Bij de overige wachtdiensten moet de patiënt rechtstreeks de huisarts van wacht contacteren.

In beide situaties zal de opgeroepen arts van wacht op huisbezoek vetrekken zonder dat plaats of uur van vertrek ergens werden geregistreerd, tenzij de arts zelf thuis voor een telefonische permanentie zorgt.

Omwille van de veiligheid is het bijgevolg wenselijk dat er in de structuur van de wachtorganisatie een bemande telefooncentrale is opgenomen waar patiënten gegevens worden genoteerd en waarmee de arts van wacht in een nood- of gevaarssituatie contact kan opnemen.

### **3. De diversiteit in de werking van de verschillende huisartsenwachtdiensten**

Naburige wachtdiensten functioneren actueel onafhankelijk van elkaar, volgens verschillende organisatieprincipes. In het hoofdstuk III.B. Boordtabellen van huisartsenwachtdiensten wordt de diversiteit in aanspreekbaarheid, beschikbaarheid en dienstverlening door de wachtartsen geïllustreerd. Deze diversiteit werkt de inzichtelijkheid van de organisatie van de wachtdienst voor patiënten niet in de hand. Wanneer de wachtdienst vanuit de huisartsenkring moet worden georganiseerd, zal men binnen de kring naar uniformiteit moeten streven waardoor elke huisartsenwachtdienst niet alleen het reglement van inwendige orde zal moeten aanpassen maar eveneens de concrete realisatie van de wachtdienst zal moeten wijzigen.

Het is evident dat deze aanpassingen slecht stapsgewijze zullen kunnen worden gerealiseerd.

#### **4. De beperktheid van de werkingsmiddelen**

De huidige huisartsenwachtdiensten functioneren met de inkomsten van lidgelden van de huisartsen behorend tot de regio waarvoor de huisartsenwachtdienst instaat. Deze werkingsmiddelen zijn uiterst beperkt en laten niet toe een 'medisch huis' te huren en in te richten noch een bemand tele-secretariaat tijdens de weekendwacht te organiseren. De voorgestelde overheidssubsidie zou hieraan ten dele tegemoet kunnen komen.

#### **5. De arbeidscultuur van de huisarts**

Het leeuwenaandeel van de Vlaamse huisartsen werkt in een solopraktijk en hebben slechts een beperkte ervaring met samenwerkingsverbanden. Binnen deze arbeidscultuur moet het groepsdenken zich nog ten volle ontwikkelen. Voor de uitbouw van een 'uniforme' performante huisartsenwachtdienst en het overstijgen van de werking in een beperkte geografische regio is groepsdenken noodzakelijk. De gestage toename van samenwerkingsverbanden en associaties zijn een expressie van een natuurlijke evolutie die actueel plaatsgrijpt en die zich nog verder zal doorzetten.

De huisarts is gewend aan een minimale overheidscontrole over zijn professioneel werk en de geleverde kwaliteit. Omgaan met kwaliteitsbewaking en het opmeten van indicatoren voor kwaliteit is erg nieuw voor de beroepsgroep. Elke overheidsinterventie ter controle van de huisartsenwerking in ruil voor financiële ondersteuning wordt als intrusief ervaren.

#### **6. De registratie**

Ruim 60 % van de huisartsen in Vlaanderen is uitgerust met een elektronisch medisch dossier. De software die hiervoor wordt gebruikt is zeer divers wat een eenvoudige informatie-uitwisseling tussen huisartsen onderling, tussen de wachters en een centraal registratie-orgaan of tussen de wachters en het ziekenhuis bemoeilijkt.

Actueel is elektronische informatie-uitwisseling mogelijk via het internet. Zo hebben huisartsen en het MCH ervaring met het 'Medibridge'-systeem' waarbij vertrouwelijke informatie kan worden uitgewisseld.

Het Leuvense Universitair Ziekenhuis en de Leuvense huisartsen draaien proef in het LISA-project waarbij de huisarts, via het internet, op een veilige manier het traject van zijn patiënt in het ziekenhuis kan volgen.

