

**Conception d'un outil d'évaluation des activités
des services de garde de médecins généralistes**

**Ontwerp van een instrumentarium ter evaluatie
van de activiteiten van de huisartsenwachtdienst**

Prof. Dr. Jan Heyrman, DDR. Danielle Grouwels,
Dr. Caroline Verlinde, Dr. Katleen Van Emelen
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KUL

Prof. Dr. Dominique Pestiaux, Dr Geneviève Haucotte, Dr Guy Beuken,
Sabine Stordeur (Ph.D.), Catherine Gourbin (Ph.D.)
Centre universitaire de Médecine générale, UCL

Rapport juillet 2005

**Financement Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique de
l'Environnement
Financiering: Federale Ministerie van sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu**

Inhoudstafel

- I. Inleidende situering – Présentation du projet
- II. Visie op de toekomst – Vision de l'avenir
- III. Kritische kwaliteitskenmerken wat betreft de Belgische wachtdienstorganisatie
 - i. thema's of hoofddomeinen op basis waarvan de kritische kwaliteitskenmerken in België geselecteerd worden
 - ii. omschrijving van kwaliteitsindicatoren ter evaluatie van de activiteiten van de wachtdienst (gebaseerd op literatuur)
- IV. De drie invalshoeken verder uitgewerkt
 - i. literatuurstudie: organisatie van de huisartsenwachtdienst in Nederland, Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Frankrijk en Zwitserland.
 1. doel
 2. methode
 3. participanten: bestudeerde landen
 4. samenvatting van de resultaten
 5. bijlagen
 - ii. interview sleutelfiguren
 1. doel
 2. methode
 3. participanten
 4. tekstfragmenten en getuigenissen uit de interviews
 5. samenvatting van de resultaten
 6. bijlagen
 - iii. brainstormgroepen
 1. doel
 - A. brainstormgroepen Vlaanderen en Brussel (Vlaams- en Franstalig)
 2. methode
 3. participanten
 4. synthese met scores
 5. samenvatting van de resultaten
 6. bijlagen
 - B. brainstormgroepen Wallonië en Brussel (Franstalig)
 2. methode
 3. participanten
 4. samenvatting van de resultaten
 5. bijlagen
- V. Denkpistes voor fase II

Addenda: **Problèmes de recrutement des services de garde de médecine générale**

I. Présentation du projet

Le but principal du projet actuel est de soutenir les cercles dans leur mission d'organisation des services de garde en médecine générale.

La recherche a donc été réalisée en étroite concertation avec la profession. Ce qui a d'ailleurs fait évoluer le projet de manière significative...

En effet, le sujet est très sensible parce qu'il concerne le recueil de données décrivant l'activité professionnelle du généraliste et parce que l'utilisation de ces données nécessite des garanties évidentes pour la profession.

Cette première phase propose donc une double approche :

Le premier objectif général est de définir un ensemble de critères de qualité qu'il serait possible de collecter afin de permettre aux cercles de mieux gérer et évaluer leurs activités de garde. Les indicateurs identifiés devront être applicables à l'ensemble des cercles de médecins généralistes. Il s'agira donc d'indicateurs relatifs aux structures et aux processus de l'activité des médecins tant francophones que néerlandophones.

Le deuxième objectif général est de solliciter les attentes et réactions de la profession dans la perspective d'un recueil de données pertinentes pour appuyer la démarche des cercles de médecine générale.

Il faut reconnaître que les cercles sont de constitution récente puisque leur mise en place fait suite à la publication de l'arrêté royal définissant les missions des cercles en date du 05 octobre 2002. Leurs préoccupations initiales ne sont donc pas de développer un recueil de leurs activités sophistiqué et encore moins si celui-ci est destiné à des finalités imprécises ou possiblement inacceptables mais plutôt d'organiser de manière adéquate la permanence de soins exigée.

Nous devons cependant penser l'avenir et le construire en collaboration avec les médecins généralistes qui réfléchissent à de nouveaux moyens d'organiser de manière efficace la réponse aux patients.

Les indicateurs proposés dans ce rapport de recherche peuvent concerner différents aspects, tels que : l'organisation de la garde, les activités du médecin généraliste, la transmission des informations vers le médecin traitant, les données relatives à l'ensemble de la patientèle, la coordination avec d'autres services, la transmission des données anonymisées en vue de leur exploitation scientifique.

Nous avons donc voulu réaliser un descriptif :

- des expériences de garde de médecine générale et de monitoring de ces gardes menées dans d'autres pays ;
- de l'organisation actuelle des gardes de médecine générale en Belgique
- des solutions envisagées pour le futur.

Pour répondre à ces objectifs, le protocole de l'étude comprend :

- une revue de littérature permettant d'identifier les indicateurs utilisés pour le monitoring des activités de garde en médecine Générale aux Pays-Bas, Danemark, Grande-Bretagne, France et Canada ;
- des interviews d'informateurs – clés dans différents domaines : médecins, gestionnaires ou informaticiens ;
- la réalisation de groupes de discussion composés de médecins généralistes : un en Région Flamande, un en Région Wallonne, deux dans la Région de Bruxelles-Capitale

Le projet a été accepté par le ministère des Affaires sociales, de la santé Publique et de l'Environnement et l'étude s'est déroulée du 1^{er} décembre 2004 au 31 mai 2005. Ce rapport présente successivement les résultats des trois volets de la recherche.

En premier lieu, il est important de décrire quelques éléments en rapport avec la prise en charge des patients en dehors des heures de bureau :

1. Aide médicale urgente

La loi concernant l'aide médicale d'urgence (8.07.1964) est le cadre spécifique pour déterminer l'aide urgente « organisée », « spécialisée ».

A l'origine, proposée pour des urgences sur des chemins ou lieux publics, cela s'est également étendu aux habitations privées (01.01.1998). Par un numéro d'appel unique (100), une équipe spécialisée (SMUR – groupe d'urgence mobile) est mobilisée, pour des personnes dont l'état de santé nécessite une intervention rapide, suite à un accident, affection soudaine, aggravation subite d'une maladie ; lié à cette aide, le transport et la prise en charge dans un service hospitalier adéquat est alors également assuré.

2. Service de garde à la population

Le cercle médical est responsable entre autre, de l'organisation d'un service de garde territorial à la population, pendant le week-end et les jours fériés. A certains endroits, le cercle organise également un service de garde pour les soirs en semaine.

De ce fait, s'il n'est pas possible de contacter le médecin traitant, la continuité des soins est assurée. Récemment, le cadre juridique de reconnaissance de cette activité avec financement a été créé.

3. Continuité des soins

Chaque médecin généraliste ou chaque pratique de médecine générale a la responsabilité de garantir la continuité des soins. L'Arrêté Royal 78 détermine l'obligation des dispensateurs des soins d'assurer la continuité des soins (article 8, § 1), de telle sorte que le diagnostic et l'accompagnement thérapeutique peuvent être mis en place. Pendant le fonctionnement d'un service de garde à la population, la continuité des soins est transmise à ce service, à d'autres moments, chaque médecin généraliste doit prendre des mesures personnelles pour que les soins soient assurés par un confrère ayant les mêmes qualifications. La permanence est focalisée sur la propre pratique et est donc une autre mission complémentaire : pendant les heures de travail normales, chaque médecin généraliste doit assurer pour chaque patient l'accès aux soins de médecine générale, par une organisation personnelle ou par des règles de rendez-vous pendant la permanence, l'association ou la pratique de groupe.

Dans cette recherche, nous nous concentrerons sur le service de garde à la population, qui garantit donc l'accueil à la population à des heures déterminées et qui peut en même temps représenter une prise en charge dans le cadre de la continuité des soins que chaque médecin généraliste doit garantir à ses patients.

I Inleidende situering - projectvoorstelling

De belangrijkste doelstelling van het huidige project is de kringen te ondersteunen in hun taak de wachtdienst te organiseren in de eerste lijn.

Het project werd daarom gerealiseerd in nauwe samenwerking met de beroepsgroep. Deze samenwerking heeft het onderzoek trouwens in belangrijke mate beïnvloed.

Het onderzoek betreft immers een gevoelig thema omdat het onder andere handelt over het verzamelen van gegevens die de beroepsactiviteiten aangaan en dat deze gegevensverzameling bepaalde garanties moet bieden aan de beroepsgroep.

De eerste fase van dit project had twee doelstellingen:

Een eerste was een set van kwaliteitsindicatoren te definiëren die door de kringen zouden kunnen gebruikt worden om hun wachtdiensten beter uit te voeren en evalueren. De geïdentificeerde kwaliteitsindicatoren moeten dus toepasbaar zijn op alle huisartsenkringen. Het gaat meer bepaald om criteria die betrekking hebben op de structuren en activiteiten van zowel Nederlandstalige als Franstalige huisartsenkringen.

Een tweede doelstelling was te polsen naar de verwachtingen en reacties van de beroepsgroep op een voorstel tot gegevensverzameling in het kader van de ondersteuning van de kringen.

Men mag niet uit het oog verliezen dat veel kringen pas recent ontstaan zijn als gevolg van het Koninklijk Besluit van 5 oktober 2002 dat de taken van de huisartsenkringen definieert. Hun eerste bezorgdheden zijn niet het ontwikkelen van een gesofisticeerd activiteitenverslag, zeker niet indien dit bestemd is voor onduidelijke doeleinden of mogelijks onaanvaardbare doeleinden, maar wel het organiseren van de continuïteit van verantwoorde zorg.

We moeten nochtans aan de toekomst denken en bouwen in samenwerking met huisartsen die nadenken over nieuwe manieren om op een efficiënte wijze aan de vraag van de patiënt te gemoed te komen.

De kwaliteitsindicatoren die in dit project voorgesteld worden gaan over verschillende aspecten zoals: wachtdienstorganisatie, activiteiten van de huisarts, overdracht van informatie naar de huisarts, gegevens over het geheel van de patiënten, samenwerking met andere diensten, overdracht van geanonimiseerde gegevens met het oog op wetenschappelijke extrapolatie.

Wij hebben tevens een beschrijving willen geven van:

- ervaringen van eerstelijns wachtdienstorganisaties in het buitenland
- de huidige wachtdienstorganisatie in de eerste lijn in België
- mogelijke oplossingen voor de toekomst

Om hieraan te gemoed te komen, omvat deze studie:

- een literatuurstudie die de kwaliteitsindicatoren bekijkt die in de eerste lijn in het buitenland (Verenigd Koninkrijk, Nederland, Denemarken, Frankrijk en Canada) gebruikt worden om de activiteiten van de wachtdienst te evalueren
- interviews met sleutelfiguren uit verschillende domeinen (informatica, organisatorische en medische wereld)
- discussiegroepen met huisartsen: één groep in Vlaanderen en Wallonië en twee groepen in het Brussels gewest

Deze studie werd aanvaard door het ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en liep van 1 december 2004 tot 31 mei 2005. Dit rapport omvat achtereenvolgens de resultaten van de drie onderdelen van het onderzoek.

Het is belangrijk eerst enkele begrippen i.v.m. de opvang van patiënten buiten de kantooruren nader te omschrijven:

1. dringende medische hulp:

De wet op dringende medische hulpverlening(8.07.1964) is het specifiek kader om 'georganiseerde' dringende 'specialistische' hulp te bepalen. Oorspronkelijk bedoeld voor urgenties op de openbare weg of openbare plaatsen, is dit ook uitgebreid naar private woningen (1.01.1998). Via een eenvormig oproepstelsel (100) wordt een gespecialiseerd team (MUG - Mobiele Urgentiegroep) gemobiliseerd, voor personen wiens gezondheidstoestand een dringende tussenkomst vergt ten gevolge van een ongeval, plotse aandoening of plotse verwikkeling van een ziekte; aansluitend aan de hulpverlening wordt dan ook het vervoer en de opname in een aangepast ziekenhuis verzekerd.

2. bevolkingswachtdienst - Service de garde à la population:

De huisartsenkring is verantwoordelijk voor o.a. de organisatie van een territoriaal omschreven bevolkingswachtdienst tijdens het weekend en de feestdagen. Op sommige plaatsen organiseert de kring ook een week(avond)wachtdienst. Hierdoor kan, in omstandigheden van onbereikbaarheid van de vaste huisarts, toch een continuïteit van zorgen verzekerd worden. Recent is het wettelijk kader voor erkenning en met financiering geschapen.

3. continuïteit van de zorgen - continuité des soins

Elke huisarts of huisartsenpraktijk heeft de verantwoordelijkheid voor de eigen patiënten de continuïteit van zorg te garanderen. Het KB.78 bepaalt de verplichting van de zorgverstrekker om in te staan voor de continuïteit van de zorgen (art. 8.§1),zodat het diagnostisch en therapeutisch beleid kan worden voortgezet. Tijdens het functioneren van een bevolkingswachtdienst kan de continuïteit van zorg aan deze dienst worden overgedragen, op andere moment dient elke arts hiervoor zelfstandig maatregelen te nemen om de zorg te verzekeren door een beoefenaar met dezelfde kwalificatie. Permanentie is gericht op de eigen praktijk, en is dus een andere, hieraan complementaire opdracht: gedurende de normale werkuren dient elke huisarts voor elke patiënt toegang tot de huisartsgeneeskundige zorg te verzekeren, door een eigen praktijkorganisatie, of door afsprakenregels binnen het netwerk, het samenwerkingsverband of de groepspraktijk.

In dit onderzoek focussen we ons op de bevolkingswachtdienst, die op dus op afgesproken uren een opvang garandeert naar de bevolking, en tegelijk ook een opvang mag betekenen in het kader van de continuïteit van zorg, die elke huisarts voor de eigen patiënten moet garanderen.

II. Visie op de toekomst

In de periode van december 2004 tot mei 2005 werden in het kader van een wetenschappelijk onderzoeksproject in opdracht van de federale overheid, informatie, opinies en concepten verzameld die de recent opgerichte huisartsenkringen een instrumentarium moeten ter hand stellen om hun opdracht in de uitbouw van hoog kwalitatieve en performante huisartsenwachtdiensten te ondersteunen. Door een wetenschappelijke onderzoeksequipe van de huisartsafdelingen aan de UCL en de KUL, en in intensief overleg met de betrokken huisartsorganisaties in het veld, worden deze gebundeld en gerapporteerd. Via drie bronnen werden ze bijeengebracht. Allereerst werd een "sleutelfigureninterview" doorgevoerd bij meer dan dertig personen, geselecteerd uit een breed veld van deskundigen in de ontwikkelingen rond de urgentieopvang in het algemeen, en de huisartsenwachtdiensten in het bijzonder. Daarnaast werden in vier brainstormgroepen een zestigtal verantwoordelijken van huisartsenwachtdiensten bevroegd over hun huidige organisatie en hun verwachtingen naar de toekomst. De afzonderlijke beschrijving van deze wachtdienstsysteemen in bijlage levert een boeiend overzicht van de wachtdienstorganisatie in België. Tenslotte werd dit alles ondersteund via literatuuronderzoek uit omringende landen, meer bepaald Nederland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Zwitserland.

Dit rapport omvat een samenvatting van de belangrijkste elementen uit de bevraging. Hierbij werd expliciet gevraagd naar een **visie op de toekomst** wat betreft kwaliteitsvolle wachtdienstorganisatie. Dit moet leiden tot een voorstel omtrent een "set van kwaliteitsindicatoren" ten behoeve van de wachtdienstorganisatie. In de volgende projectfasen zullen deze op hun aanvaardbaarheid, haalbaarheid en kost worden uitgetest via verschillende veldimplementaties.

1. Optimale beschikbaarheid en bereikbaarheid

1.1 Het sleutelfigureninterview.

Algemeen is iedereen akkoord dat een optimale beschikbaarheid en bereikbaarheid voor patiënten moet worden gegarandeerd in de eerste lijn. De wijze van organisatie zal verschillend zijn volgens de regio. Tenminste 3 grote types zijn te onderscheiden: de grootstadsregio, de kleinere stadsregio en de plattelandsregio, die in de toekomst een verschillende organisatie zullen rechtvaardigen. Eén systeem voor het hele land lijkt weinig haalbaar.

Er bestaat dus geen wachtdienstorganisatie die voor iedereen 'ideaal' is. De ondervraagden pleiten echter wel voor een meer professionele organisatie van de wachtdienst zowel voor patiënten (meer toegankelijk, betere zorg, betere continuïteit) als voor artsen (flexibele organisatie, meer veiligheid en financiële zekerheid).

Het huidige aanbod is zeer variabel. Qua modellen kennen we de centrale opvangmodellen met secretariaat, al of niet met huisartsenwachtpost, de rotamodellen met afspraken tussen huisartsen onderling, en de "deputising" modellen vanuit zelfstandige wachtdienstorganisaties. Qua periode wordt meestal een weekendwacht aangeboden, soms vanaf vrijdagavond, en in 50% van de regio's ook een weekwacht. De opvangwijze varieert van automatisch doorschakelsysteem, naar een al of niet gepersonaliseerd secretariaat, tot een centraal werkende huisartsenpost met dispatching. Voor de onmiddellijke toekomst worden positieve ontwikkelingen geformuleerd: een uniek nationaal telefoonnummer dat oproepers automatisch naar websites per wachtdienstregio's verwijst waarin de lokale diversiteit een plaats krijgt; goed uitgeruste huisartsenposten die de herkenbaarheid, de organisatieefficiëntie, en de kwaliteit kunnen verhogen; een verschillende regio voor zittende en rijdende wacht,.... Huisartsenposten kunnen geplaatst worden in privé kabinetten, specifieke daartoe aangeschafte kabinetten, maar ook in rusthuizen of publieke gebouwen. De stap naar huisartsenposten in de ziekenhuissetting is voor niemand een optie. Met de

nieuwe initiatieven willen allen de herkenbaarheid, bereikbaarheid en de transparantie van het huisartsenaanbod verhogen. Dit is nodig opdat de patiënt de weg naar de huisartsenwachtdienst opnieuw voor de hand liggend gaat vinden. In de toekomst zouden wachtdiensten van apothekers, verpleegkundigen, kinesisten,...op dezelfde wachtpost kunnen worden georganiseerd.

1.2 Opinies uit wachtdienst bevraging

De wachtdienst heeft als eerste objectief de continuïteit van zorg te verzekeren en de publieke wachtdienst wordt over het algemeen vnl in het weekend op feestdagen verzekerd. Wachtdienst organiseren gedurende de weekends, maar ook gedurende de weekavonden wordt unaniem voorgedragen door de Brusselse huisartsen en ook door de meerderheid van de Vlaamse kringen. Slechts één Franstalige huisarts op vijf is in Brussel in de 'publieke' wachtdienst betrokken, Médigarde en SOS Médecin verzekeren de verdere permanentie.

Centrale dispatching en centrale wachtposten is alleen in Brussel een keuze. Vlaanderen opteert veeleer voor een centraal nummer, grotere steden voelen veel voor een huisartsenpost, landelijke gebieden eerder voor consultatie bij de huisarts van wacht. In Wallonië wordt het centraal nummer als een praktisch instrument gezien dat echter bepaalde ongemakken met zich meebrengt. Daarnaast voelt iedereen voor een rijdende wacht als het echt nodig is, met een voldoende groot wachtgebied. Consultaties op het kabinet van de wachttarts moeten aangemoedigd worden en patiënten moeten opgevoed worden tot een correct gebruik van de wachtdienst. De toegankelijkheid van de wachtdienst kan verbeterd worden via promotiecampagnes.

Iedereen benadrukt het belang van voldoende positieve bekendmaking bij de bevolking, en profilering tegenover de spoedgevallendiensten. Alle middelen moeten gebruikt worden. Goede samenwerking en taakafspraken, ondersteuning, zowel logistiek als qua middelen is belangrijk voor iedereen: voor secretariaat, maar ook voor software ontwikkeling en ondersteuning. Men moet de samenwerking met ziekenhuisdiensten bewerkstelligen en verder uitbreiden.

Er wordt gesteld dat deelname in principe voor iedere huisarts verplicht moet zijn maar momenteel is er een rekruteringsprobleem. Vrijstellingsregels, vrijheid om meer of minder wacht te doen, of zelfs wacht volledig overlaten aan "wachttartsen" worden genoemd maar zonder unanimiteit.

1.3 Gegevens uit literatuur

Nederland heeft zich volledig gericht op regionaal verspreide huisartsenposten, die instaan voor de eerstelijnsgezondheidszorg buiten de kantooruren, en die landelijke kaders hanteren voor kwaliteit en financiering. Bereikbaarheid binnen een straal van 30 minuten is de norm, velen verkiezen eerder 15 minuten.

Het Verenigd Koninkrijk heeft sterk georganiseerde 'out of hours' diensten met wisselende bezetting. Vier typecontracten zijn mogelijk: commerciële organisatie, primary care trusts, huisartspraktijken zelf voor eigen continuïteit of met zelf ingehuurde sub-contracten. De patiënten kennen de adressen, intern wordt de opvang geregeld.

In Denemarken vertrekt de oproep vanuit één coördinatiecentrum met ervaren artsen per 60.000 inwoners en daar wordt getrieerd naar het gepaste zorgniveau: telefonisch advies, huisartsenpost, rijdende wacht of doorverwijzing spoed. Huisartsenposten bestaan in of buiten de ziekenhuizen.

In Frankrijk heeft men een centraal oproepnummer en gemiddeld een wachtpost per 30 huisartsen en per 30 tot 60.000 inwoners, en een rijdende wacht die ook mee opvangt.

In Zwitserland wordt de wachtdienst kantonnaal op verschillende wijzen georganiseerd.

2. Triage van inkomende oproepen

2.1 Het sleutelfigureninterview.

Inkomende oproepen moeten deskundig worden getrieerd naar het juiste aanbod. Huisartsen zijn uiteraard uiterst geschikt om deze triage te verzekeren. De vraag wordt gesteld rond kostefficiëntie van een opvangpermanentie met deze hoge kwalificatie. Een secretariaat of specifiek opgeleid personeel dat de oproep beantwoordt anderzijds, kan uitmonden in enkel het doorgeven van oproepen en misschien niet in goede medische besliskunde. Ook lager geschoold personeel kan worden opgeleid, mits duidelijke strategische richtlijnen, goede ondersteuning met klachtgerichte software, en een performant regionaal georganiseerd opvangnetwerk. Te lage scholing is niet acceptabel en werkt ziekenhuisopname dus kostenverhoging in de hand.

Betere herkenbaarheid en bereikbaarheid en optimale triageafspraken kan oneigenlijk gebruik verminderen. Er is nood aan nationale criteria voor “oneigenlijk” gebruik. Verantwoordelijken van beide netwerken, zowel van spoedgevallendiensten als van huisartsendiensten, moeten zich omtrent de doelstellingen engageren.

2.2 Opinies uit wachtdienst bevraging

Zowel in Brussel als in Vlaanderen is de meerderheid voorstander van een professionele triage door opgeleid personeel niet-artsen. In Wallonië is men door de band geen voorstander van dit systeem omdat het de wacht depersonaliseert en indruist tegen het principe van de nabijheid van de huisartsgeneeskunde. Het personeel, de bevolking en de artsen zelf moeten goed op de hoogte zijn van de taak en mogelijkheden van de huisartsenwachtdienst. Patiënten moeten bij oneigenlijk gebruik feedback hiervan krijgen, eventueel financieel gedifferentieerd.

2.3 Gegevens uit literatuur

In Nederland doet een assistente of verpleegkundige de eerste triage en kan ook telefonisch advies geven. Alles gebeurt in aanwezigheid en onder verantwoordelijkheid van de zittende arts. Er werd hieromtrent een nationaal kwaliteitsmodel ontwikkeld, externe certificering wordt in het vooruitzicht gesteld. Een aantal posten werken in het ziekenhuis, ambulances kunnen rechtstreeks worden opgeroepen

Het Verenigd Koninkrijk heeft vanaf 2005 nationale kwaliteitscriteria. Het team is als geheel verantwoordelijk voor de naleving. Zo moeten bijvoorbeeld hoogurgente situaties binnen de 3 minuten aan een ambulancedienst gesignaleerd worden.

In Denemarken doen ervaren artsen de triage, maar dan wel voor een groot wachtgebied. De overheid neemt de kosten op zich, maar de verantwoordelijkheid voor de organisatie berust bij de huisartsengroep als geheel.

Frankrijk kiest voor een open toegang tot de wachtpost, en de arts als verantwoordelijke voor de triage.

Het kanton Fribourg in Zwitserland heeft een centrale dispatching met uniek oproepnummer en een overzicht van de beschikbare wachtposten en spoedgevallen.

3. Registratiesystemen

3.1 Het sleutelfigureninterview.

Registratiesystemen voor wat er in de wachtdienst omgaat zijn nog in een beginfase. Ze zijn in eerste instantie cruciaal voor de huisartsen in hun onderlinge communicatie tussen huisarts en wachtdienst, en voor de organiserende wachtdienstverantwoordelijken zelf. Ze omvatten een brede waaier, gaande van registratie van de coördinaten van oproepers, de klachten en diagnoses, voorgeschreven acties en behandelingen, oproeptijden, graad van dringendheid en antwoordtijden, weigeringen en commentaren van oproepers en artsen,

klachtenbehandeling van oproepers en artsen, veiligheidsaspecten ten behoeve van de organisatie, etc. Elk van deze gegevens stellen verschillende eisen aan de medicalegiteit.

Gegevens bekomen tijdens de wacht moeten vooreerst dienen voor het verbeteren van de kwaliteit van zorgen en diensten (organisatie, preventie, financiering,...). Ze moeten bijdragen tot de herwaardering van de huisartsgeneeskunde. De gegevensbestanden moeten eigendom blijven van de huisartsen en beheerd worden door de kringen. Elke kring moet vrij zijn in zijn keuze welke gegevens al dan niet geregistreerd worden in functie van zijn motivatie.

Ook de organiserende overheid heeft recht op bepaalde van deze gegevens, in aangepaste formaten wat anonymisering en aggregatie betreft. Momenteel is dit voor de overheid geen prioriteit, zodat een goed systeem allereerst op wachtdienstniveau tussen artsen kan worden ontwikkeld. Als gegevens worden geregistreerd voor breder gebruik moeten ze correct zijn en eenduidig. Duidelijke afspraken en adequate opleiding zijn hiervoor essentieel. Artsen en patiënten dienen eenduidig herkenbaar te zijn, spelregels van privacy, anonymisering en eigendomsaspecten dienen te worden uitgeklaard. Een wetgeving hieromtrent wordt in het vooruitzicht gesteld.

Heel wat aandacht gaat momenteel naar de veiligheidsproblemen. Het onderscheid tussen onveiligheidsgevoel en effectieve veiligheidsproblemen wordt benadrukt. Er komt best een landelijke uniforme manier van registreren en behandelen van agressiegevallen. Het vastleggen van gevaarlijke buurten en van gevaarlijke patiënten is acceptabel indien de criteria hieromtrent duidelijk en nationaal vastgelegd worden. Buiten de grootstedelijke gebieden zijn er in feite weinig echte veiligheidsproblemen gesignaleerd.

3.2 Opinies uit wachtdienst bevraging

In Wallonië verschilt de gegevensregistratie van kring tot kring. Deze wordt beschouwd als een extra administratieve en bovendien niet betaalde last. Bovendien wekt dit heel wat wantrouwen op omdat het doel van deze registratie niet duidelijk is. Het gebruik moet eerst volledig uitgeklaard worden voor men verder gaat in het ontwikkelen van dit evaluatie instrument. In alle geval is het belangrijk dat de huisartsen eigenaars blijven van de gegevens. Deze moeten minimaal en anoniem zijn, en eventueel gecentraliseerd worden door een representatieve medische instantie. Deze gegevensverzameling moet ook nuttig zijn voor de wachtarts.

In Vlaanderen is er een grote vraag naar opleiding voor elektronische communicatie. De software moet pakketoverschrijdend zijn. De meerderheid vindt nauwkeurige registratie belangrijk, en opteert voor een uitgebreide registratie op een uniforme manier. Ook registratie van oneigenlijk gebruik, zelfs een zwarte lijst als veiligheidsgarantie wordt belangrijk geacht. Registratie gebeurt best elektronisch, op een wetenschappelijk verantwoorde manier, eenvoudig en niet tijdrovend.

3.3 Gegevens uit literatuur

Nederland registreert lokaal per huisartsenpost kwalitatieve en epidemiologische gegevens, geanonimiseerde gegevens worden niet overal doorgegeven.

Engeland heeft geen uniform systeem, en ook in Denemarken en Frankrijk zijn alleen lokaal gegevens beschikbaar in de huisartsenpost zelf.

4. Datatransfers

4.1 Het sleutelfigureninterview.

Datatransfers tussen artsen hebben specifieke kenmerken en vereisten. Er is hieromtrent een brede overeenstemming. Idealiter en cruciaal lijkt een kern dossier van elke patiënt dat beschikbaar is voor de wachtarts, en dat minimaal de actieve episodes, probleemlijst, allergieën, vaccinaties en actuele medicatie omvat. Liefst gecodeerd, en in alle geval mag de

overheid hierin geen inzage hebben. Het kern dossier is een nuttig instrument om de continuïteit van zorg te verzekeren. Het meest belovend is het elektronisch medisch dossier dat de wachtarts toestaat informatie te lezen maar ook terug door te geven aan de behandelende arts.

Variaties in opinie betreffen vooral de opslagplaats, gaande van SIS kaart, een rechtstreeks elektronische toegang tot GMD dossier, of een opstapeling op een afzonderlijke server, beheerd door de lokale kring, de beroepsgroep zelf of een veeleer neutrale nationale organisatie. In alle geval moet toegang tot deze server via strenge contractafspraken worden geregeld. Een wacht dossier omvat idealiter een elektronische registratie van klacht, diagnose en behandeling, doorverwijzing en werkongeschiktheid. Hoe meer uniform, hoe groter de meerwaarde. De gegevens moeten elektronisch bij de GMD huisarts terechtkomen, en na inzage automatisch invoerbaar zijn in het EMD.

4.2 Opinies uit wachtdienst bevraging

Toegang tot het kern dossier van de patiënt bewerkstelligt een tijdswinst, betere kwaliteit van zorg maar vooral een beter beheer van de chronische gevallen. De meerderheid verkiest een elektronisch verslag, vlot uitwisselbaar en integreerbaar in het eigen medisch dossier. De meerderheid staat ook achter het beschikbaar stellen van een kern dossier of urgentie dossier (SUMEHR) aan de wachtarts. Veiligheid van de datauitwisseling is cruciaal.

4.3 Gegevens uit literatuur

Nederland staat slechts aan het begin, een veilige wettelijk correcte manier van medische datauitwisseling is slechts in aanleg en in uitgebreid overleg. Voor 2006 wordt naar een e-medicatedossier toe gewerkt, en een module van wachtarts naar huisarts alleen.

Engeland heeft alleen algemene normen, en slechts toegespitst op informatie van ernstige patiënten met specifieke noden.

Denemarken heeft eveneens geen systeem voor beschikbaar stellen aan de wachtarts van medische basisinformatie, enkel voor de informatie van wachtarts naar huisarts achteraf. Dit verslag is niet codeerbaar. Voorschriften gaan via het meldpunt apotheken, die een centrale controle op allergieën en incompatibiliteiten inventariseert.

In Frankrijk is informatie-uitwisseling sterk individueel volgens bilaterale afspraken.

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1 Het sleutelfigureninterview.

Kwaliteitscriteria van een goede wachtdienstorganisatie omvatten de kwaliteitselementen die voor de registratie en de datatransfer zijn vastgelegd, een goede taakomschrijving van de opdrachten, liefst na afspraak met de lokale spoedgevallendiensten, en een goede inhoudelijke navorming omtrent de criteria van medische kwaliteit bij de opvang van spoedgevallen. Er dient een registratie van klachten te gebeuren, die ook liefst lokaal een afgesproken opvang- en bemiddelingsprocedure doorlopen. Klachten worden liefst zo dicht mogelijk bij de patiënt en door de beroepsgroep zelf behandeld. Een dergelijke ombudsfunctie is trouwens in de wet op de patiëntenrechten vastgelegd.

5.2 Opinies uit wachtdienst bevraging

Registratie van data is nodig voor kwaliteit en feedback. Ook goede registratie van klachten en opvolging hiervan, eventueel door een lokale verzoeningscommissie, is nodig.

De inhoudelijke opdracht van de huisarts in de wachtdienst moet wetenschappelijk worden omschreven, met een concreet takenpakket en een inhoudelijk uniforme aanpak, liefst op landelijk niveau. Dit kan dan lokaal worden toegepast.

Navorming, kringwerking, intervisie moeten op de implementatie gericht zijn. Inclusief het leren omgaan met agressie en met moeilijke patiënten. Beschikbaar stellen van een urgentietrouse en een palliatieve kit dragen bij tot de kwaliteit.

Ook de taakomschrijving van de telefonist dient te worden uitgewerkt.

5.3 Gegevens uit literatuur

De koepelorganisatie van huisartsenposten heeft in Nederland een set duidelijke kwaliteitscriteria vastgelegd. De normen zijn opgesteld in samenwerking met de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars, en richten zich op een brede set van aspecten, zowel bereikbaarheid, triage, kwaliteit en rol van de huisarts.

Ook Engeland heeft 'National Quality Requirements' waaraan iedereen zich sinds 2005 moet houden. Ze omvatten ook klachtenprocedures, feedback over de werking, audits bij patiënten,.....

In Denemarken garandeert het uniek computersysteem dat alles via gelijke criteria verloopt. De financiering is hieraan verbonden.

In Frankrijk omschrijft een centrale regelgeving structuren, processen en resultaten. Deze omvat het parcours van de patiënt, tevredenheidsevaluatie en kostefficiëntie, maar geen medisch inhoudelijke kwaliteitsomschrijving.

In het Zwitsers kanton Fribourg legt tweejaarlijks een kantonale commissie de kwaliteitsnormen vast, die nationaal aan de artsen en de overheid worden voorgelegd.

6. Financiering

6.1 Het sleutelfigureninterview.

Financiering van een dergelijk performant systeem kan niet van de prestatiehonoraria komen. Het betreft de permanentie zelf, de infrastructuur en de gegevensverzameling. Disponibiliteitsvergoedingen dienen transparant te zijn in doelstellingen, betalingswijze en snelheid van beschikbaarheid. Indien weekwachten worden geïnstalleerd is ook hiervoor een disponibiliteitsvergoeding nodig. De infrastructuur dient te worden gesubsidieerd, zeker wanneer het telefoonpermanentiesystemen en huisartsenwachtposten betreft. De gegevensverzameling omvat een supplementaire kost aan software, aan invoertijd en aan opleidingstijd. Of dit via GMD verhoging, EMD supplement, bijkomende kringfinanciering, individuele opleidingscheques of accreditering gebeurt is niet principieel verschillend. Een concrete lijst van beschikbare, medewerkende of vrijgestelde huisartsen is dringend nodig voor een correcte organisatie en financiering. Financiering komt van de patiënt, rechtstreeks of via derdebetalende, en van de overheid. Ook provincies en gemeenten kunnen hierin bijdragen, eventueel door het ter beschikking stellen van service en van lokalen.

6.1 Opinies uit wachtdienst bevraging

Financiering omvat de wachtdienst zelf met correcte honoraria, maar ook de logistiek, het personeel, de middelen en de infrastructuur. Ook operationele middelen, zoals labo en RX ondersteuning, prioritair voertuig, de recuperatie na wacht zijn belangrijk.

6.1 Gegevens uit literatuur

In Nederland functioneert sinds dit jaar een landelijk systeem gebaseerd op forfaitair en all-in 10€ per inwoner van het verzorgingsgebied per jaar per huisartsenpost, met upgrading tot 15€ voor meer landelijke gebieden.

In Engeland betalen de praktijken voor de 'out of hours' diensten voor hun patiënten.

In Denemarken wordt logistiek en organisatie per 'county' ondersteund, de globale financiering ervan is nationaal. De elektronica ondersteuning gebeurt via een performant nationaal systeem, gefinancierd via een gemengd fonds.

In Frankrijk wordt het gehele wachtdienstsysteem uit een grote diversiteit van fondsen en ondersteuning gefinancierd.