**(LISA, 2001, bijlage 5)**

In het kader van het overleg tussen de eerste en de tweede lijn in de Leuvense regio werkt het 'Telematicaproject' aan de verbetering van de elektronische informatie-uitwisseling.

#### **7. Het oneigenlijk gebruik van diensten**

Tot op heden zijn er nog geen concrete taakafspraken tussen de huisartsen en de spoeddiensten. Evenmin is het huisartsentakenpakket noch de doelstelling van de spoeddiensten bij het grote publiek bekend. Dit tekent het kader waarbinnen oneigenlijk gebruik door het grote publiek van de respectieve diensten moet worden begrepen.

# VIII. Noodzakelijke middelen en ‘instrumenten’

## A. Logistieke middelen

### 1. Telefonie

- Eén centraal telefoonnummer moet worden gebruikt, minimaal op niveau van de huisartsenregio.
- De inkomende oproep moet van dit centraal nummer automatisch kunnen worden doorgeschakeld naar de huisarts(en) van wacht. Deze modaliteit moet bruikbaar zijn tijdens de avondwachtdienst doordeweeks wanneer geen bemand secretariaat ter beschikking staat.
- Wanneer men – minimaal tijdens het weekend- over een bemand secretariaat beschikt, dient er een telefonisch netwerk operationeel te zijn met de lokale spoeddiensten en de ambulancedienst. Via dit netwerk kan er snel en adequaat worden gehandeld bij levensbedreigende aandoeningen of kan er vanuit de spoeddienst worden terugverwezen naar de huisartsenwachtdienst via een afspraak voor het spreekuur of het aanvragen van een huisbezoek.
- De huisarts van wacht moet via zijn mobiele telefoon onmiddellijk politiediensten en/of hulpdiensten kunnen inroepen dit zowel voor levensbedreiging bij de patiënt als voor persoonlijke gevaarssituaties.

### 2. Elektronische informatie-uitwisseling

De vereiste hardware en software dient ter beschikking te zijn voor:

- Het registreren van indicatoren van de werking van de wachtdienst, zoals het aantal inkomende oproepen, de geografische spreiding van de oproepen, het tijdsinterval tussen oproep en respons, het medische gevolg dat aan de oproep wordt gegeven.
- Het uitwisselen van medisch-vertrouwelijke informatie tussen de huisarts en de wachters, de wachters onderling, de wachters en de spoeddienst (cfr. LISA-project, bijlage 5)
- Het terugverwijzen van patiënten, bij oneigenlijk gebruik van de spoeddienst, vanuit het ziekenhuis via een on-line afsprakensysteem naar het medisch huis.

### 3. Lokalen en materiaal

Een medisch huis dat beschikt over een secretariaat, een onthaal/wachtruimte en een volledig uitgeruste consultatieruimte moet worden voorzien.

Een uitgeruste consultatieruimte moet toelaten van alle medische handelingen te verrichten die in het basistakenpakket van de huisarts staan beschreven (WVH, 2001). Het houdt eveneens in dat een urgentietrouse en een palliatievenzorg-kit beschikbaar zijn en regelmatig op vervaldata worden gecontroleerd.

Door onderdak te gaan in het MCH zouden er afspraken kunnen worden gemaakt om ter plekke een radiografisch nazicht te organiseren bij, op het eerste zicht, ongecompliceerde fracturen.

## **B. Te ondernemen acties**

### **1. Het maken van taakafspraken tussen de huisartsenwacht dienst en de lokale spoeddienst**

Om tot taakafspraken te komen, dienen de doelstellingen van de huisartsenwacht dienst en de doelstellingen van de lokale spoeddienst te worden geëxpliciteerd.

Uit de discussies in de overleggroepen en uit de ervaring met de triagesystemen op de spoeddiensten blijkt er geen onenigheid te bestaan met betrekking tot de levensbedreigende situaties en de ongecompliceerde, banale pathologie (respectievelijk scores 1 en 5 van de Australian triage scale) maar zijn er wel diverse opties in het middenveld van milde tot matig ernstige aandoeningen.