III Vision de l'avenir

Dans le cadre d'un projet de recherche scientifique commandité par les autorités fédérales, des informations, des opinions et des définitions de concepts ont été collectés de décembre 2004 à mai 2005. L'étude avait pour objectif de fournir aux cercles de médecins généralistes récemment constitués des instruments pour les soutenir dans leur mission de développement de services de garde de médecins généralistes hautement qualifiés et performants. Ces données ont été rassemblées et ont fait l'objet d'un rapport rédigé par une équipe de recherche scientifique des départements de médecine générale de l'UCL et de la KUL, en concertation étroite avec les organisations de médecins généralistes concernées. Ces renseignements proviennent de trois sources. Tout d'abord, des entretiens avec des informateurs-clés ont été réalisés auprès de plus de trente personnes sélectionnées parmi un large champ d'experts en ce qui concerne l'accueil aux urgences en général et des soins de garde en médecine générale en particulier. En outre, environ soixante responsables des services de garde de médecine générale réunis en quatre groupes de réflexion (*brainstorming*) ont été interrogés sur l'organisation actuelle de la garde et leurs attentes pour l'avenir. La description de ces systèmes de services de garde qui figure en annexe donne un aperçu très intéressant de l'organisation des services de garde en Belgique. Enfin, l'enquête s'appuie sur une recherche dans la littérature existante sur l'organisation de la garde dans des pays avoisinants et plus précisément les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la France et la Suisse. Ce rapport résume les principaux éléments de l'étude. Il avait été explicitement demandé de s'orienter vers une vision d'avenir de ce que comporte une organisation d'un service de garde d'une qualité maximale. Ce rapport doit aboutir à une proposition de définition d'une « série d'indicateurs de qualité » pour l'organisation du service de garde. Dans les prochaines phases du projet, l'acceptabilité de ces indicateurs, leur faisabilité et les coûts qu'ils génèrent seront évalués via différents tests sur le terrain.

1. Disponibilité et accessibilité optimales

1.1 Entretiens avec les informateurs-clés.

En général, tout le monde s'accorde à dire qu'il faut tout d'abord garantir la disponibilité et l'accessibilité optimales pour les patients. Le mode d'organisation va différer selon les régions. Il convient de distinguer au moins trois grandes régions : la région capitale, les régions de villes plus petites et la région rurale, qui justifieront à l'avenir des différences d'organisation. Un système d'application nationale semble peu réalisable.

Même si aucune organisation de la garde ne paraît idéale pour tous, les avis plaident pour une organisation plus professionnelle de la garde publique, tant pour les patients (accessibilité, qualité de soins, continuité des soins), que pour les médecins (organisation souple et flexible, sécurité physique et sécurité financière)

L'offre actuelle est très variable. En ce qui concerne les modèles, nous connaissons le modèle d'accueil central avec un secrétariat, associé ou non à un poste de garde assuré par des médecins généralistes, les modèles "rota" qui fonctionnent sur la base d'accords mutuels entre médecins généralistes et les modèles de « deputising » (suppléance) à partir d'organisations de services de garde indépendants. En ce qui concerne les horaires de garde, on offre en général une garde de week-end, débutant parfois le vendredi soir, et dans 50% des régions également une garde de semaine. Le mode d'accueil varie d'un système de transfert automatique, accompagné ou non d'un secrétariat personnalisé, à un poste de médecine générale agissant à un niveau central avec un dispatching. Des développements positifs ont été formulés pour l'avenir immédiat : un numéro de téléphone national unique qui renvoie automatiquement les appelants vers des sites web par région de service de garde, ce qui prend en considération la diversité locale ; des postes de médecine générale bien équipés qui peuvent accroître la visibilité, l'efficacité de l'organisation et la qualité ; des régions différentes pour les gardes "de permanence" et "en tournée", Les postes de

médecine générale peuvent occuper des cabinets privés, des cabinets installés spécifiquement à cet effet mais également des maisons de repos ou des bâtiments publics. Les postes de médecine générale installés dans un contexte hospitalier ne constituent une option pour personne. Toutes les personnes enquêtées souhaitent augmenter la visibilité, l'accessibilité et la transparence de l'offre des médecins généralistes grâce aux nouvelles initiatives. Ceci est nécessaire pour que le patient retrouve le chemin du service de garde de médecine générale. A l'avenir, les services de garde des pharmaciens, des infirmières, des kinésithérapeutes etc. devraient être organisés au niveau des mêmes postes de garde.

1.2 Opinions provenant de l'étude service de garde (groupes de réflexion)

La garde vise d'abord à assurer la continuité des soins (garde de remplacement), la garde publique est en général assurée le WE et les jours fériés. L'organisation d'un service de garde de week-end, mais également des soirs de semaines est une proposition formulée de manière unanime par les médecins généralistes de Bruxelles ainsi que par la majorité des cercles flamands. Seulement un généraliste francophone sur cinq à Bruxelles est impliqués dans la garde publique, Médigarde et SOS Médecin assurant le reste.

L'instauration d'un dispatching central et de postes de gardes centraux n'est une option que pour Bruxelles. La Flandre opte plutôt pour un numéro central, les grandes villes sont favorables à un poste de médecine générale, les régions rurales préfèrent la consultation chez le médecin de garde assurant une permanence. En Wallonie, le numéro d'appel unique est considéré comme un moyen pratique, mais présente des inconvénients. En outre, tous soutiennent l'idée d'une garde mobile en cas de réelle nécessité, avec une couverture territoriale suffisamment étendue. Il faut favoriser les consultations au cabinet du médecin de garde et éduquer les patients à une utilisation adéquate de ce service.

L'accessibilité au service de garde pourrait être améliorée par des campagnes de promotion. Toutes les personnes interrogées estiment qu'une plus grande information et une distinction par rapport aux services d'urgences sont nécessaires. Tous les moyens peuvent être utilisés. Tous reconnaissent l'importance d'une bonne coopération et de codes de pratique et d'un soutien, tant logistique que matériel, pour le secrétariat mais également pour le développement et l'appui au software. Il faudrait favoriser, développer les collaborations avec les services hospitaliers.

Les propositions vont dans le sens d'un principe de participation obligatoire de tous les médecins généralistes. Il y a un problème de recrutement. Des règles d'exemption, la liberté de choisir le volume de garde, ou même la délégation complète de la garde à des « médecins de garde » sont évoquées sans recueillir l'unanimité.

1.3 Données provenant de la littérature

Les Pays-Bas se sont complètement orientés vers des postes de médecine générale répartis par régions, responsables des soins de santé primaires en dehors des heures d'ouverture et qui agissent au sein de cadres nationaux de qualité et de financement. L'accessibilité dans un rayon de 30 minutes est la norme, nombreux sont ceux qui y préfèrent un rayon de 15 minutes.

Le Royaume-Uni dispose de services « out of hours » très organisés avec une distribution variable. Quatre contrats types sont possibles : une organisation commerciale, des « primary care trusts » (organisations de soins de première ligne), des cabinets de médecine générale assurant leur permanence eux-mêmes ou recourant à des sous-traitants. Les patients connaissent les adresses, l'accueil est organisé en interne.

Au Danemark, l'appel provient d'un centre unique de coordination employant des médecins expérimentés et desservant 60.000 habitants. Il y est redirigé en fonction du niveau de soins approprié : conseil téléphonique, poste de médecine générale, garde mobile ou transfert aux urgences. Les postes de médecine générale sont situés à l'intérieur ou à l'extérieur des hôpitaux.

En France, il existe un numéro d'appel central et en moyenne un poste de garde pour 30 médecins généralistes et pour 30 à 60.000 habitants, ainsi qu'une garde mobile qui participe également à l'accueil.

En Suisse, le service de garde est organisé de différentes manières selon les cantons.

2. Tri des appels entrants

2.1 Entretiens avec les informateurs-clés.

Les appels entrants doivent être triés de manière spécialisée en fonction de la suite à leur donner. Les médecins généralistes sont les plus aptes à assurer ce tri. Ceci soulève la question de la rentabilité d'une permanence d'accueil disposant d'une qualification aussi élevée. Un secrétariat et un standardiste qui prend l'appel risque d'être seulement un filtrage des appels, pas de gestion médicale. Du personnel ayant une moindre qualification peut également être formé, moyennant des directives stratégiques claires, le soutien d'un software orienté sur les symptômes et un réseau d'accueil performant organisé au niveau régional. Une formation insuffisante est inacceptable et favorise les hospitalisations et donc l'augmentation des coûts.

L'amélioration de la visibilité et de l'accessibilité ainsi que la mise en place de normes de tri optimal peuvent réduire les sollicitations abusives. Il est nécessaire de déterminer des critères nationaux d'utilisation abusive. Les responsables des deux réseaux, tant les services d'urgence que les services de médecine générale, doivent s'engager pour les objectifs.

2.2 Opinions de l'étude service de garde (groupes de réflexion)

Tant à Bruxelles qu'en Flandre, la majorité est favorable à un tri professionnel réalisé par du personnel non médecin formé. En Wallonie, les opinions ne sont pas tellement favorable: ce système dépersonnalise la garde, et va contre le concept de la proximité de la médecine générale. Ce personnel, la population et les médecins eux-mêmes doivent être correctement informés de la mission et des capacités du service de garde de médecine générale. Les patients doivent en avoir un feed-back en cas d'utilisation abusive, éventuellement appuyé par une discrimination financière.

2.3 Données provenant de la littérature

Aux Pays-Bas, un assistant ou un infirmier effectue le premier tri ; il peut également donner un conseil par téléphone. Tout se passe en présence et sous la responsabilité du médecin de garde. A ce sujet, un modèle de qualité national a été élaboré, un certificat externe est proposé pour l'avenir. Plusieurs postes travaillent dans l'hôpital, les ambulances peuvent être appelées directement.

Le Royaume-Uni possède depuis 2005 des critères de qualité nationaux. L'équipe est solidairement responsable du respect de ces critères. Ainsi par exemple, les situations de grande urgence doivent être signalées dans un délai de 3 minutes à un service d'ambulance. Au Danemark, des médecins expérimentés se chargent en premier lieu du tri, mais pour une zone de service de garde étendue. Les frais sont à la charge des autorités, mais la responsabilité de l'organisation repose sur le groupe de médecins généralistes dans son ensemble.

La France opte pour un accès libre au poste de garde et le médecin est responsable du tri.

Le canton de Fribourg en Suisse dispose d'un dispatching central avec un numéro d'appel unique et d'un aperçu des postes de garde disponibles et des urgences.

3. Systèmes d'enregistrement

3.1 Entretiens avec les informateurs-clés.

En ce qui concerne le service de garde, les systèmes d'enregistrement sont encore dans leur phase initiale. Ces systèmes d'enregistrements sont d'une importance cruciale en premier lieu pour les médecins généralistes dans la communication réciproque entre

médecins généralistes et médecins de garde ainsi que pour les responsables de l'organisation du service de garde. Ils constituent un large éventail comprenant notamment l'enregistrement des coordonnées des appelants, des symptômes et des diagnostics, des actions et des traitements prescrits, des heures d'appel, du degré d'urgence et des temps de réponse, des refus et des commentaires des appelants et des médecins, du traitement des symptômes des appelants et médecins, des aspects de sécurité en termes d'organisation etc. Toutes ces données imposent différentes contraintes d'un point de vue médico-légal.

Les données enregistrées au cours de la garde doivent servir avant tout à l'amélioration de la qualité des soins et des services (organisation, prévention, financement...). Elles devraient contribuer à revaloriser la médecine générale. La base de données doit rester la propriété des médecins et être gérée par les cercles. Chaque cercle doit avoir la liberté de choisir les données à enregistrer, en fonction de ses motivations.

Les instances organisatrices peuvent également accéder à certaines données sous des formats adaptés aux exigences d'anonymat et d'agrégation. Un feedback global de l'analyse statistique des données pourrait être transmis au Fédéral. Il ne s'agit pas actuellement d'une priorité pour les autorités, de sorte qu'il est possible de développer d'abord un bon système au niveau du service de garde entre les médecins. Si les données sont enregistrées pour une utilisation plus large, elles doivent être correctes et univoques. Des normes claires et des formations adéquates sont essentielles dans ce domaine. Les médecins et les patients doivent être identifiables de façon univoque, les règles du jeu de la vie privée, de l'anonymat et des aspects de propriété doivent être explicites. Une législation à ce sujet est proposée pour l'avenir.

Les problèmes de sécurité font actuellement l'objet d'une attention considérable. La différence entre le sentiment d'insécurité et les problèmes réels de sécurité est soulignée. Il est préférable d'enregistrer et de traiter les cas d'agression uniformément au niveau national. L'identification de zones dangereuses et de patients dangereux est acceptable si les critères à ce sujet sont clairement définis à l'échelle du pays. En dehors des zones des grandes villes, peu de véritables problèmes de sécurité sont en réalité signalés.

3.2 Opinions provenant de l'étude service de garde (groupes de réflexion)

En Wallonie, l'enregistrement de données diffère selon les cercles. Elle est perçue comme une corvée administrative de plus, car non financée. Le but n'étant pas clairement défini, elle suscite une grande méfiance. L'utilisation doit être complètement claire, avant de développer cet outil. De tout façon, il est important que les médecins gardent la propriété de ces données. Les données doivent être minimales, anonymisées, dé-identifiables, éventuellement centralisées par un organisme médical représentatif du terrain. La collecte doit aussi être utile au médecin de garde.

Il existe en Flandre une grande demande de formation en communication électronique. Le software doit avoir une portée très étendue. La majorité accorde une grande importance à un enregistrement exhaustif et se prononce pour un enregistrement étendu de manière uniformisée. Les personnes interrogées estiment également qu'il est important de répertorier les cas d'utilisation abusive et même d'utiliser une liste noire comme garantie de sécurité. Il est préférable de procéder à un enregistrement électronique, de manière scientifiquement responsable, simple et rapide.

3.3 Données provenant de la littérature

Les Pays-Bas enregistrent localement, par poste de médecine générale, des données qualitatives et épidémiologiques, les données anonymes ne sont pas toujours transmises. L'Angleterre n'a pas de système uniforme. Au Danemark et en France, seules les données locales sont également disponibles au sein du poste de médecine générale.

4. Transferts de données

4.1 Entretiens avec les informateurs-clés

Les transferts de données entre les médecins présentent des caractéristiques et des exigences spécifiques. Ceci est largement admis. Idéalement, il est d'une importance cruciale que le médecin de garde puisse disposer d'un dossier de base pour chaque patient, comprenant au minimum les épisodes aigus, la liste des problèmes, les allergies, les vaccinations et le traitement en cours. Il est de préférence codé et en aucun cas les autorités ne peuvent y avoir accès. Le dossier médical minimum est un outil performant pour assurer la continuité des soins. Le plus prometteur est le DMM mis sur une plate forme d'échange, permettant au médecin de garde de se connecter pour y lire des informations, mais également pour transmettre les informations au médecin traitant.

Les divergences d'opinion concernent surtout le lieu de stockage des données, soit la carte SIS, soit un accès électronique direct au dossier médical global (DMG), soit l'enregistrement sur un serveur indépendant géré par le cercle local, ou par le groupe professionnel lui-même ou plutôt par une organisation nationale neutre. Dans tous les cas, l'accès à ce serveur doit être régi par des normes strictes. Un dossier de garde comprend idéalement l'enregistrement électronique des plaintes, du diagnostic et du traitement, du transfert et de l'incapacité de travail. L'uniformité est ici gage de la valeur ajoutée. Les données doivent parvenir au DMG du médecin généraliste par voie électronique et pouvoir être introduites automatiquement dans le dossier médical électronique (DME) après inspection.

4.2 Opinions provenant de l'étude service de garde (groupes de réflexion)

L'accès aux données médicales minimum (DMM) du patient permettrait un gain de temps, une amélioration de la qualité des soins, mais surtout une meilleure gestion des cas chroniques. La majorité opte pour un rapport électronique, rapidement échangeable et intégrable dans le dossier médical propre. La majeure partie des personnes interrogées se prononce également en faveur de la mise à la disposition du médecin de garde d'un dossier central ou dossier d'urgence (SUMEHR). La sécurité des échanges des données est impérative.

4.3 Données provenant de la littérature

Les Pays-Bas n'en sont qu'à une phase de préparation. Une méthode d'échange des données légalement correcte et sûre n'en est encore qu'ébauchée et au stade de réflexion globale. L'élaboration d'un dossier électronique-médicaments et d'un module de transfert du médecin de garde au médecin généraliste uniquement est prévue d'ici 2006.

L'Angleterre n'utilise que des normes générales ciblant uniquement les informations relatives à des patients graves ayant des besoins spécifiques.

Le Danemark ne dispose pas non plus d'un système de mise à la disposition du médecin de garde des informations médicales de base, mais uniquement d'un système de transfert des informations du médecin de garde au médecin généraliste par la suite. Ce rapport ne peut pas être codé. Les prescriptions passent par les pharmacies du centre, qui exercent un contrôle central en répertoriant les allergies et les incompatibilités.

En France, l'échange des informations se fait de façon très individuelle selon des conventions bilatérales.

5. Indicateurs de qualité

5.1 Entretiens avec les informateurs-clés.

Les critères de qualité d'une bonne organisation d'un service de garde comprennent les éléments qualitatifs définis pour l'enregistrement et le transfert des données, une bonne description des tâches relatives aux missions, de préférence après concertation avec les services d'urgence locaux, et une formation spécifique aux critères de qualité médicale du traitement des cas d'urgence. Il est également nécessaire de procéder à l'enregistrement

des plaintes, qui passent aussi idéalement par une procédure d'accueil et d'intervention définie au niveau local. Les plaintes sont de préférence traitées le plus étroitement possible auprès du patient par le groupe professionnel lui-même. Une telle fonction de médiation est en outre définie dans la loi relative aux droits des patients.

5.2 Opinions provenant de l'étude service de garde (groupes de réflexion)

L'enregistrement des données est nécessaire pour la qualité et le feed-back. De même, il convient d'organiser de manière adéquate l'enregistrement et le suivi des plaintes, éventuellement par le biais d'une commission locale de conciliation.

La mission spécifique du médecin généraliste dans le service de garde doit être décrite de façon scientifique, avec un cahier des tâches concret et une approche spécifique uniforme, de préférence à l'échelle nationale. Ceci peut alors être adapté au niveau local.

Les formations complémentaires, le travail en cercle, la supervision par les confrères doivent viser l'implémentation. Ceci comprend l'apprentissage des comportements à adopter en cas d'agression ou face à des patients difficiles. La mise à disposition d'une trousse d'urgence et d'un kit palliatif contribue à la qualité.

De même, la tâche des téléphonistes doit être décrite de façon détaillée.

5.3 Données provenant de la littérature

L'organisation chapeautant les postes de médecine générale aux Pays-Bas a défini un ensemble de critères de qualité clairs. Les normes sont fixées en collaboration avec les organisations de patients et les dispensateurs de soins et couvrent de nombreux aspects tels que l'accessibilité, le tri, la qualité et le rôle du médecin généraliste.