In de context van de Leuvense regio is het haalbaar om afspraken te maken rond problemen die tot de urgentiescores 1,2 en 5 behoren. Aandoeningen binnen scores 3 en 4 kunnen zowel door de huisarts als de spoeddienst worden opgevangen in functie van de plaats waar de patiënt zich aanbiedt.

### **2. Beleidsafspraken**

Beleidsafspraken hebben betrekking op het doen respecteren van de taakafspraken tussen de eerste en de tweede lijn door de patiënt of met andere woorden interventies die het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst sanctioneren.

Mogelijke interventies kunnen zijn:

- Op de spoeddienst van het ziekenhuis:
  - het aanrekenen van een financiële toeslag voor het consulteren van de spoeddienst zonder verwijzing van de huisarts.
  - het terugverwijzen naar de huisartsenwacht dienst bij aandoeningen die probleemloos door de eerste lijn kunnen worden opgevangen.
- Op het niveau van de huisartsenwacht dienst:
  - het 'belonen' van de huisartsenwacht dienst voor een optimale werking, waarmee wordt verwezen naar een gepaste triage, het stimuleren van het gebruik van het spreekuur in het 'medisch huis' en een snelle tussenkomt bij levensbedreigende aandoeningen in coördinatie met de ambulancediensten.
  - het uitwerken van een financiële vergoeding die differentieert tussen de beschikbaarheid van de arts van wacht en de geleverde prestaties.

Om effectief te zijn, zouden deze interventies minstens in alle ziekenhuizen moeten worden toegepast die uit de huisartsenregio rekruteren.

Deze interventies moeten door de overheid worden gestuurd en wettelijk geregeld.

### **3. Triage**

Het onderscheid maken tussen patiënten die gebruik mogen maken van de spoeddienst en patiënten die bij voorkeur op de eerste lijn worden gezien, werd toegelicht in hoofdstuk V.5.b. 'Triage'.

Een besluit over de methode van triage, waar en door wie er moet worden getrieerd, zal sterk samenhangen met de doelstelling en de taakinfilling van de verschillende diensten. De huisartsenwacht dienst en de lokale ziekenhuizen zullen hier gezamenlijk een werkwijze moeten opstellen.

De haalbaarheid van soortgelijke interventies wordt bepaald door de winst die de spoeddienst en de huisartsenwachtdienst uit het initiatief kunnen halen. Baserend op de literatuur kan men verwachten dat een éézijdige reorganisatie van de huisartsenwachtdienst een nauwelijks/niet meetbare daling van het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst teweeg zal brengen (Murphy, 1998). De kans op effect zal stijgen als de spoeddienst eveneens consequent terugverwijst maar vergroot des te meer wanneer de respectieve diensten worden beloond (bijvoorbeeld onder vorm van een aanpassing van werkingsmiddelen) voor een effectief gebruik van het correcte echelon door de patiënt.

#### 4. Sensibiliseren van het grote publiek

Niet alleen moeten patiënten voordelen ondervinden wanneer ze zich op gepaste wijze bij de huisartsenwachtdienst of de spoeddienst aandienen, patiënten moeten eveneens worden geïnformeerd over de manier waarop ze tijdens de avonduren of in het weekend medische zorg kunnen krijgen.

Het sensibiliseren van het grote publiek tot gepast gebruik van de diensten en het informeren over de huisartsenwachtdienst gaan hand in hand:

- Enerzijds moeten mensen **ervaren** wat de voordelen zijn van een correct gebruik van spoed- en wachtdiensten en wat de nadelen zijn van een oneigenlijk gebruik ervan. Wat de haalbaarheid betreft kan worden verwezen naar de opmerkingen onder '2. Beleidsafspraken'
- Anderzijds moeten mensen voldoende worden **geïnformeerd** via de gekende (media)kanalen zoals de streekkranten, de regionale televisie, aankondigingen op internet, folderbedeling via de huisartsen en apotheken. De haalbaarheid van dit tweede luik hangt samen met de financiële mogelijkheden van de huisartsenkring en de huisartsenwachtdienst.