L'Angleterre dispose également de « National Quality Requirements » (critères de qualité nationaux) en vigueur uniformément depuis 2005. Ces normes comprennent les procédures de plaintes, le feedback sur le fonctionnement, les audits auprès des patients,....

Au Danemark, le système informatique unique garantit des critères identiques pour les procédures. Le financement y est lié.

En France, une réglementation centrale délimite les structures, les processus et les résultats. Elle comprend le parcours du patient, l'évaluation du degré de satisfaction et la rentabilité mais pas de description de la qualité médicale intrinsèque.

Dans le canton suisse de Fribourg, une commission cantonale définit tous les deux ans des normes de qualité qui sont soumises aux médecins et aux autorités.

6. Financement

6.1 Entretiens avec les informateurs-clés.

Le financement d'un système performant de ce type ne peut pas provenir des honoraires de prestations. Il concerne la permanence elle-même, l'infrastructure et la collecte d'informations. Les rémunérations de disponibilité doivent être transparentes dans leurs objectifs, leur mode de remboursement et la vitesse de leur disponibilité. Si des semaines de garde sont organisées, il faut également prévoir pour celles-ci un dédommagement de disponibilité. L'infrastructure doit être subsidiée, surtout s'il s'agit de systèmes de permanence téléphonique et de postes de garde de médecine générale. La collecte des données engendre des coûts supplémentaires pour le software, le temps d'encodage et le temps de formation. Que ceci se fasse via une majoration du DMG, un supplément DME, un financement supplémentaire du cercle, des chèques de formation individuels ou une accréditation ne fait pas de différence fondamentale. Il est urgent de dresser une liste concrète des médecins généralistes disponibles, coopérants ou dispensés pour assurer une organisation et un financement adéquats. Le financement provient du patient, directement ou via le tiers payant, et des autorités. Les provinces et les communes peuvent également y contribuer, éventuellement en mettant à disposition services et locaux.

6.1 Opinions provenant de l'étude service de garde (groupes de réflexion)

Le financement comprend le service de garde proprement dit avec des honoraires corrects, mais également la logistique, le personnel, les moyens et l'infrastructure. Les ressources opérationnelles, telles que le laboratoire et le soutien radiologique, un véhicule prioritaire et la récupération après la garde doivent également être pris en compte.

6.1 Données provenant de la littérature

Aux Pays-Bas, un système national est en place depuis cette année. Il est basé sur un montant forfaitaire tout compris de 10€ par habitant de la zone de soins par an et par poste de médecine générale, avec une augmentation à 15€ pour les zones plus rurales.

En Angleterre, les cabinets financent les services 'extra horaires' pour leurs patients.

Au Danemark, la logistique et l'organisation sont soutenues par « comté », le financement global est national. Le soutien électronique est pris en charge par un système national performant financé par un fond mixte.

En France, tout le système de garde est financé par différents fonds et soutiens.

- III. **Kritische kwaliteitskenmerken wat betreft de Belgische wachtdienstorganisatie**
 - i. **thema's of hoofddomeinen op basis waarvan de kritische kwaliteitskenmerken in België geselecteerd worden**
 - ii. **omschrijving van kwaliteitsindicatoren ter evaluatie van de activiteiten van de wachtdienst (gebaseerd op literatuur)**

i. Thema's of hoofddomeinen op basis waarvan de kritische kwaliteitskenmerken in België geselecteerd worden

Op basis van gegevens verzameld uit de literatuur, de interviews met sleutelfiguren en de brainstormgroepen werden tijdens de 1^{ste} fase van dit onderzoek **7 hoofddomeinen of thema's** geselecteerd waarbinnen de kwaliteitskenmerken voor de wachtdienstorganisatie in België verder uitgewerkt worden.

Deze thema's, zijn:

1. **toegankelijkheid / bereikbaarheid**
2. **gepast gebruik en veiligheid van de triage**
3. **continuïteit van zorg**
4. **verantwoorde zorg**
5. **kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering**
6. **samenwerking**
7. **datagebruik**

Voor elk thema worden '**kritische kwaliteitskenmerken**' (**kkk's**)³ geselecteerd.

Het benoemen van kkk's is een hulpmiddel om prioriteiten te stellen en knelpunten op te sporen. Een huisartsenwachtdienst richt zich in eerste instantie op het goed uitwerken van die onderdelen en vervolgens op het monitoren daarvan.

Bij de keuze van de kkk's is primair uitgegaan van een inschatting van de risico's. Waar zitten de grootste gevaren voor tekorten, fouten en missers? Wat moet er tenminste geregeld zijn om die risico's te voorkomen.

³ Kwaliteitsmodel centrale huisartsenposten, LHV, dr. A.H.J. van de Rijdt - van de Ven, Werkgroep 'Kwaliteit & Diensten', Definitief werkconcept december 2001

t h e m a ' s	k r i t i s c h e k w a l i t e i t s k e n m e r k e n
1. toegankelijkheid / bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - informatie aan patiënten <ul style="list-style-type: none"> i. over de wijze waarop de wachtdienst (WD) bereikbaar is ii. wanneer de WD bereikbaar is iii. waar de WD bereikbaar is - telefonische bereikbaarheid - fysieke bereikbaarheid: goede spreiding, herkenbaarheid, bewegwijzering, parkeerfaciliteiten. - procedures voor aannemen van telefoon
2. gepast gebruik en veiligheid van de triage	<ul style="list-style-type: none"> - omschrijving van de huisartsenhulp buiten kantooruren - geen vitale hulpverlening (dit is voor MUG, dienst 100,..) - patiënten zijn hierover geïnformeerd. - werkwijze en protocollen voor triage (beoordelen op noodzaak en spoed) - procedures voor alarmsituaties, afspraken / afstemming met 100 meldingen, ambulancediensten - afstanden / aanrijtijden huisbezoeken - bezetting WD door deskundig personeel voor een professionele triage - bezetting WD door huisartsen, verplichte deelname aan de WD, aanvaardbare werkduur, achterwacht beschikbaar.
3. continuïteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> - registratie <ul style="list-style-type: none"> i. opleiding in registratie ii. wat registreren iii. voor wie registreren iv. waarom registreren v. hoe registreren - datatransfers <ul style="list-style-type: none"> i. van de huisarts naar de wachtarts ii. van de wachtarts naar de huisarts iii. overdracht naar de volgende dienstdoende wachtarts - systeem om feedback te vragen
4. verantwoorde zorg	<ul style="list-style-type: none"> - goede en persoonsgerichte zorg (behoefte van patiënt staat centraal) - zelfstandige afhandeling door telefoniste - eisen professioneel handelen huisarts - logistiek, locatie en beheer materialen en hulpmiddelen
5. kwaliteitsborging & kwaliteitsverbetering	<ul style="list-style-type: none"> - basistakenpakket voor de wachtarts en bewaken van de afspraken - taakomschrijving van de telefoniste - efficiënt gebruik van software pakketten - registratie van alle wachtdienstcontacten - een systeem voor toetsing en feedback - gestructureerde mogelijkheden voor interne melding van incidenten en (vermeende) fouten

	<ul style="list-style-type: none"> - klachtenregeling patiënten (liefst binnen de beroepsgroep zelf oplossen) - privacy - problemen met veiligheid van de wachtarts - evaluatie en bijstelling - 'landelijke' kwaliteitscriteria i.v.m. bereikbaarheid en beschikbaarheid, 'regionale' sturing op basis van de zorgvraag.
6. Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - de WD is de vitale schakel in een aangesloten keten voor spoedeisende, acute zorg, met behoud van het eigen karakter van de huisartsenzorg. - nauwe samenwerking en heldere afbakening met andere voorzieningen in de acute keten, o.a spoeddiensten, 1^{ste} lijnsdiensten, politie (veiligheid).
7. Datagebruik	<ul style="list-style-type: none"> - gegevens behoren aan de beroepsgroep toe - geanonimiseerd doorgave van gegevens - de kring mag enkel gegevens over de praktische organisatie van de wacht rechtstreeks aan de overheid doorspelen - medisch inhoudelijke epidemiologische gegevens moeten via de wetenschappelijke beroepsgroep aan de overheid gerapporteerd worden, zo men dit wenselijk acht. Dit in het kader van het creëren van een meerwaarde van de gegevens. - de veiligheid van de gegevens staat ten allen tijde centraal en moet steeds kunnen gegarandeerd worden. - als beroepsgroep eerst aan de kwaliteit van onze gegevens werken (gecodeerd registreren). - door het verzamelen van gegevens kan men <ol style="list-style-type: none"> 1. de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren 2. de werking van de kring verbeteren 3. de geneeskunde op regionaal niveau verbeteren 4. meer autonomie krijgen t.o.v. mutualiteiten en software en andere bedrijven door zelf gegevens te verzamelen en dit niet aan hen over te laten.

ii. Omschrijving van kwaliteitsindicatoren ter evaluatie van de activiteiten van de wachtdienst (gebaseerd op literatuur)

Enkele definities

Lawrence 1993¹

1. Een **indicator** is een aspect of element van de huisartsenzorg, dat een (mogelijke) aanwijzing vormt voor de kwaliteit ervan. Een indicator doet nog geen uitspraak over welk handelen gewenst is. Daarvoor formuleert men criteria. (vb HbA1c voor diabetescontrole)
2. **Criteria** zijn concrete uitspraken over welk handelen juist/ onjuist of gewenst/ ongewenst is. Criteria maken het mogelijk de kwaliteit in maat en getal uit te drukken. (vb. HbA1c < 7 is aanvaardbare regeling voor diabetes type II)
3. Met **praktijkdoelen** wordt de mate uitgedrukt waarin men er als arts, praktijk of huisartsgroep in slaagt om te handelen volgens de geformuleerde criteria (vb. bij 80% van de diabetes type II patiënten van de praktijk moeten de criteria - HbA1c <7 - bereikt worden).

Een gebruikelijke indeling met betrekking tot onderwerpen voor kwaliteitsbevordering is: structuur, proces en resultaat.²

1. **structuur**: heeft betrekking op kenmerken van de setting waarin de zorg aan patiënten wordt geleverd. Goede structurele omstandigheden kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de efficiëntie in de zorg, de kostenbeheersing, of de tevredenheid over de zorg bij de patiënten.
vb. beschikbare staf, praktijkuitrusting, beschikbaarheid van bepaalde voorzieningen in de praktijk, de organisatie van de dienstverlening, het opleidingsniveau van de praktijkmedewerkers.
2. **proces**: heeft betrekking op de wijze waarop de zorg wordt verleend.
vb. hoe wordt met de patiënt gecommuniceerd, wat onderzoekt de arts, wat schrijft hij voor, wat doen andere hulpverleners, hoe wordt er samengewerkt, ...
3. **resultaat**: dit betreft het effect van de geboden zorg.
vb. gegevens over morbiditeit en mortaliteit, de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de patiënt, de patiëntenbeleving over de zorg, de kosten van de zorg.

Huisartsen, patiënten, financiers en beleidsmakers zullen allen andere onderwerpen kiezen voor kwaliteitsbevordering.

	structuur	proces	resultaat
professionele kwaliteit	-voorzieningen -uitrusting -staf	-medisch klinisch handelen -psychosociale aspecten	-morbiditeit -klinische gegevens, symptomen

¹ Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. R. Grol. NHG 1995. Pag. 39.

² Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. R. Grol. NHG 1995. Pag. 24-27

patiëntgerichte kwaliteit	-toegankelijkheid -continuïteit	-communicatie -bejegening	-kwaliteit van leven -tevredenheid -informatie
beleidsgerichte kwaliteit	-efficiëntie -veiligheid -competentie van de hulpverleners	-verrichtingen (verwijzingen, testen, voorschriften)	-kostenbaten -klachten/ incidenten

Tabel met kwaliteitsindicatoren ter evaluatie van de activiteiten van de wachtdienst

In onderstaande tabel wordt per thema en kwaliteitskenmerk een voorstel gedaan van verschillende kwaliteitsindicatoren, een soort “gouden standaard”, m.n. structuurmetingen, procesmetingen en outcome metingen. Hiervoor hebben we ons gebaseerd op literatuuronderzoek, voornamelijk uit Nederland.

Het is de bedoeling om in een latere fase deze kwaliteitsindicatoren verder te bediscussiëren en aan te passen aan de terreinsituatie. In fase II van dit onderzoek moeten in eerste instantie de kritische kwaliteitskenmerken op hun noodzaak, aanvaardbaarheid en haalbaarheid met aangepaste financiering, besproken worden met de huisartsenkringen.

Beschrijving van de KKK's per thema	Kwaliteitsindicatoren		
	Kritische kwaliteitskenmerken	structuur metingen (eenmalig afvinken)	proces metingen
1. toegankelijkheid / bereikbaarheid - informatie aan patiënten i. over de wijze waarop de wachtdienst (WD) bereikbaar is bijvoorbeeld (centraal oproepnummer met (1) bemande centrale of (2) automatische doorschakeling naar wachtarts) ii. wanneer de WD bereikbaar is (buiten de kantooruren) iii. waar de WD bereikbaar is bijvoorbeeld : (In stedelijke gebieden	- er zijn afspraken over de wijze waarop patiënten regulier worden geïnformeerd. - er zijn afspraken over informatie aan patiënten bij de start en bij ingrijpende wijzigingen. - er zijn afspraken over het gebruik van doorschakel- en	Organisatieprocedure voor wijzigingen van wachtartsen. Verantwoordelijkheid voor doorgeven aan centrale organisatie, aan lokale informatiemogelijkheden. Onderhoud en updaten van antwoordapparaten.	Klachten over bereikbaarheid Fouten in communicatie

<p>opteert men voor een centrale wachtpost, in landelijke gebieden voor een centrale consultatieplaats in de consultatieruimte van de huisarts zelf, of RVT, ...eventueel gedurende bepaalde uren van de dag. Bij voldoende groot wachtgebied is er voorkeur voor een rijdende en een zittende wacht.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - telefonische bereikbaarheid - fysieke bereikbaarheid: goede spreiding, herkenbaarheid, bewegwijzering, parkeerfaciliteiten. - procedures voor aannemen van telefoon 	<p>antwoordapparatuur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - aantal lijnen en bezetting - er zijn criteria voor de snelheid waarmee telefonisch contact tot stand moet komen. - er zijn regelingen voor bereikbaarheid bij spoed. - er zijn regelingen voor storingen en overbelasting. - er zijn afspraken rond grootte van het territorium wachtdienst en de bezetting. - er worden maatregelen genomen ter bevordering van de herkenbaarheid van de locatie van de WD, de bewegwijzering, parkeerfaciliteiten. - er is een telefoonprocedure voor de werkwijze <ul style="list-style-type: none"> -bij meerdere binnenkomende lijnen -bij alarmsituaties 		<p>Via telefoonmaatschappij of eigen systeem meten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % dat geen contact krijg (lijnen bezet) - wachtlijn voor 1^{ste} contact - tijdsduur voor 'in wacht staan' <p>Klachten over telefonisch bereikbaar zijn.</p> <p>Klachten over fysiek bereikbaar zijn</p> <p>Klachten over 'in wacht staan'.</p>
--	--	--	---

<p>2. gepast gebruik en veiligheid van de triage</p> <ul style="list-style-type: none"> - omschrijving van de huisartsenhulp buiten kantooruren - geen vitale hulpverlening (dit is voor MUG, dienst 100,..) - patiënten zijn hierover geïnformeerd. - werkwijze en protocollen voor triage (beoordelen op noodzaak en spoed) 	<ul style="list-style-type: none"> - die omschrijving is aanwezig - deze is duidelijk en concreet - deze staat op schrift voor patiënten - er zijn procedures uitgeschreven om patiënten hierover te informeren - er zijn protocollen voor triage naar: <ul style="list-style-type: none"> -100 -directe verwijzing naar spoed -verwijzing voor technisch advies (radiologie/biologie) -consultatie wachters -huisbezoek - triage-gesprekken zijn zodanig vastgelegd dat ze kunnen worden beoordeeld. - er is een systeem voor de beoordeling door de huisarts van de triage. - er zijn afspraken over de beschikbaarheid van de huisarts voor overleg. - kunnen aantonen dat telefonisten geschoold zijn in de vereiste kennis en vaardigheden. 	<p>Steekproefsgewijze beoordelen van triagegesprekken en beoordelen of er volgens protocol wordt gewerkt.</p> <p>Indien nationale criteria zijn uitgewerkt voor triage: lokale adaptatie en permanente bijsturing op kringniveau.</p> <p>Duidelijke verantwoordelijkheid voor instructie en opleiding</p>	<p>% oneigenlijk gebruik</p> <p>% triage dat door een huisarts is beoordeeld.</p> <p>Aantal patiënten dat tijdens een dienstperiode meer dan 2x belt over eenzelfde vraag en waarbij de ziekteklacht niet veranderd is.</p> <p>Aantal interne meldingen van triagefouten.</p> <p>Aantal klachten of triagefouten.</p>
--	---	---	---

<p>3. continuïteit van zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - registratie <ul style="list-style-type: none"> i. opleiding in registratie is nodig ii. wat registreren (administratieve gegevens, timing, medisch inhoudelijke gegevens, urgentiegraad, klachten patiënten, problemen met veiligheid) iii. voor wie registreren iv. waarom registreren: in eerste instantie om de kwaliteit van zorg tijdens WD te verbeteren en voor de epidemiologische gegevens en feedback voor de WD zelf. v. hoe registreren (elektronisch / schriftelijk) - datatransfers <ul style="list-style-type: none"> i. van de huisarts naar de wachtarts (kerndossier of gezamenlijk gezondheidsdossier met GMD houdende arts als initiatiefnemer/ privacy respecteren). Verantwoordelijkheid van de eigen huisarts voor beschikbaarheid van patiëntengegevens 	<ul style="list-style-type: none"> - er bestaat een opleidingsmodule over leren registreren en werken met softwarepakket WD. - registratie van volgende items is voorzien: <ul style="list-style-type: none"> -administratieve gegevens -timing oproep en contact -medisch inhoudelijke gegevens -urgentiegraad -klachten patiënten -problemen met veiligheid - het registratiesysteem voorziet in goede overdracht tussen triage en zorgverlening. - er is een uniform elektronisch of schriftelijk wacht dossier/ verslag beschikbaar - er is directe toegang tot het kerndossier van de patiënt of er zijn duidelijke afspraken over wat, wanneer en hoe informatie vooraf wordt doorgegeven. 	<p>Onderhoud softwaresysteem, hulp bij hardware georganiseerd</p> <p>Registratiedocumenten worden gebruikt, doorgezonden en centraal verwerkt</p> <p>Maandelijks/ jaarlijkse aanmaak (lieft via automatische programmatuur) van "boordtabellen"</p> <p>Organisatie van software om doorsturen naar kerndossier operationeel te houden en bij te houden Evaluatie in de LOK's.</p>	<p>% huisartsen dat elektronisch wacht dossier gebruikt. % huisartsen dat gecodeerd registreert.</p> <p>Maandelijks/ jaarlijks communiceren van boordtabellen naar deelnemende artsen en naar kringbestuur</p> <p>Aantal interne meldingen over geen of onvoldoende beschikbaarheid van gegevens. Klachten patiënten.</p>
---	--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> ii. van de wachtarts naar de huisarts (wachtverslag komt in EMD van huisarts terecht) iii. overdracht naar de volgende dienstdoende wachtarts - systeem om feedback te vragen 	<ul style="list-style-type: none"> - er is een uniform elektronisch of schriftelijk wachtverslag beschikbaar - in centrale wachtpost 'meldt' het registratiesysteem eerdere contacten tijdens voorafgaande diensten; in de andere gevallen is er een procedure uitgeschreven over rapportage. - het terugrapportage systeem biedt de mogelijkheid aan de eigen huisarts feedback te vragen over het verdere verloop van de casus. 	<p>Aanmaak, aanpassing, ter beschikking stelling, doorsturen van wachtdata Evaluatie in de LOK's</p> <p>Evaluatie in de LOK's</p> <p>LOK besprekingen over hoe vragen en ontvangen van feedback verloopt.</p>	<p>Aantal interne meldingen over geen of onvoldoende terugrapportage van wachtgegevens. Klachten patiënten.</p> <p>Aantal interne meldingen. Klachten patiënten.</p>
<p>4. verantwoorde zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - goede en persoonsgerichte zorg (behoefte van patiënt staat centraal) - zelfstandige afhandeling door assistente 	<ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheid van minimaal protocollen over <ul style="list-style-type: none"> -alarmsignalen -meest voorkomende vragen -complexe vragen - zelfstandig afhandelen wordt zodanig vastgelegd dat deze kan worden beoordeeld. - er is een systeem voor beoordeling door de huisarts van de zelfstandige afhandeling. 	<p>Regelmatige toetsing, nascholing en evaluatie daarvan.</p>	<p>Tevredenheid over opvang tijdens WD (vragenlijst)</p> <p>Interne melding van incidenten. Klachten patiënten.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - eisen professioneel handelen huisarts - logistiek, locatie en beheer materialen en hulpmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> - er zijn afspraken over beschikbaarheid van de huisarts voor vragen en overleg. - kunnen aantonen dat de telefonisten/ assistentes geschoold zijn in de vereiste kennis en vaardigheden. - professionele eisen zijn omschreven - kunnen aantonen dat er systemen zijn voor onderlinge toetsing en feedback tav deze eisen. - ondersteunend personeel is beschikbaar. - geschikte locatie voor wachtdienst is aanwezig. - er zijn aftekenlijsten voor controle van hulpmiddelen en materialen. 	<p>Regelmatige toetsing, nascholing en evaluatie daarvan (in LOK of kring).</p> <p>Volgens een vaste procedure checken of voorgeschreven controles daadwerkelijk zijn uitgevoerd (checken aftekenlijsten)</p>	<p>Interne melding van incidenten. Klachten patiënten</p> <p>Interne melding over het ontbreken van materialen of defecten.</p>
<p>5. kwaliteitsborging & kwaliteitsverbetering</p> <ul style="list-style-type: none"> - basistakenpakket voor de wachtarts en bewaken van de afspraken - taakomschrijving van de telefoniste - 	<ul style="list-style-type: none"> - basistakenpakket voor wachtarts is omschreven. - procedures rond bewaken van afspraken bij implementatie takenpakket. - protocollen voor uit te voeren taken van telefoniste zijn voorhanden 	<p>Indien centrale omschrijving van basistakenpakket is uitgewerkt, worden de zorgafspraken lokaal aangepast? Opleiding, updating, communicatie</p> <p>Opleiding, communicatie</p>	<p>klachtenmeldingen</p>

<ul style="list-style-type: none"> - efficiënt gebruik van software pakketten 	<ul style="list-style-type: none"> - opleidingsmodules zijn voorhanden voor gebruik softwarepakketten WD. 	<p>Opleiding, communicatie</p>	<p>probleemlijsten</p>
<ul style="list-style-type: none"> - registratie van alle wachtdienstcontacten 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle zorgcontacten zijn traceerbaar, het gebruikte registratiesysteem is geschikt voor dit doel. 		<p>Interne melding over onvolledigheid of het ontbreken van registratie.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - een systeem voor toetsing en feedback 	<ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheid van systemen voor <ul style="list-style-type: none"> -toetsing en bewaking van de zorgverlening -feedback aan huisartsen en assistenten -analyse van problemen en knelpunten en het doen van verbetervoorstellen. 	<p>Aanwezigheid van concrete voorbeelden van analyse van tekorten en verbetertrajecten.</p>	<p>Resultaten van verbetertrajecten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - gestructureerde mogelijkheden voor interne melding van incidenten en (vermeende) fouten 	<ul style="list-style-type: none"> - er is een systeem voor melding van <ul style="list-style-type: none"> -organisatorische problemen -samenwerkingsproblemen -fouten en incidenten in de zorgverlening - er is een systeem voor analyse van problemen en knelpunten en het doen van verbetervoorstellen. 	<p>Evaluatie in overleg met de telefonisten en tijdens LOK besprekingen van de ervaringen met en bereidheid tot het melden.</p>	<p>Overzicht van aantal en aard van de meldingen en de op basis daarvan ondernomen verbetertrajecten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - klachtenregeling patiënten (zoveel mogelijk binnen de beroepsgroep zelf oplossen) 	<ul style="list-style-type: none"> - er is een klachtenregeling voor patiënten en patiënten zijn hierover geïnformeerd. 		<p>Overzicht van aantal en aard van de klachten en de op basis daarvan ondernomen verbetertrajecten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - privacy 	<ul style="list-style-type: none"> - registratiesysteem/ patiëntendossiers zijn beveiligd tegen onbevoegd gebruik. - er zijn richtlijnen voor alle 		<p>Interne meldingen en klachten.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - problemen met veiligheid van de wachtarts - evaluatie en bijstelling - 'landelijke' kwaliteitscriteria i.v.m. bereikbaarheid en beschikbaarheid, 'regionale' sturing op basis van de zorgvraag. 	<p>medewerkers voor privacybescherming en beroepsgeheim.</p> <ul style="list-style-type: none"> - er zijn procedures voor problemen met veiligheid van de wachtarts. - er zijn samenwerkingsafspraken met de lokale politie. - de kritische kwaliteit - kenmerken voor de eigen organisatie zijn benoemd. - er is een systeem voor het verzamelen van managementinformatie over die factoren - de managementinformatie wordt periodiek geëvalueerd en op basis daarvan worden verbetertrajecten uitgevoerd. - protocollen over 'regionale' sturing WD op basis van de lokale zorgvraag. 	<p>Communicatie over 'regionale' sturing van WD organisatie.</p>	<p>Interne meldingen en klachten.</p> <p>Overzicht van de verbeteractiviteiten die zijn uitgevoerd. Overzicht van de resultaten van de verbeteractiviteiten.</p> <p>Het kwaliteitsjaarverslag.</p>
<p>6. Samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> - de WD is de vitale schakel in een aangesloten keten voor spoedeisende, acute zorg, met behoud van het eigen karakter van de huisartsenzorg. - Er komt een nauwe samenwerking en heldere afbakening met andere voorzieningen in de acute keten, o.a 	<ul style="list-style-type: none"> - de WD beschikt over eigen huisarts minded takenpakket voor spoedeisende acute zorg. - Er zijn taakafspraken met -de spoedgevallendienst en 1^{ste} lijnsdiensten (CGG, 		

.spoeddiensten, 1 ^{ste} lijnsdiensten, politie (i.v.m. veiligheid).	apothekers, ...) rond spoedeisende acute zorg -politie rond veiligheid		
<p>7. Datagebruik</p> <ul style="list-style-type: none"> - De gegevens behoren aan de beroepsgroep toe. Zo deze doorgegeven worden is dit steeds geanonimiseerd. De kring mag enkel gegevens over de praktische organisatie van de wacht rechtstreeks aan de overheid doorspelen. Medisch inhoudelijke epidemiologische gegevens moeten via de wetenschappelijke beroepsgroep WVVH aan de overheid gerapporteerd worden. Dit in het kader van het creëren van een meerwaarde van de gegevens. De veiligheid van de gegevens staat ten allen tijde centraal en moet steeds kunnen gegarandeerd worden. We moeten als beroepsgroep echter eerst aan de kwaliteit van onze gegevens werken (gecodeerd registreren). - Door het verzamelen van gegevens kan men <ol style="list-style-type: none"> 1. de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren 2. de werking van de kring verbeteren 3. de geneeskunde op Vlaams niveau verbeteren 4. Meer autonomie krijgen t.o.v. mutualiteiten en software en andere bedrijven door zelf gegevens te verzamelen en dit niet aan hen over te laten. 	<ul style="list-style-type: none"> - procedure voor anonimiseren van gegevens wachtdienst - procedures voor verwerken van wachtdienstgegevens. - procedures voor beveiligd doorgeven van wachtdienst gegevens. - opleiding voorzien voor gecodeerd registreren - afspraken met de wetenschappelijke beroepsgroep over gebruik van medisch inhoudelijke epidemiologische gegevens. 		

IV. De drie invalshoeken verder uitgewerkt

i. literatuurstudie

Organisatie van de huisartsenwachtdienst in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Frankrijk en Zwitserland.

1. doel
2. methode
3. participanten: bestudeerde landen
4. samenvatting van de resultaten
5. bijlagen

1. Doel van de literatuurstudie:

De belangrijkste doelstelling van dit project is een instrumentarium te ontwikkelen dat op een gevalideerde en betrouwbare manier de activiteiten van de huisartsenwachtdiensten registreert. Voorwaarde voor het ontwikkelen van dergelijk instrumentarium is het bepalen van gevalideerde en betrouwbare indicatoren die de activiteiten van de huisartsenkringen tijdens de wacht weerspiegelen. De indicatoren die hiervoor relevant zijn, kunnen te maken hebben met de praktische organisatie van de wachtdienst, de registratie van data (zowel epidemiologie van de dienst als de epidemiologie van medisch inhoudelijke gegevens), de datatransfers en het gebruik van de data (de beleidsondersteuning).

In deze eerste fase werd, naast brainstormsessies met representatieve huisartsen uit het veld en interviews met een aantal sleutelfiguren, een literatuurstudie uitgevoerd om een vergelijking tussen de Belgische situatie en andere landen mogelijk te maken en nuttige gegevens vanuit het buitenland te kunnen integreren.

2. Methode:

Volgende zoekmachines werden gebruikt: Pubmed; Google; Alta Vista; Copernic

Sleutelwoorden: out-of-hours primary care, data-communication, organisation primary care, zorgcontinuïteit

Literatuurlijst:

- Renier W. De opvang van spoedeisende gevallen in Vlaanderen. *Bijblijven* 1999; 15 (3): 20-26.
- Kwaliteitsmodel centrale huisartsenposten, LHV, dr. A.H.J. van de Rijdt-van de Ven, Werkgroep 'Kwaliteit en Diensten', definitief werkconcept december 2001.
- Huisartsenposten in Nederland. Essentiële schakel inde acute zorgketen. Toekomstvisie-18 mei 2004 (LHV afdeling huisartsenposten)
- Verslag van de bijeenkomsten Kwaliteitskenmerken HDS-en, d.d. 24 februari 2004 en 16 maart 2004
- Utrecht, 6 mei 2004. De koepelorganisatie van Huisartsenposten – onderdeel van de landelijke Huisartsenvereniging (LHV) – onderschrijft in hoofdlijnen de conclusies van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
- <http://www.nictiz.nl>
- http://www.minvws.nl/dossiers/ict_in_de_zorg/default.asp
- Further lessons from Denmark about computer systems in physician offices. Protti D., Johansen IB. <http://www.electronichealthcare.net/eh22/EH22DProttiJohansen.html>
- Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. Christensen M. B., Olesen F. *BMJ* 1998; 316: 1502 -1505.
- National Quality Requirements in the Delivery of Out-of-Hours Services. October 2004, Gateway no. 3776. <http://www.out-of-hours.info>
- The new GMS contract explained. Focus on out-of-hours. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/focusoohs0604>

Interview via telefoon of e-mail:

- 02/02/2005: Frans Houben van de Huisartsenwachtpost Oost-Zuid Limburg , Nederland.
- 11/02/2005: Ruud Weijnen van de Huisartsenwachtpost in Weert, Nederland.
- 03/03/2005: Morten Bondo Christensen, Denemarken.

3. Bestudeerde landen:

Nederland
Verenigd Koninkrijk
Denemarken
Frankrijk
Zwitserland

4. Samenvatting van de resultaten

Uit de literatuur weten we dat het vertrouwen in gespecialiseerde geneeskunde, de beschikbaarheid en gemakkelijke bereikbaarheid van de spoedgevallendiensten belangrijke motieven zijn om zonder verwijzing rechtstreeks naar een spoedgevallendienst te gaan. Dit fenomeen wordt in België zeker versterkt door het feit dat de wachtdienstorganisatie van de eerste lijn onvoldoende transparant en uniform is.

Globaal genomen kan worden gesteld dat er drie grote modellen van wachtorganisatie bestaan: (W. Renier, 1999)

Het centrale model:

Er is een centrale organisatie, onder vorm van één centraal telefoonnummer, één locatie 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 een organisatie (geen huisartsen van de streek). Ook hier werkt men met een centraal nummer met een secretariaat.

Internationaal zien we meer en meer een centraliseren van de huisartsgeneeskunde waarbij het centrale model momenteel in een aantal landen toegepast wordt. Centraliseren van de eerste lijn buiten de kantooruren maakt de wachtdienst transparanter, uniformer en biedt ook meer mogelijkheden tot dataregistratie.

We zullen in deze literatuurstudie een korte beschrijving geven van de wachtdienstorganisatie in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Frankrijk en Zwitserland.

a. Nederland.

In Nederland hebben de huisartsen zich regionaal, maar op basis van duidelijke landelijke kaders voor kwaliteit en financiering, verenigd rond centrale huisartsenposten die instaan voor de eerstelijnsgezondheidszorg buiten de kantooruren.

• Bereikbaarheid:

- De locatie van de huisartsenposten is grotendeels historisch bepaald en op dit vlak is er volgens de Inspectie van de Gezondheidszorg nog verbetering mogelijk. De huisartsenposten kunnen hun locatie zowel binnen als buiten een ziekenhuis hebben.
- De tijdsnorm om een huisartsenpost te bereiken staat nog ter discussie: huisartsenposten hanteren als norm dat patiënten binnen 30 minuten een huisartsenpost kunnen bereiken, de Inspectie noemt hier 15 minuten.

- De huisartsenposten zijn telefonisch bereikbaar, maar een “binnenloop”-faciliteit wordt gecreëerd om te voorkomen dat mensen die niet willen bellen automatisch doorlopen naar de spoedgevallendienst.
- **Gepast gebruik en veiligheid triage:**
 - De huisartsenposten onderkennen het belang van een kwalitatief goede triage. De triage wordt uitgevoerd door een doktersassistent of een verpleegkundige. Achter deze assistent is altijd een huisarts beschikbaar voor het geval een medisch oordeel direct nodig is. Het advies van de doktersassistent wordt altijd gecheckt door een huisarts. In geval van twijfel neemt de huisarts contact op met de patiënt.
 - Zo mogelijk wordt een telefonisch advies verstrekt door de doktersassistent of arts, zo niet wordt ofwel een afspraak gemaakt op de huisartsenpost of een huisbezoek geregeld. Zo nodig kan de ambulancedienst onmiddellijk verwittigd worden.
- **Organisatie van de wachtdienst:**
 - Huisartsenposten dienen eerst hun eigen kwaliteitssysteem en eigen normen te ontwikkelen (fysieke en telefonische bereikbaarheid, kwaliteit van de triage, rol van huisarts, klachtenregeling). Dit kan aan de hand van het Kwaliteitsmodel Centrale Huisartsenposten en in samenwerking met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Op langere termijn zal certificering door een onafhankelijk orgaan wenselijk/noodzakelijk worden.
 - Samenwerking. Het doel van samenwerking moet versterking van de acute zorgketen zijn, maar met behoud van het eigen karakter van de huisartsenzorg. Het is dan ook niet noodzakelijk dat alle huisartsenposten ondergebracht worden bij een spoedgevallendienst. Naast de samenwerking met spoedgevallendiensten is er ook samenwerking met andere diensten mogelijk (thuiszorg,...).
- **Continuïteit van de patiëntenzorg**
 1. **registratie van het patiëntencontact:**
 - Het hele patiëntencontact wordt geregistreerd en deze gegevens blijven beschikbaar in de HAP. Om medisch inhoudelijke epidemiologische gegevens te extraheren is gecodeerde registratie noodzakelijk doch dit wordt zeker nog niet systematisch toegepast in alle HAP.
 2. **datatransfers:**
 - Een recent verschenen rapport van de Inspectie voor Volksgezondheid toont aan dat slechts in 7% van de huisartsenposten dossierinzage mogelijk is.. Enkel de gegevens die in het verleden in de HAP zelf werden geregistreerd zijn beschikbaar. Een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) moet deze uitwisseling mogelijk maken. Het ministerie van VWS werkt aan wetgeving die moet garanderen dat de gegevens veilig zijn (dus slechts toegankelijk voor zorgprofessionals die toestemming hebben om ze te bekijken of te bewerken). Daarnaast werkt het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ), een onafhankelijk instituut waarin alle veldpartijen vertegenwoordigd zijn, met de steun van het VWS aan een veilige en efficiënte basisinfrastructuur voor de specifieke toepassingen van dit landelijk EPD (de programmaliijn AORTA). Als eerste stap streeft NICTIZ naar de invoering van een e-medicatiedossier (iedere voorschrijver van geneesmiddelen zal in 2006 elektronische inzage hebben in het actuele medicatie-overzicht van de patiënt), een e-waarneemdossier (op elke HAP is in 2006 inzage mogelijk in het dossier van de vaste huisarts en de bevindingen op de HAP worden elektronisch teruggekoppeld aan de vaste huisarts) en 100% e-declareren in 2006. Het NHG gaat ervan uit dat de huisartsenpost niet over alle patiëntengegevens moet beschikken, dit is misschien zelfs onwenselijk. Die gegevens moeten beschikbaar zijn, die

medisch inhoudelijk van belang zijn: recente ziektegegevens, medicatie inname, actuele problemen. Belangrijk is dat hier rekening gehouden wordt met privacy en andere juridische punten. Het NICTIZ heeft in samenwerking met het NHG een eerste aanzet gedaan om de omvang van de zogeheten “Professionele Samenvatting” te bepalen.