## IX. Evaluatie: registratie van indicatoren van verandering en kwaliteit

Een eerste stap bij het organiseren van een registratie om het effect van een reorganisatie te meten, is na te gaan welke indicatoren zinvol zijn om te meten. Met andere woorden, welke indicatoren zijn gevoelig aan de verandering die een reorganisatie met zich mee zal brengen. Om tot een zinvolle keuze te komen moet worden teruggegrepen naar de doelstelling van de reorganisatie.

### A. In het ziekenhuis

De doelstelling voor het ziekenhuis is het terugdringen van het oneigenlijk gebruik van de dienst spoedgevallen.

De te meten **indicator** is dan het aantal patiënten dat de spoeddienst oneigenlijk gebruikt. De hypothese is dat dit aantal patiënten na de reorganisatie zal afnemen.

Ter wille van de meting moet oneigenlijk gebruik worden **gedefinieerd**? Een voorstel tot definitie is de volgende:

Men spreekt van oneigenlijk gebruik bij:

- een niet alarmerend symptoom, als hoofdklacht, dat langer dan 24 uur bestaat en waarvoor hooguit een eenvoudige technische acte zoals een suture (evenwel buiten het aangezicht) vereist is, met uitzondering van beeldvorming.
- niet-verwijzing door de huisarts

NB. Voor een kind beschouwt men koorts die minder dan 24 uur bestaat en niet gepaard gaat met een alarmerend symptoom, globaal als een niet alarmerende hoofdklacht.

**Welke patiënten** worden in de registratie opgenomen?

Patiënten met een hoofdklacht die aan bovenvermelde omschrijving voldoet en zich op spoed aandienen na 18 uur.

**Wat** wordt er geregistreerd?

- Het adres van de patiënt onder vorm van de **gemeente** (te noteren: domicilie of verblijfsadres; om onderscheid te maken tussen studenten en inwoners van Leuven).
- Of de patiënt al dan niet verwezen is, moet niet worden genoteerd omdat het een inclusie criterium is.
- De **duur** van de klacht.
- Of patiënt al dan niet een **huisarts** heeft in de regio.
- **Waarom een/de huisarts niet werd gezien.** Volgende mogelijkheden worden aangeboden:
  - de patiënt kent de huisartsenwachtdienst niet
  - de huisartsenwachtdienst is wel bekend maar de huisarts van dienst was niet bereikbaar
  - de patiënt was van mening dat de huisarts niet geschikt was voor het gestelde probleem
  - de patiënt moet (te) lang wachten op de huisarts

- de patiënt wilt de huisarts niet lastigvallen
- om financiële redenen
- Andere:.....

Deze registratie zou plaats hebben aan de ingang van de dienst spoedgevallen.

Het zou zinvol kunnen zijn om de uiteindelijke diagnose op te nemen in de registratie. Het zou kunnen dienst doen als dubbel check van de juiste interpretatie van het inclusie criterium "hoofdklacht".

## B. Bij de huisartsenwachtdienst

De huisartsen wensen een reorganisatie van hun wachtdienst om enerzijds een aantal actuele knelpunten te remediëren en daardoor het wachtlopen draaglijker te maken maar anderzijds omdat ze zich als wachtdoende huisartsen beter willen profileren binnen een duidelijk herkenbare structuur en daardoor oneigenlijk gebruik van hun eigen diensten en ziekenhuisdiensten wensen te reduceren.

De te meten indicatoren zijn dan het **aantal oproepen** tijdens de wachtdienst, de manier waarop aan de vraag **gevolg** wordt gegeven (advies, consult, huisbezoek, verwijzing) en de subjectieve inschatting over de **noodzaak** van de oproep en het **zinvol** handelen.

Er wordt geregistreerd bij **alle contacten** tussen de wachtdienst en de oproeper tijdens een wachtperiode.