- Er is een volledige elektronische rapportering van de HAP naar de huisarts. Zoals hierboven beschreven is het de bedoeling dat vanaf 2006 het e-waarneemdossier in elke HAP beschikbaar is. De registratie van gegevens van het contact op de HAP moeten dan automatisch teruggekoppeld worden aan het dossier van de patiënt.

- **Kwaliteitsverzekering:**

- De koepelorganisatie van huisartsenposten heeft een set duidelijke kwaliteitscriteria vastgelegd en de huisartsenposten zijn momenteel bezig deze daadwerkelijk in te voeren. Daarbij wordt samengewerkt met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. De normen richten zich op een aantal belangrijke aspecten van de huisartsenposten: fysieke en telefonische bereikbaarheid, de kwaliteit van triage, de rol van de huisarts hierbij en de klachtenregeling.

- **Randvoorwaarden:**

- Financiering. Er is sinds dit jaar een landelijk systeem waarbij de basis bestaat uit 10 euro per inwoner van het verzorgingsgebied van de wachtpost, met een aantal “oppluismogelijkheden” vb wel of geen platteland. Bedragen liggen nu ongeveer tussen 11 en 15 euro per inwoner/post. 90% van de totale hoeveelheid geld voor de wachtpost krijg je dus zonder meer. Voor de resterende 10% moeten afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar van de patiënt.

b. Verenigd Koninkrijk:

- **Bereikbaarheid:**

- Voor het ganse Verenigd Koninkrijk wordt de “out-of-hours” periode gedefinieerd als volgt: wekdagen van 18.30 tot 8.00, het ganse weekend en officiële vakantiedagen.
- De patiënten moeten duidelijk geïnformeerd worden over de wachtdienst die instaat voor de opvang buiten de normale werkuren (dit kan de eigen arts/praktijk zijn of een andere organisatie waarmee de arts/praktijk een contract heeft, zie verder) en over de manier waarop ze deze wachtdienst kunnen bereiken.

- **Gepast gebruik en veiligheid triage:**

- De zorgverleners dienen een goed systeem te hebben om telefonisch onmiddellijk levensbedreigende situaties te onderkennen. In deze gevallen dient deze oproep binnen de 3 minuten doorgegeven te worden aan de ambulancedienst. Wanneer we spreken over de zorgverleners bedoelen we de artsen of het team die instaan voor de zorg buiten de kantooruren.)

- **Organisatie van de wachtdienst:**

- In het Verenigd Koninkrijk werden recent 4 mogelijke contracten opgesteld waaronder organisaties en huisartsenpraktijken de eerstelijnszorg buiten de kantooruren kunnen opvangen.
 - Commerciële organisaties die instaan voor de eerstelijns opvang buiten de kantooruren.
 - PCT's (primary care trusts) die zelf instaan voor de opvang buiten de kantooruren.

- Huisartsenpraktijken die zelf instaan voor de opvang buiten de kantooruren.
- Praktijken die de opvang buiten de kantooruren uitbesteden aan een andere organisatie (sub-contract).

Alle huisartsenpraktijken zijn sinds 01/01/2005 in de mogelijkheid om hun verantwoordelijkheid voor de opvang van patiënten buiten de normale werkuren uit handen te geven (tenzij de gezondheidsautoriteiten besluiten tot uitzonderlijke omstandigheden, vb veraf gelegen gebieden). Dit kan niet gebeuren op individuele basis, de praktijk kiest voor 1 van de opties. Het uit handen geven van de verantwoordelijkheid voor de wachtdienst is een alles-of-niets principe, als praktijk kan je dus niet alleen de weekends overlaten aan een andere zorgverlener.

- **Continuïteit van de patiëntenzorg**

- **datatransfers:**

- de zorgverleners dienen alle details van de consultaties naar de huisarts van de patiënt te sturen voor 8.00 de volgende werkdag.
 - De zorgverleners moeten beschikken over een systeem dat regelmatige uitwisseling van recente belangrijke informatie over patiënten met bepaalde noden (chronische zieken, terminale patiënten,...) mogelijk maakt.

- **Kwaliteitsverzekering:**

- Iedereen die wil instaan voor de zorg buiten de kantooruren dient aan de Nationale kwaliteitscriteria voor de zorg buiten de kantooruren te voldoen (National Quality Requirements in the delivery of OOH services, van toepassing vanaf 01/01/2005).
 - Deze nationale criteria gaan niet alleen over de organisatie van de wachtdienst, maar ook over klachtenprocedures, feedback over de werking, audits bij de patiënten,...

- **Randvoorwaarden:**

- Financiering. Wanneer een praktijk de verantwoordelijkheid voor de wachtdienst uit handen geeft, zal de praktijk een vastgelegde som bepalen per jaar, afhankelijk van de praktijkgrootte. Dit geld kan dan gebruikt worden voor de uitbouw, werking van organisaties die instaan voor de opvang buiten de normale werkuren.

c. Denemarken:

In Denemarken hebben de huisartsen zich georganiseerd rond medische huizen die instaan voor de eerstelijnszorg buiten de kantooruren.

- **Bereikbaarheid:**

- Eén centraal oproepnummer geeft toegang tot het coördinatiecentrum, verantwoordelijk voor zo'n 60000 inwoners, waar in functie van de problematiek en de urgentiegraad naar het gepaste zorgniveau wordt doorverwezen: huisartsenpost, huisbezoek door huisarts, telefonisch advies of doorverwijzing naar het ziekenhuis. Op die manier kan een goed uitgeruste en bemande centrale functioneren ten dienste van een groot aantal inwoners, terwijl de effectieve zorg toch kleinschalig kan worden gehouden.
 - Er zijn zo'n 30-tal huisartsenposten in Denemarken bereikbaar van 16.00 tot 8.00 en tijdens de weekends.
 - De huisartsenposten kunnen hun locatie zowel binnen als buiten een ziekenhuis hebben.

- **Gepast gebruik en veiligheid triage:**

- De patiënten worden gestimuleerd om op raadpleging te komen in de huisartsenpost en zich niet onmiddellijk naar de spoedgevallendienst te begeven. Zo nodig kan een huisarts op huisbezoek gaan.
- In het coördinatiecentrum wordt door ervaren artsen een triage doorgevoerd.
- **Organisatie van de wachtdienst:**
 - De overheid neemt de kosten op zich maar de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg en de toezicht op de kwaliteit wordt maximaal aan de huisartsengroep zelf doorgegeven.
- **Continuïteit van de patiëntenzorg**
 1. **registratie van het patiëntencontact:**
 - Alle gegevens van het patiëntencontact worden geregistreerd en zijn te raadplegen in alle huisartsenposten van dezelfde provincie (county).
 2. **datatransfers:**
 - Momenteel is er nog geen inzage in het dossier van de huisarts. Enkel de gegevens die in het verleden in de HAP zelf werden geregistreerd zijn beschikbaar. Er werd door de organisatie van huisartsen al wel een format uitgewerkt voor data transfers tussen de huisartsenposten en de computersystemen in de huisartspraktijken.
 - Via MedCom wordt een verslag doorgestuurd naar de huisarts (momenteel nog overwegend als tekst en niet gecodeerd).
 - De meeste voorschriften worden via een regionaal meldpunt elektronisch naar de apotheker doorgestuurd waar de patiënt vervolgens zijn medicatie kan gaan halen. Dit meldpunt houdt een eerste en gecentraliseerde controle in van incompatibiliteiten en eventuele allergieën. (De niet elektronisch gegenereerde voorschriften worden door de apotheker doorgegeven aan het centrale meldpunt zodat een lokale databank ontstaat van alle medicatiegebruik.)
- **Kwaliteitverzekering:**
 - Alle huisartsenposten werken met hetzelfde computersysteem en de huisartsen die betaald willen worden voor hun wachtdienst zijn verplicht om hiervoor een opleiding te volgen.
- **Randvoorwaarden:**
 - Er is een goede samenwerking met en ondersteuning (logistiek en financieel) door de regionale overheid (county). De overheid neemt de kosten op zich maar de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg en de toezicht op de kwaliteit wordt maximaal aan de huisartsengroep zelf doorgegeven. Dit verhindert echter niet dat er een duidelijk transparant en uniform landelijk organisatiemodel bestaat.
 - Daarnaast staat MedCom in voor het ontwikkelen van een nationaal data netwerk. MedCom wordt gefinancierd door verschillende instanties: 1/3 Ministerie van Gezondheid, 1/3 County association, 1/3 door andere instanties (gemeenten, Deense Telecom, Deense Doctors association, Deense Pharmacy Association, Ministerie van sociale zaken)

d. France

- **Accessibilité**
 - La maison médicale de garde est un lieu d'accueil physique, ouvert à la population sans discrimination par rapport à un lieu de résidence, à l'âge ou à des

critères sociaux. Des soins médicaux sont dispensés sur place sous forme de consultations et sans prise de rendez vous.

- Ce lieu d'accueil est ouvert en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville à savoir, la nuit, le week-end et/ou les jours fériés. L'ouverture de la maison médicale de garde n'est pas forcément justifiée sur toute l'année. Ainsi, dans les zones à forte attraction touristique (montagne, mer ...), la maison médicale de garde peut fonctionner temporairement pour répondre à un besoin saisonnier.
- On estime qu'une Maison Médicale de Garde est viable sur un territoire regroupant au moins une trentaine de médecins et au moins 30 à 60 000 habitants

- **Localisation et Triage**

- Le local dédié à la garde libérale est, selon l'importance de l'activité :
 - un lieu de soins différent des cabinets d'exercice habituels des médecins intervenant dans la maison médicale de garde ou,
 - un de leur cabinet qui est alors dédié à la garde, aux heures habituelles de fermeture du dit cabinet ;
 - par ailleurs, dans les zones isolées où la démographie médicale est réduite, la maison médicale de garde peut s'intégrer dans une maison médicale.

- **Organisation de la garde**

- Les professionnels de santé de la maison médicale de garde interviennent volontairement dans la structure. La maison médicale de garde fait intervenir des médecins généralistes libéraux qui assurent, sur place, les consultations médicales.
- Au moins un médecin, dit médecin de garde, doit être présent dans la structure pour assurer les consultations. Le médecin de garde ne peut pas être le médecin d'astreinte. Par contre, le médecin d'astreinte peut, en renfort du médecin de garde, intervenir volontairement dans la maison médicale de garde mais il doit se rendre disponible à tout moment pour intervenir à la demande du Centre 15 ou d'un patient ne pouvant se déplacer, sur un lieu extérieur à la maison médicale de garde.
- Le médecin de garde quant à lui, a la responsabilité d'assurer une permanence des soins sur place. Il ne peut intervenir à l'extérieur de la maison médicale de garde. Le médecin de garde ne peut être contacté directement, la régulation se fait par le centre 15 avec participation éventuelle des libéraux. Le centre 15 est seul juge pour adresser des patients à la maison médicale de garde.
- Les effectifs de la maison médicale de garde peuvent varier sur l'année en fonction des besoins (variation démographique de la population du bassin de santé, épidémies...). De même, la présence médicale au sein de la maison médicale de garde peut être adaptée en fonction des variations horaires d'activité (renforcée entre 20 heures et minuit et allégée entre minuit et 8 heures, par exemple)

- **Continuité des soins**

- a). enregistrement du contact :**

- Pour tout patient soigné dans la maison médicale de garde, une transmission d'informations est réalisée envers son médecin traitant. Afin de garantir une qualité de prise en charge, une fiche médicale et administrative par patient est mise en place

à l'occasion de sa venue dans la maison médicale de garde. Elle doit pouvoir être consultée par tous les professionnels de santé intervenant dans la structure.

b) transfert de données

S'inscrivant dans le dispositif général de la permanence des soins, la maison médicale de garde a des liens formalisés avec les autres professionnels de santé ou organisations intervenant dans ce cadre, à savoir :

- le centre 15 (l'organisation des rapports entre la MMG et le centre 15 fait l'objet d'une convention).
- les médecins d'astreinte. Le médecin d'astreinte effectue notamment les visites à domicile sur son secteur de permanence des soins. L'astreinte médicale est effective dans chaque secteur, la nuit de 20 heures à 8 heures, le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures. La maison médicale de garde reçoit communication de la liste des médecins d'astreinte des secteurs de permanence de soins avoisinants.
- les autres intervenants libéraux

- **Assurance de qualité**

Comme l'évaluation d'autres actions et structures de santé, celle des MMG se fonde sur l'analyse des structures, des processus et des résultats :

- la structure correspond au cadre juridique de la MMG, à ses objectifs, aux professionnels de santé qui interviennent en son sein, aux moyens humains, matériels et logistiques mobilisés, ...
- les processus comprennent d'une part les processus de prise en charge, d'autre part, les processus d'organisation de la MMG (coordination des acteurs, relations avec les partenaires, analyse des dysfonctionnements éventuels,...)
- l'analyse des résultats s'effectue au niveau médical, économique et sanitaire. Elle mesure l'impact de la MMG sur son environnement et sur les pratiques professionnelles, et inclut la satisfaction des professionnels de santé, des usagers et des partenaires.
- l'analyse de la structure, des processus et des résultats peut s'opérer sur 5 champs d'évaluation : activité de la MMG, parcours du patient, satisfaction (des usagers, professionnels de santé et partenaires) et enfin coûts afférents au fonctionnement de la MMG. **L'évaluation de la qualité médicale de la prise en charge n'est pas incorporée à ce stade.**

- **Financement**

Les dépenses d'investissement et de fonctionnement de la MMG sont couvertes par des sources de financement plurielles. Parmi les co-financeurs possibles, la MMG peut notamment obtenir un soutien de l'Assurance Maladie (aides attribuées dans le cadre du Fonds d'aide à la Qualité des Soins de Ville – FAQSV), de l'Etat, des collectivités territoriales (aides en nature ou subventions des municipalités, ...).

e. Suisse (canton de Fribourg)

Il n'existe pas au niveau national une organisation de la garde en médecine générale. Certains cantons ont cependant pris l'initiative d'organiser des gardes de MG au niveau cantonal, comme le canton de Fribourg.

- **Accessibilité**

Pour répondre aux habitudes actuelles de la population à la recherche d'un praticien de garde, un seul numéro de téléphone classique à neuf chiffres est mis en service. Il remplacera les numéros d'appel spécifiques actuels des cercles de garde.

- **Localisation et Triage**

Le numéro unique aboutit directement à la centrale 144 qui évalue le degré d'urgence, alerte le médecin de garde en indiquant le degré de l'urgence. Le 144 est le numéro d'appel d'urgence pour tout le canton.

- **Organisation de la garde**

Le territoire cantonal se subdivise en cercles de garde. En règle générale, les cercles de garde comprennent les médecins ayant leur cabinet sur le territoire concerné et qui ne font pas partie d'un groupe de spécialistes avec liste de garde spécifique. Chaque cercle de garde nomme son ou ses responsables, de même qu'il définit sa structure et ses moyens d'action. Chaque cercle élabore sa liste de garde et veille à ce qu'elle soit toujours communiquée en temps utile aux instances intéressées : gendarmerie, centrale 144 d'appels d'urgence sanitaire et autres organismes officiels. Chaque praticien installé dans le canton participe à la garde médicale s'il ne bénéficie pas d'une dispense.

- **Continuité des soins**

- a) enregistrement du contact :**

- Pas de directive spécifique à ce sujet.

- b) transfert de données**

- Pas de directive spécifique à ce sujet.

- **Assurance de qualité :**

Le comité de la Société de Médecine du Canton de Fribourg (SMCF) nomme une Commission des urgences pour une durée de deux ans, renouvelable. Les buts de la Commission des urgences sont notamment d'élaborer des normes de qualité qu'elle soumet au comité de la SMCF et à l'Assemblée générale et au Conseil d'Etat pour approbation ; de veiller à l'application de ces normes dans les cercles de garde ; de décider quelles sont les spécialités concernées par le service de garde ; et d'émettre des directives concernant la formation, la formation continue et autres problèmes spécifiques à la garde.

- **Financement :**

Le responsable d'un cercle de garde peut être rétribué pour son travail, selon entente entre confrères concernés.

5. Bijlagen:

- Kapstokken ivm kwaliteitsindicatoren ahv Nederlands model "Kwaliteitsmodel Centrale Huisartsenposten".
- Enkele interessante artikels ivm huisartsenposten en huisartsendiensten structuren in Nederland met betrekking tot kwaliteitsindicatoren.
- France et Suisse : Indicateurs de qualité des services de garde en médecine générale
- Québec : article sur la continuité des soins

ii. interview sleutelfiguren

- 1. doel**
- 2. methode**
- 3. participanten**
- 4. tekstfragmenten en getuigenissen uit de interviews**
- 5. samenvatting van de resultaten**
- 6. bijlagen**

1. Doel interviews sleutelfiguren

Een sleutelfiguren analyse is een 'instrument' om inzicht te krijgen in de visies, interesses, ervaringen en onderlinge relaties van verschillende actoren (belanghebbenden) t.a.v. een bepaald onderwerp.

2. Methode

Er werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview. Meestal waren 2 interviewers aanwezig (1 stelt vragen, andere noteert), het aantal geïnterviewden varieerde tussen 1 en 4 personen.

Het uitgeschreven interview werd naar de betrokkene(n) ter correctie teruggestuurd.

Uit alle interviews werden de belangrijkste toekomstvisies door 3 medewerkers en onafhankelijk van elkaar, geselecteerd.

Du côté francophone, les personnes interrogées ont été **sélectionnées** sur base de :

- leur appartenance à un cercle reconnu (liste établie par le FAG), ou représentant un type de garde (Médigarde, SOS Médecin)
- leur expérience dans la collecte et le transfert informatique de données médicales (experts informatiques)
- leur expérience dans le domaine de la récolte de données médicales et de l'utilisation de ces données en Santé Publique (experts en Santé Publique).

En ce qui concerne les représentants des cercles, de la pratique médicale, nous avons sélectionnés des personnes représentants des régions différentes, des réalités géographiques différentes (ville, rurale, semi-rurale), des types de pratique médicale différente (maison médicale, association, en solo), des organisations (cfr.typologie) de services de garde différentes.

Deux des interviewés ont été interrogés en tant que représentant d' un type de pratique médicale et en tant qu'expert en informatique.

Les thèmes abordés sont :

- l'accessibilité des services de garde
- l'organisation pratique du service de garde
- le triage des appels
- l'enregistrement de données, des plaintes des patients
- la collaboration avec d'autres services
- la collecte et le transfert des données
- la centralisation, la gestion et l'utilisation des données

3. Geïnterviewde sleutelfiguren

Equipe KUL

1) medische wereld

- **Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout:** *Dr. Renders*, voorzitter en *Dr Ryckebosch* verantwoordelijke IT
- **Vlaamse Wachtdienst Brussel:** voorzitter *Dr. Walter Renier*
- **Prof Dr. Marc Sabbe**, urgentiearts dienst spoedgevallen van het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg Leuven

2) informatica wereld

- **WVH informatica werkgroep (WVH mailer):**
 - *Dr Johan Brouns*, huisarts te Evergem, Geneesheer specialist in het beheer van gezondheidsgegevens, ontwikkelaar en beheerder voor de dienst pathologie in het Universitair Ziekenhuis Gent van hun specifieke software en databank sinds 1/1/2000, ontwikkelaar en eindverantwoordelijke van de medische software en databank van de Huisartsen wachtpost Deurne Borgerhout.
 - *Dr Walter Verhelst*, huisarts te Edegem, Webmaster van de WVH en moderator van de e-mailgroepen, Medebezieler en tester van het eerste uur van de mailer
 - *Dr Jef Goris*, huisarts te Merksem, lid van het technisch comité van Medigest (Omegasoft), waar hij de termendatabank onderhoudt, verantwoordelijk voor de layout van de schermen en voor het ontwerp van de codeermodule in het mailerproject
 - *Dr Philippe Ryckebosch*, huisarts te Deurne, IT verantwoordelijke op de huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout.
- **Omegasoft-Medshare:** *Dr Jos Devlies*, Senior Director Business Development en *Dr Eddy Willaert*, R & D Manager General Practice
- **SoSoeMe:** *Dr Marc Verbeke*: op vakgroep UZ Gent
- **Health One:** *Dr Patrick Dufraimont* lesgever en gebruiker softwareprogramma H1
- **Windoc:** Peter Van den Berge, Managing Director

3) organisatorische wereld

- **UHAK en huisartsenkring Midden West-Vlaanderen:**
 - *Dr Ralf Paqueu* (vroegere coördinator van Mozaïek project, voorzitter kring MWV, gecoöpteerd lid UHAK)
 - *Dr Luc Dekeyser* (coördinator WD in kring MWV, gecoöpteerd lid UHAK)
 - *Dr Elise Uitersprot* (WD voorzitter regio Roeselare) ,
 - *Dirk Callens* (schatbewaarder van de WD MWV)
- **Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen:** *Dr Jos De Smedt* voorzitter
- **Orde der geneesheren:** *Dr Paul Beke*, lid Nationale Raad van de Orde der Geneesheren
 - **Vlaams Huisartsenparlement:** *Dr Piet Vanden Bussche* voorzitter

4) de Overheid

- **Chris De Coster** verantwoordelijke ziekenhuisbeleid Ministerie van Volksgezondheid_en Sociale zaken
- **Dr. Paul Dercq** adjunct kabinetschef Ministerie Volksgezondheid en sociale zaken

Equipe UCL

5) organisation de la profession

- Bernard Vercruysse, Bruxelles, pratique en maison médicale, milieu urbain, président du Forum des Associations des Généralistes (FAG)
- Geneviève Bruwier, Visé, médecin, pratique en solo, milieu semi-rural, vice-présidente de la SSMG (Société scientifique de médecine générale) membre du FAG, chercheur au Département universitaire de Médecine générale de l'université de Liège, membre de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSYM)

6) systèmes alternatifs de garde en médecine générale

- Didier de Boulay, Bruxelles, responsable de SOS Médecin
- Alain Steygers, Bruxelles, responsable de Médigarde, membre du FAG, membre de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB)

7) pratique médicale

- Jean Laperche, Durbuy, médecin, pratique en maison médicale, milieu semi rural, membre de la Fédération des Maisons Médicales
- Etienne Baijot, Beauraing, médecin, pratique en solo, milieu rural, membre du FAG, Union des omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant (UOAD)

8) système de mise en place de collecte de données

- Viviane Van Casteren, Bruxelles, Institut scientifique de Santé Publique, experte en santé publique et responsable du réseau de médecins vigies.

9) informatique

- Vincent Formato, Saint Vaast, médecin, pratique de groupe, milieu urbain, expert en transfert et anonymisation de données (projet CRISNET(Coordination, Recherche et Traitement de l'Information en Soins de Santé Primaire), membre de l'Institut de Télématique et d'Informatique médicale (ITIM) de la SSMG)
- Marc Jamouille, Gilly, médecin, pratique en solo, milieu urbain, expert informatique, éditeur de la CISP-2 (Classification Internationale des Soins de Santé Primaire, deuxième version)
- Etienne De Clercq, Bruxelles, médecin informaticien, responsable du projet RESOPRIM (réseau expérimental en soins de santé primaire), dossier médical électronique

10) instances fédérales

- Dominique Paulus, Bruxelles, expert en Santé Publique, chercheur au centre d'Expertises en Soins de santé (KCE)

4. tekstfragmenten en getuigenissen uit de interviews

tekstfragmenten en getuigenissen uit de Nederlandstalige interviews

Uit alle interviews werden de belangrijkste en voornamelijk toekomst gerichte antwoorden door 3 onderzoekers geselecteerd. Deze werden gerangschikt volgens thema. Waar men dit belangrijk vond, heeft men de naam van de geïnterviewde laten staan. Indien geen naam bij het antwoord staat, betekent dit dat meerdere geïnterviewde sleutelfiguren deze of gelijkaardige antwoorden of opmerkingen gaven.

1. Bereikbaarheid:

Wanneer?

- **Chris Decoster:** In mijn ogen kan het niet dat een huisarts zich tijdens zijn afwezigheid niet laat vervangen en zijn patiënten aan het ziekenhuis overlaat. **Beschikbaarheid en bereikbaarheid** voor patiënten moet **gegarandeerd** worden in **de eerste lijn**.
- Probleem hierbij is echter dat de wacht in **verschillende regio's op verschillende momenten** ingaat en dat beschikbaarheid honoraria sowieso pas vanaf 8u zaterdagmorgen uitgekeerd worden.
- De **wachtdienst moet enkel voor urgente zaken** gebruikt worden en mag geen 24u op 24 dienst worden omdat men dan niet in te vullen verwachtingen creëert bij patiënten.

- **Dr. Beke**: waarschijnlijk komt er op termijn een wettelijke regeling voor weekwachten: ze worden namelijk steeds meer en meer georganiseerd (nu heeft zo'n 50% van de regio's reeds een weekwacht)

Hoe?

- **Een secretariaat** die in een continue telefoonpermanentie voorziet. Het secretariaat noteert de administratieve gegevens van de patiënt en verwijst door naar de arts.
- **Een doorschakelsysteem** (bijvoorbeeld waarbij de patiënt zijn postnummer moet ingeven) waarbij de patiënt automatisch bij de wachtarts uit zijn regio terecht komt.
- Het **centrale oproepnummer** wordt bekend gemaakt in lokale bladen, in de media, eigen brochures die de HA verspreidt, via een website, via het antwoordapparaat van de huisartsen. Dit kan via het Rood Kruis, de 100 of andere diensten passeren. Bij problemen kan de centrale dan overnemen. Binnenkomende telefoons kunnen gelogd worden tot er doorschakeling is naar de wachtarts.
- **Dr. Jean-Paul Dercq**: Concreet wil het ministerie het probleem van bereikbaarheid oplossen door het creëren van een **uniek (regionaal?) telefoonnummer en website voor de huisartsenwachtdienst**. Het telefoonnummer is een **informatienummer**. De telefoon wordt door een dispatcher opgenomen die het nummer van de lokale wachtarts doorgeeft. Indien men kiest voor de interventie van een dispatcher en niet voor automatische doorschakeling kunnen de wachtdiensten hun eigen werking behouden. Op de **website** kan men diezelfde informatie vinden en de kringen kunnen, indien zij dit wensen, er hun eigen website aankoppelen. **Praktisch** zou de wachtverantwoordelijke uit elke regio hiervoor op een centrale website de lijst van de wachtartsen moeten doorgeven.

In een **tweede fase** kan men hier ook andere services aan koppelen (doorgeven nummer apotheker, verpleegkundige, sociale dienst etc van wacht) en kan men hier eventueel ook een triage systeem aan koppelen (doorverwijzing naar 1^e lijn, naar 100).

Dit systeem heeft een aantal voordelen:

1/ de huisartsenwachtdienst wordt **meer zichtbaar** dankzij duidelijkheid voor de patiënt (via een uniek nummer wordt de patiënt eender waar in België geholpen).

2/ Dit systeem is **bruikbaar voor alle wachtdiensten** (zowel deze met als zonder secretariaat) en laat hen toe hun **autonomie te behouden**.

3/ het systeem laat ook toe voor de kringen het aantal oproepen (en de spreiding ervan) bij te houden alsook op basis van de lijst van de wachtartsen, systematisch de beschikbaarheidsvergoeding uit te keren. Dit **vermindert de administratie voor de wachtkringen**. Bovendien laat dit ook toe een **evaluatie per regio te maken van het aantal wachtoproepen**.

4/ **bijkomende diensten kunnen toegevoegd worden**: het factureren aan het Riziv van de beschikbaarheidshonoraria via de Website, communicatie tussen HA en Volksgezondheid wat de sanitaire bedreigingen betreft, communicatie tussen kringen en hun bevolking voor bepaalde acties en campagnes,....

Waar?

- **Chris Decoster**: een **goede infrastructuur** kan een goed uitgerust **huisartsenkabinet** zijn maar tevens een volledig **uitgeruste wachtpost** (heeft het voordeel dat men energie en middelen kan concentreren, patiënten zullen eens ze deze post bezocht hebben en kennen er snel en makkelijk terug naartoe keren. We zouden ook kunnen denken aan een centrale locatie voor apothekers en verpleegkundigen tijdens wachtdiensten en deze misschien allemaal in eenzelfde gebouw kunnen concentreren). Deze structurele wachtvoorzieningen moeten natuurlijk voldoende gefinancierd worden.
- **Een rijdende en zittende wacht** waarbij de zittende wacht op het platteland in eigen praktijk consulteert en in grootsteden in een huisartsenwachtpost. Dit gecombineerd

systeem is efficiënt en ook financieel haalbaar. De veiligheid van de rijdende wacht wordt door de chauffeur gewaarborgd, niet alleen door zijn fysieke aanwezigheid maar ook omdat de chauffeurs de gevaarlijke regio's goed kennen.

- **Dr. Beke:** In landelijke gebieden kunnen een soort “miniwachtposten” gecreëerd worden door deze posten te koppelen aan bijvoorbeeld rusthuizen waar reeds onderzoeksruimten en verpleging aanwezig zijn.

Andere opmerkingen:

- **In Brussel** kennen de patiënten het wachtsysteem onvoldoende. Waarschijnlijk om verschillende redenen:
 - 1/ een groep patiënten gaat liever naar het ziekenhuis - hoe ‘groter’ de wachtdienst is, hoe minder vertrouwen de patiënten hebben in de wachtdienst is gebleken
 - 2/ patiënten veronderstellen dat hun huisarts niet werkt in het weekend en zijn niet op de hoogte van het doorverwijzen naar de wachtdienst
 - 3/ de huisarts zelf promoot het systeem onvoldoende

- **Prof. Sabbe:** De eerste lijn is tijdens de wacht vaak onherkenbaar, weinig toegankelijk en niet uniform en dus weinig transparant.

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:**

De voornaamste redenen van opstarten van een wachtpost waren:

- Dalend gebruik van de huisartsenwachtdienst ten voordele van de spoeddiensten.
- Veiligheidsaspecten.
- Ongunstige demografische evolutie in de toekomst van de huisartsen waardoor het aantal wachten snel zal toenemen.
- Wachtdienst verliep in artsonvriendelijke en moeilijke omstandigheden: de familie moest mee van wacht zijn; verkeersproblemen.
- De huisartsen voelden aan dat de wachtdienst niet meer beantwoordde aan de verwachtingen van de huidige maatschappij.

De voornaamste redenen tegen de HAP waren

- angst voor het ongekende (nieuw was bijvoorbeeld dat men op de HAP moet blijven slapen)

- geen motivatie om te veranderen omdat men de huidige situatie wel OK vond

Na 1 jaar werking is er opnieuw naar de mening van de artsen gepeild en op 1 à 2 personen na is iedereen nu positief over de HAP.

2. Triage en gepast gebruik van de wachtdienst:

Wie doet de triage?

- Telefonisten. Er wordt gedacht aan het opstellen van fiches per klacht en de te volgen procedures bij dringendheid zodat in de toekomst de telefoniste eventueel onmiddellijk de MUG kan sturen.
- Het Deens model, waarbij triage telefonisch gedaan wordt door een arts, verzekert voldoende kwaliteit van triage.
- Indien triage plaats vindt moet dit door **geschoolde personen** gebeuren
- **Chris Decoster:** Veel hangt af van de **bekwaamheid van het personeel**. Men moet echter kunnen verzekeren dat
 - men voldoende kennis van zaken heeft
 - een minimum aan infrastructuur binnen de eerste lijn aanwezig is
 - goede doorverwijsmogelijkheden naar het juiste zorgniveau bestaan
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Via het uniek huisartsennummer zou triage spontaan kunnen gebeuren. Een 1^e lijnsnummer voor niet dringende vragen kan andere diensten zoals de 100 ontlasten en hierdoor kostenbesparend werken. Daarom denken we eraan in een tweede fase van het project een triage aan de telefoon te laten gebeuren door geschoold personeel.

De huisarts moet geen vitale hulp verlenen. Daarvoor bestaan andere diensten. In Frankrijk heeft men voor de triage specifiek gevormd paramedisch personeel die men "permanenciers" noemt. Deze paramedici kunnen eventueel gesuperviseerd en bijgestaan worden door artsen (een echelonnering van de triage invoeren dus).

- Er zijn dus 2 goede scenario's mogelijk:
 - 1/ personeel met ervaring (omdat triage verantwoordelijkheid inhoudt) doet de triage. Indien het secretariaat enkel de oproepen doorgeeft zonder deze te behandelen kan men beter een louter elektronisch systeem gebruiken. Dit gaat even goed en is veel goedkoper. Bovendien moet men zich de vraag stellen wie hiervoor kan ingeschakeld worden: de 100, brandweer, rode kruis,... Een mogelijke oplossing is te werken met een zittende wacht (die telefoons opneemt en triage doet) en een rijdende wacht.
 - 2/ ofwel wordt onmiddellijk en automatisch doorgeschakeld naar de wachtarts waarbij de gesprekken opgenomen worden om problemen en klachten te vermijden.

Gepast gebruik van de wachtdienst:

- **Prof. Sabbe:** De vraag is tevens of huisartsen de groep patiënten die oneigenlijk gebruik maakt van de spoedgevallen buiten de normale werkuren, wel voor hun rekening willen nemen.
De overheid zal moeten bijdragen in het stimuleren van een correcte keuze van zorgniveau door de patiënt o.a. door een juist gebruik van de ziekenhuisfaciliteiten te omschrijven en dit te vertalen naar de burger en ziekenhuisbeheerders. Maar tevens door valabele alternatieven te helpen uitbouwen, in casu de eerste lijn.
- **Chris Decoster:** De patiënt moet op het juiste zorgniveau terecht komen en dus moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden i.v.m. de verwijzing op zich en dat in de 2 richtingen (ZH <-> HA). Het engagement moet door beide partijen aangegaan worden.
- **Omeegasoft:** De wachtdienst moet ook enkel voor urgente zaken gebruikt worden en mag geen 24u op 24 dienst worden want in dit geval creëert men eigenlijk virtuele groepspraktijken wat niet de bedoeling kan zijn van een wachtdienst.

3. Praktische organisatie van de wachtdienst.

Ondersteuning (logistiek en middelen):

- **Chris Decoster:** Een goed uitgerust huisartsenkabinet of een volledig uitgeruste wachtpost: **structurele wachtoorzieningen** moeten **voldoende gefinancierd** worden. We zouden ook kunnen denken aan een centrale locatie voor apothekers en verpleegkundigen tijdens wachtdiensten en deze misschien allemaal in eenzelfde gebouw kunnen concentreren.

Praktische afspraken:

- **Kring midden West-Vlaanderen:** Alle artsen nemen deel aan de wacht en wachtdienst wordt niet doorgegeven aan een andere collega

Wie organiseert de wachtdienst?

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Een apart software programma dat ervoor zorgt dat iedereen evenveel zaterdag, zon- en feestdagen zal gedaan hebben, alsook evenveel zittende en rijdende wachten, zodat iedereen de kans gehad heeft om evenveel te verdienen.

4. Continuïteit van de patiëntenzorg: registratie.

Ondersteuning bij de registratie:

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Op de post wordt de HDB Mailer gebruikt. Er is onder andere een module voor de secretaresse waarin ze de ganse flow heeft van moment van telefonische oproep of contact aan de balie tot het uiteindelijke verzenden van het verslag aan de behandelende huisarts. Een secretaresse doet het administratieve deel, de arts het medische deel.

Wat moet er geregistreerd worden?