**Wat** wordt er geregistreerd?

- Naam (niet op doordrukformulier voor de anonimiteit van de registratie)
- Adres (waarbij alleen gemeente doordrukt)
- Geboortedatum
- Naam van de dokter van wacht
- Naam van de huisarts
- Datum en uur van de oproep
- Uur van de tussenkomst
- Aard van de tussenkomst: raadpleging, huisbezoek of telefonisch consult
- De hoofdklacht (eventueel de diagnose)
- De duur van de hoofdklacht
- Het beleid
- Werkonbekwaamheid, indien van toepassing
- Verwijzing indien van toepassing
- Een persoonlijk oordeel over de noodzaak van de oproep
- Of de arts zijn/haar interventie zinvol vond)

**bijlage 6 stelt het registratieformulier voor zoals het door de huisartsenwachtdienst zal worden gebruikt in de registratieperiode.**

## C. De patiënt

De tevredenheid van de patiënt zou een interessante uitkomstparameter van een reorganisatie kunnen zijn. Een tevredenheidsonderzoek over het functioneren van de huisartsenwachtdienst voor en na een reorganisatie wordt niet opgenomen omwille van de aparte dataregistratie en analyse die hiervoor vereist is.

## D. Timing van de registratie

De simultane registratie in het ziekenhuis en bij de huisartsenwachtdienst zou 6 weken voor en 6 weken na de reorganisatie plaats vinden.

Het registratiemoment moet zo worden gekozen dat er tijdens de duur van de registratie geen seizoensgebonden verschillen in het consultatiegedrag van patiënten kan optreden.

## E. Samenvatting

	<u>Ziekenhuis</u>	<u>Huisartsenwachtdienst</u>
<b>Doel van het project</b>	Het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst doen dalen.	<ul style="list-style-type: none"><li>• De huisartsenwachtdienst profileren ten opzichte van het ziekenhuisaanbod.</li><li>• Oneigenlijk gebruik van de huisartsenwachtdienst beperken.</li><li>• De kwaliteit van de zorg voor de patiënt hoog houden.</li><li>• Het comfort voor de wachtarts vergroten.</li></ul>
<b>Indicatoren om verandering te meten</b>	Het aantal oneigenlijk gebruikers van de spoeddienst.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het aantal oproepen bij de huisartsenwachtdienst.</li><li>• Het gevolg dat aan de oproep wordt gegeven (tijdsverloop en medisch-technisch).</li><li>• De noodzaak en de zin van de medische tussenkomsten.</li></ul>
<b>Wanneer wordt er geregistreerd?</b>	Enkel bij oneigenlijk gebruik (cfr. definitie).	Bij alle contacten tijdens de huisartsenwachtdienst.
<b>Hoe wordt er geregistreerd?</b>	Elektronisch door een verpleegkundige aan het onthaal van de spoeddienst.	Op doorslagdocumenten die de huisarts van wacht invult.

**Tabel 18 Samenvatting van de doelstelling en de verbonden indicatoren om het effect van een reorganisatie te registreren.**

# **X. Conclusie: een stapsgewijs scenario voor een reorganisatie van de huisartsenwachtdienst**

## **A. Uitbouw van een permanent overleg tussen de eerste en de tweede lijn**

Dit overleg is essentieel en ligt aan de basis van alle volgende stappen in een reorganisatie van de huisartsenwachtdienst en de doelstelling is meervoudig:

- Het ontwikkelen van taakafspraken tussen beide echelons die essentieel samenhangen met de doelstelling van de huisartsenwachtdienst en de diensten spoedgevallen die actief zijn binnen de huisartsenregio.
- Het ontwikkelen van een transparante werking van de huisartsenwachtdienst en de spoeddiensten.
- Het onderhouden van tussentijdse overlegmomenten om de samenwerking bij te sturen.

## **B. Het ontwikkelen van een voor de patiënt herkenbare huisartsenwachtdienst**

De middelen die hiertoe kunnen bijdragen zijn:

- Het gebruik van een centraal telefoonnummer.
- Het gebruik van een bemand secretariaat. Het doorbreekt de anonimiteit en begeleidt de patiënt in een gepast gebruik van de beschikbare diensten.
- Een duidelijk zichtbaar, herkenbaar, bereikbaar 'medisch huis'.
- Richtlijnen in het medisch handelen met betrekking tot het gebruik van de verschillende echelons. Door het consistent medisch handelen door de verschillende wachtartsen bij de huisartsenwachtdienst en in het ziekenhuis worden patiënten ontmoedigd om alternatieve zorgroutes uit te proberen.
- Overheidsmaatregelen die patiënten aanmoedigen tot een gepast gebruik tot een gepast gebruik.
- Patiënten sensibiliseren via alle mogelijk communicatiekanalen.

## **C. Een snelle dienstverlening**

De middelen die hiertoe kunnen bijdragen zijn:

- Een vlotte afsprakenregeling voor het spreekuur in het medisch huis.
- Huisbezoeken waar ze nodig zijn.
- Telefonisch consult waar dit kan volstaan.
- Gecoördineerd handelen met de ambulancediensten bij levensbedreigende situaties

## **D. Een kwaliteitsvolle dienstverlening**

De middelen die hiertoe kunnen bijdragen zijn:

- Optimale communicatie tussen alle partners die betrokken zijn in de (dringende) medische hulpverlening, hiervoor gebruik makend van doorschakeling, telefonisch netwerk en elektronische uitwisselingssystemen.
- De ontwikkeling van een veilig en aan het echelon aangepast triagesysteem voor gebruik door een arts of een geschoold verpleegkundige waarbij het risico op een verkeerde inschatting minimaal is.
- Registratie van indicatoren van een kwaliteitsvolle huisartsenwachtdienst. De indicatoren moeten door de wachtdiensten worden opgesteld in functie van de organisatiestructuur waarbinnen wordt gewerkt.
- Taakafspraken met andere zorgverstrekkers op de eerste lijn zoals thuisverpleegkundigen, kinesisten, apothekers en palliatieve zorgcentra.

## **E. Comfortabel en veilig werken voor de huisarts**

De middelen die hiertoe kunnen bijdragen zijn:

- De beschikbaarheid van onderzoeksruijnte en materiaal in een medisch huis.
- Het bevorderen van het spreekuur en reduceren van het aantal huisbezoeken.
- Het reduceren van het aantal werkuren waarbinnen de wachttarts beschikbaar is.
- De ruggesteun van een bemand secretariaat en een snelle contactname bij gevaar.
- Het gebruik van een dienstauto met chauffeur in grootstedelijke gebieden met een groter veiligheidsrisico.

## **F. Genereren van de nodige financiële middelen**

- Voor huur en inrichting van lokalen van een medisch huis.
- Voor het aanwerven van personeel ter ondersteuning van de werking van het medisch huis.
- Voor de uitbouw van een telefonisch netwerk tussen de huisartsenwachtdienst, de spoeddienst, de ambulancedienst en de arts op de baan.
- Voor de hard en software voor registratie en communicatie.

## Figuren

FIGUUR 1: CATCHMENT AREA VAN DE LEUVENSE ZIEKENHUIZEN .....	9
FIGUUR 2: .....	10
FIGUUR 3: WACHTREGIO HAACHT MET AANTAL DEELNEMENDE HUISARTSEN PER DORP .....	11
FIGUUR 4: UK NATIONAL TRIAGE SCALE .....	35
FIGUUR 5: TRIAGE CRITERIA VOOR SELECTIE NAAR DE EERSTE LIJN OF DE SPOEDDIENST (DALE ET AL, 1995) .....	36
FIGUUR 6: CENTRALE HUISARTSENPOST NIJMEGEN .....	41
FIGUUR 7: DEENS MODEL.....	43
FIGUUR 8: FINS ORGANISATIEMODEL. ....	45
FIGUUR 9: HET NURSING-CARE-MODEL VOOR OORLOGSVETERANEN .....	47
FIGUUR 10: SCHEMATISCH OVERZICHT VAN EEN BRITSE HUISARTSENCOÖPERATIEVE .....	49
FIGUUR 11: NAAR HAM, 1999, NICHOLL, 2000; O'CONNEL, 1999; WILKIE, 1999. ....	50
FIGUUR 12: NAAR NICHOLL, 2000.....	50
FIGUUR 13: OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE ZORGNIVEAU'S EN HET VOORGESTELDE TRIAGESYSTEEM, (NICHOLL, 2000).....	51
FIGUUR 14: DE STRUCTUUR VAN HET ORGANISATIEMODEL ONTWIKKELD DOOR DE HUISARTSENGROEP .....	57
FIGUUR 15: DE BEZETTING VAN ARTSEN EN HET VERLOOP VAN EEN INKOMENDE OPROEP .....	57
FIGUUR 16: DE ORGANISATIE VAN DE WACHTDIENST TIJDENS WEEKDAGEN .....	58
FIGUUR 17: SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG OP DE EERSTE LIJN .....	65

## Tabellen

TABEL 1 ABSOLUTE AANTAL EN PERCENTAGE VAN DE PATIËNTEN DIE DOOR DE HUISARTS ZIJN VERWEZEN OF OP EIGEN INITIATIEF ZIJN GEKOMEN, NAAST HET AANDEEL VAN DEZE PATIËNTEN DAT WORDT GEHOSPITALISEERD.....	13
TABEL 2: ABSOLUTE AANTAL EN PERCENTAGE VAN DE PATIËNTEN DIE DOOR DE HUISARTS ZIJN VERWEZEN OF OP EIGEN INITIATIEF ZIJN GEKOMEN, NAAST HET AANDEEL VAN DEZE PATIËNTEN DAT WORDT GEHOSPITALISEERD.....	13
TABEL 3: ABSOLUTE AANTAL (EN %) PATIËNTEN DAT ZICH AANDIENT OP DE SPOEDDIENST IN FUNCTIE VAN DE VERWIJZER EN DE URGENTIEGRAAD VOLGENS DE AUSTRALIAN TRIAGE SCALE.....	14
TABEL 4: ABSOLUTE AANTAL (%) PATIËNTEN DAT ZICH AANDIENT OP DE SPOEDDIENST IN FUNCTIE VAN DE VERWIJZER EN DE URGENTIEGRAAD VOLGENS DE AUSTRALIAN TRIAGE SCALE.....	14
TABEL 5: ALGEMENE GEGEVENS VAN DE HUISARTSENWACHTDIENSTEN.....	15
TABEL 6: DE UURREGELING BIJ DE HUISARTSENWACHTDIENST.....	16
TABEL 7: INFORMATIE-OVERDRACHT BIJ DE HUISARTSENWACHTDIENST.....	17
TABEL 8: REGELS, AFSPRAKEN EN GESCHILLEN BIJ DE HUISARTSENWACHTDIENST.....	18
TABEL 9: BEREIKBAARHEID EN BEKENDMAKING VAN DE HUISARTSENWACHTDIENST.....	19
TABEL 10: WOOD (1986).....	32
TABEL 11: DRIE-FASE MODEL VAN DETERMINANTEN VAN HET GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST NAAR PADGETT EN BRODSKY (1992).....	32
TABEL 12: BRON: AUSTRALIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE.....	36
TABEL 13: NAAR NHG STANDAARD, HUISARTS EN WETENSCHAP 1989;32:219-222.....	40
TABEL 14: ORGANISATIEMODEL WACHTDIENST NIJMEGEN.....	41
TABEL 15: ERVARINGEN MET HET NEDERLANDS MODEL.....	42
TABEL 16: WERKOMSTANDIGHEDEN IN HET DEENS MODEL.....	44
TABEL 17: WERKOMSTANDIGHEDEN IN HET FINS MODEL.....	46
TABEL 18 SAMENVATTING VAN DE DOELSTELLING EN DE VERBONDEN INDICATOREN OM HET EFFECT VAN EEN REORGANISATIE TE REGISTREREN.....	73