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Alles wordt via het software systeem geregistreerd: tijdstip telefoon patiënt, tijdstip doorgegeven naar arts, tijdstip behandeld door arts, alle administratieve gegevens (naam, leeftijd, geslacht, adres, klacht, telefoonnummer), alle medische gegevens (klacht, onderzoek, diagnose, voorschrift, verwijzing, aantal dagen WO, injectie, vaccinatie, kleine ingrepen). **Voor de wachtpost is het belangrijk dat ook de klachten en diagnoses geregistreerd worden.** Een kopie van al deze gegevens staat op server en is enkel raadpleegbaar door de serverbeheerder. Dit is nodig indien er medico-legale problemen zijn en dit zowel ter bescherming van arts als patiënt.
- **De telefoniste registreert naam, telefoon, adres, huisarts van de patiënt, uur oproep en dringendheid (urgentiegraad van een oproep is echter een subjectief gegeven dat men met omzichtigheid moet interpreteren) Weigering van de arts en klachten van de patiënten worden eveneens geregistreerd.**
- **Kring midden West-Vlaanderen** De arts registreert volgens het officiële UHAK formulier en wordt hiertoe gestimuleerd door er de disponibiteitshonoraria aan te koppelen.
- **Voor een goede registratie zijn duidelijk afspraken rond gelijkaardige interpretatie nodig.**
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Een exhaustieve registratie voor derden (Overheid) is zeker geen prioriteit. De **gegevens moeten in de eerste plaats een 'zorgmiddel' zijn tussen WA en HA en omgekeerd.** In een tweede tijd en in samenwerking met de huisartsen kunnen gegevens verzameld tijdens de wacht, ook voor andere doeleinden gebruikt worden. Hiervoor moeten de artsen die hieraan willen meewerken (dus op vrijwillige basis) een speciale vorming krijgen zodat de gegevens op een gestandaardiseerde en veilige manier kunnen doorgegeven worden. Dit garandeert correcte gegevens met respect voor de privacy van de patiënt. (cfr werking peilpraktijken)
- **Omegasoft:** Dr. Devlies: Enkel klacht en administratieve gegevens dienen volgens hem geregistreerd te worden. Het registeren van een diagnose houdt zekere gevaren in omdat men in de meeste gevallen een waarschijnlijkheidsdiagnose stelt (die slechts in 50% van de gevallen correct is). Men moet zich ook afvragen of kwaliteitsverbetering in cijfers kan uitgedrukt worden.
- **WVH/ VHP-CIT:** Brouns: We kunnen zeer ver gaan in registratie zo we het in eigen beheer kunnen houden. Bijvoorbeeld via opleidingsavonden binnen de kring kunnen artsen leren coderen.

Veiligheid van de arts en registratie van veiligheidsproblemen:

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Worden in het wachtverslag door de arts genoteerd. Dit betekent dat dit bij een volgend gebruik van de wachtpost, automatisch bij het openen van het elektronisch dossier van de patiënt, zal verschijnen. Geen "**zwarte lijst**" zoals in de media gezegd wordt, enkel indien de patiënt terug consulteert, kan de arts het dossier openen. De privacy van de patiënt wordt dus gerespecteerd. Er wordt momenteel nog onderzocht of de eigen HA de HAP kan verwittigen i.v.m. een agressieve patiënt.
- Er is een groot verschil tussen een onveiligheidsgevoel en effectieve onveiligheid. Een 'zwarte lijst' kan enkel indien er een centrale databank bestaat met goede registratie

die deel uitmaakt van een algemene wachtregistratie en waarbij de privacy van de patiënt verzekerd wordt.

- **Chris Decoster:** Indien men een gestructureerde wachtdienst heeft kan men ook makkelijker de veiligheid van de arts garanderen (centraal nummer zodat de patiënt niet onmiddellijk kan achterhalen wie de wachtarts is, oproepnummerherkenning, camera's, niet alleen in het gebouw, wagen met chauffeur voor huisbezoeken, etc) Een **zwarte lijst** is een mogelijke **oplossing indien men deze mensen niet van de normale zorgverstrekking uitsluit**. Men zou ter extrapolatie de patiënten van de zwarte lijst kunnen verwittigen dat bij recidiverend geweld zij zelf zullen moeten opdraaien voor hun gezondheidskosten.
Er komt best een landelijke uniforme manier van registreren en behandelen van agressiegevallen.
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Klachten en problemen moeten geregistreerd worden omdat er naar oplossingen zou gezocht worden.
- **Omegasoft:** Een zwarte lijst is het allerlaatste en allergevaarlijkste... en naar mijn gevoel een schending van de privacy.
- **WVH/VHP-CIT:** Via de mailer kunnen veiligheidsproblemen geregistreerd worden.
- **Dr Beke:** Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen zaken die algemeen bekend zijn (zoals de gevaarlijkheid van een straat of buurt) en gegevens die artsen verzamelen bij patiënten tijdens de uitoefening van hun beroep. De Nationale Raad heeft er niets op tegen dat een lijst van gevaarlijke patiënten opgesteld word, voor zover dat die voldoet aan een aantal essentiële voorwaarden.
- **Dr Dufraimont:** Er wordt nauw met de politie samengewerkt. Er zijn 3 mogelijke procedures:
 - 1/ De politie beschikt over een lijst met wachtartsen. Indien deze arts opbelt om te zeggen dat hij/zij in gevaar is, wordt hier onmiddellijk op ingegaan.
 - 2/ Indien de wachtarts naar een gevaarlijke plaats moet, escorteert de politie zo de arts hierom vraagt.
 - 3/ Een verdachte oproep wordt gemeld door de WA aan de politie. De WA vraagt de politie na zekere tijd op te bellen op GSM om te controleren of alles OK is.

5. Continuïteit van de patiëntenzorg: datatransfers.

Peter Van den Berge-Windoc: Het grootste huidige probleem op het vlak van datatransfer tussen softwarepakketten is dat de overheid in veel gevallen geen duidelijke richtlijnen oplegt voor wat betreft de kmehrtaal die gebruikt moet worden en het soort gegevens dat moet geregistreerd worden (de SUMEHR bevat teveel inconsistenties en er is onduidelijkheid over wat men precies wil registreren).

Datatransfers van de wachtarts naar de huisarts.

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Alle gegevens worden doorgestuurd naar de huisarts: klacht, diagnose en behandeling, doorverwijzing, werkongeschiktheid etc. Idealiter gebeurt dit elektronisch en gecodeerd zodat alle info onmiddellijk op de juiste manier in het dossier van de patiënt bij de HA terecht komt.
- Bij overlijden of opname wordt de HA op maandagochtend telefonisch verwittigd door de WA. Telefonisch kunnen ook gevoeligheden doorgegeven worden die schriftelijk niet kunnen.
- **Chris Decoster:** Idealiter wordt steeds naar de vaste HA van te patiënt terug gerapporteerd volgens bepaalde spelregels en best elektronisch. Registreren en feedback geven, heeft een toegevoegde waarde indien dit steeds op uniforme manier gebeurt want dan kan het in een groter geheel geïntegreerd worden.

- **Dr. M. Verbeke:** Het moet ook mogelijk zijn indien men online het dossier van de patiënt kan bekijken, om de diagnose en behandeling te koppelen aan een episode. De HA kan dan de inclusie in zijn eigen dossier valideren of verwerpen.
- **Softwareproviderst:** De huisarts van wacht kan zijn eigen software gebruiken voor het maken van de verslagen van geziene patiënten tijdens de wacht, zonder dat deze in zijn eigen dossiersysteem opgenomen worden.
- **WVVH/ VHP-CIT:** het instrument voor verslaggeving van de wachtarts tijdens de wachtdienst moet:
 - gebruiksvriendelijk en eenvoudig zijn
 - het dossier van de huisarts op peil houden tijdens en na de wachtdienst.
 - een product zijn om de verslaggeving over het "gebeuren" van de wachtdiensten te automatiseren.
 - een product zijn om de LOK's te "voeden" met gegevens voor feedback naar EBM.
 - een product zijn om de gegevens voor verder wetenschappelijk onderzoek te gebruiken in eigen bezit.

Datatransfers van de huisarts naar de wachtarts.

- Idealiter moet het kern dossier van de patiënt voor de wachtarts beschikbaar zijn (en liefst via elektronische weg). De GMD houdende arts is hiervan de beheerder. Volgende items worden **standaard** geëxporteerd in het kern dossier van de patiënt: **actieve episodelijst, probleemlijst, allergieën en vaccinaties, actuele medicatie, eventueel de geschiedenislijst.** Er moet echter ook een mogelijkheid zijn voor de **individuele huisarts om te beslissen wat er wel of niet in komt.**
- **Dr.J. De Smedt:** Het **belangrijkste probleem is echter het up to date houden van het kern dossier** (zijnde de medicatielijst en de probleemlijst).
- **Maximale privacy moet gegarandeerd worden door de traceerbaarheid van dossierraadpleging, door beveiligde toegang en door een goed georganiseerde sociale controle.** Via beveiligde mail wordt de HA op de hoogte gebracht van het raadplegen van het dossier van de patiënt.
- **Chris Decoster:** Het dossier van de patiënt moet naar toegang toe streng bewaakt worden en ook de overheid mag hier geen inzage in hebben.
- De vraag is of men het kern dossier van de patiënt (dat door het software systeem automatisch uit het dossier geëxtraheerd en geëxporteerd wordt op regelmatige tijdstippen) moet **exporteren** naar een centrale server alwaar het kan geraadpleegd worden of dat men **online een gedifferentieerde toegang** tot het dossier van de patiënt moet creëren.
- **Peter Van den Berge-Windoc:** Indien men bepaalde gegevens confidentieel wil houden moet van overheidswege eerst uitgeklaard worden wat wel en niet confidentieel mag gehouden worden.
- **Peter Van den Berge-Windoc:** Primordiaal is dat de wachtarts niets in het dossier van de huisarts mag veranderen.
- Probleem op dit moment is dat de verschillende **softwarepakketten nog steeds geen universele rapporteringstaal** gebruiken
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** 'gezamenlijk gezondheidsdossier' (dossier médical partagé). De initiatiefnemer hiervoor is de GMD houdende huisarts. Hij is diegene die bepaalt wat er in het urgentiedossier (ICPC codes van de behandelde en in behandeling zijnde aandoeningen), historisch dossier (chronologisch) en in het privé dossier (confidentieel deel) van de patiënt terecht komt. Indien de patiënt de goedkeuring voor export van zijn dossier geeft, kan dit via elektronische weg uitgewisseld worden tussen verschillende gezondheidswerkers. De identificatie van de patiënt kan gebeuren volgens een unieke code en zijn nationaal nummer. Dit is momenteel een wetsontwerp in de commissie privé leven.

- **Dr Beke**: een medische gezondheidskaart (type SISkaart) waar het hele medische dossier van de patiënt op staat en gedifferentieerd consulteerbaar is. Probleem is updating en aansprakelijkheid voor de juistheid van de gegevens.
- **Omegasoft**. Het beschikbaar zijn van het (kern)dossier van de patiënt is voor de kwaliteit van zorg tijdens de wacht veel belangrijker dan het rapporteren tijdens/na de wacht

Voor het exporteren van gegevens tijdens de wacht kunnen de verschillende software systemen zonder probleem medibridge gebruiken omdat het een onafhankelijke, veilige en betrouwbare dienst is.

- **WVH/ VHP-CIT**: De servers moeten voor en door geneesheren beheerd worden en al wie er toegang toe heeft moet op voorhand een contract afsluiten waarbij gestipuleerd wordt wat wel en niet met die gegevens kan en mag gebeuren en onder welke voorwaarden. De toegang moet ook controleerbaar zijn en het traject dat in het gegevensbestand afgelegd wordt moet traceerbaar zijn.
- **WVH/ VHP-CIT**: Men denkt eraan om een **webbased mailer** te maken. Voordeel is dat de suhmers vanuit een hele regio hierop kunnen gestockeerd worden en door de WA kunnen geraadpleegd worden. Nadeel is dat de informatie dan buiten de kring gaat en op het web (weliswaar beveiligd) staat. Momenteel wordt de **mailer** enkel lokaal gebruikt. Dit wil zeggen dat de **informatie binnen de kring blijft**. Er gebeurt een eerste privacy beveiliging (1^e versleuteling) bij de verstuurder (HA>wachtcoördinator). Van de administratieve gegevens komen enkel postcode, geboortjaar, sex en rizivcode van de verstuurder bij de coördinator terecht. De informatie die bij de wachtcoördinator terecht komt is op die manier reeds gedeeltelijk geanonimiseerd. Dankzij de riziv code kan de coördinator indien nodig steeds terug naar de verstuurder om meer informatie op te vragen. Indien de wachtcoördinator de gegevens ook nog wil doorsturen kan dit nog verder geanonimiseerd worden. (2^e versleuteling)
- Indien men gecodeerde tekst verstuurt, kunnen de verschillende onderdelen van het wachtverslag onmiddellijk op de juiste plaats in het dossier van de patiënt opgenomen worden door de eigen huisarts.
- Alle wachtdiensten zouden op eenzelfde gestandaardiseerde manier moeten werken. Dit geeft meer garantie tot kwaliteitsvolle zorgverlening en vergemakkelijkt de interpretatie door de huisarts.

6. Kwaliteitsverzekering.

Registratie.

Taakomschrijving.

Navorming.

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout**: De artsen kregen een navorming over hoe ze moeten coderen, op de post ligt een praktische handleiding en er is een uitgebreide handleiding ingebouwd in de software. Er is ook een lijst aangemaakt met de meest frequent voorkomende diagnoses en hun ICPC en ICD10 codes. Dit om de foutmarges door verkeerd codegebruik bij diagnosestelling te minimaliseren.
- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout**: Samenwerken op de wachtpost geeft mogelijkheid van intercollegiale toetsing en bevordert interne kwaliteitscontrole.
- **Dr. M. Verbeke**: De WVH zou van artsen opleiden in het gebruik van hun EMD haar hoofdtaak moeten maken. Immers met niet gestructureerde gegevens kan men niets aanvangen.
- **Dr. Jean-Paul Dercq**: Een mogelijke stimulans om **bijscholing** te volgen van zijn eigen software pakket is ook dit te laten in aanmerking komen voor **accreditering**.

Ondersteuning:

Samenwerking

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Er wordt met verpleegkundigen, apothekers en spoeddiensten samengewerkt en er is een lijst van noodnummers op de HAP aanwezig.
- **Chris Decoster:** De patiënt moet op het juiste zorgniveau terechtkomen en dus moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden i.v.m. de verwijzing op zich en dat in de 2 richtingen (ZH <-> HA). Deze protocollen hebben echter maar zin indien de huisartsen zich goed organiseren en een rol kunnen spelen als groep in de zorgtrajecten van de patiënt.
- **Chris Decoster:** Belangrijk in samenwerking is communicatie. Dit kan via een gemeenschappelijk dossier en heeft als voordelen dat het alle gezondheidsgegevens van de patiënten bevat, het gedragen wordt door HA en specialist en dubbele onderzoeken kunnen vermeden worden.
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Een unieke toegangspoort tot de eerste lijn creëren door netwerken uit te bouwen tussen de eerste lijnsdiensten en zo de transparantie van de eerste lijn te bevorderen.
- **Dr. Renier:** Het virtueel zorgnetwerk kan een ideale manier zijn om een Vlaamstalige patiënt een zorgtraject te laten doorlopen in zijn moedertaal.

Middelen, logistiek

- **Dr. Renier:** De overheid kan in opleiding helpen voorzien, financiële steun geven voor de uitrusting van huisartsen die wacht doen. Want als de kennis van de individuele HA vergroot zal uiteindelijk ook de kwaliteit van de huisartsenwachtdienst verbeteren.
 - **Dr. M. Verbeke:** De WVVH zou ook flowcharts kunnen aanmaken op basis van bestaande guidelines en aanbevelingen, die dan via het softwarepakket gekoppeld worden aan een ICPC code zodat de arts onmiddellijk de overeenkomstige flowchart kan raadplegen tijdens de consultatie indien hij dit wenst.
 - **Dr. M. Verbeke:** Bij het invoeren van een ICPC code onmiddellijk online de clinical evidence guideline raadplegen.
- WVVH/ VHP-CIT:** De opzet van de mailer is de wachtkringen aanzetten steeds meer elektronisch te gaan werken en hierdoor de geneeskundige zorg van de patiënten tijdens de wachtdienst te bevorderen.

Klachtenbehandeling.

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Patiënten worden in de brochure en op de website geïnformeerd over de klachtenprocedure. Voor de artsen van de post is er een wrevelboek.
- Klachten worden initieel binnen de verzoeningscommissie tussen het bestuur en de HA behandeld. Zo er op deze manier geen akkoord bekomen wordt, gaat de klacht naar de orde.
- **Chris Decoster:** Mi moeten klachten zoveel mogelijk op het laagste niveau worden behandeld en dus het dichtst bij de patiënt aanhoord worden. Klachten moeten zoveel mogelijk binnen de beroepsgroep zelf behandeld worden.
- **Omegasoft:** Klachten over de dienstverlening zijn meestal te objectiveren en achterhalen, dit is echter niet het geval met klachten over een interventie van een arts. Oplossing is de telefoongesprekken opnemen.
- **Dr. Beke:** De wet op de patiëntenrechten zegt dat er een 'ombudsfunctie' nodig is. Deze zou kunnen instaan voor het filteren van klachten en deze proberen zoveel mogelijk lokaal te behandelen voor ze doorgegeven worden aan de orde.

7. Randvoorwaarden.

Financiering.

- Van infrastructuur:

- **Huisartsenpost Deurne-Borgerhout:** Idealiter zouden de werkingskosten van een HAP moeten gesubsidieerd worden (via bijvoorbeeld vergoeding voor kringwerking, vergoeding centraal oproepnummer, eventueel beschikbaarheidsvergoeding van de artsen). De artsen moeten minstens hun honorarium kunnen behouden want wij zijn zo al niet overbetaald in vergelijking met andere academici die wachtdienst lopen.
- **Dr. Piet Vandenbussche:** Via verdere uitbreiding van permanentievergoeding ook naar weekwachten, via 3^e betaler van prestaties tijdens de wacht, via kringfinanciering voor wachtorganisatie.
- Provincies en gemeentes kunnen ook bijdragen in het uitbouwen van een goede lokale huisartsenwachtdienst door bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van een locatie van waaruit de wacht kan gedaan worden etc.

- Van gegevensverzameling

- Financiering moet gebeuren door diegenen die informatie willen. Huisartsen die correct registreren moeten hiervoor vergoed worden.
- Opleiding in het gebruik van software en het leren coderen, moet door de overheid gefinancierd worden
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Niet langer financieren voor de aanschaf van een medisch software pakket maar wel voor het bijdragen tot gezamenlijke gezondheidsdossiers.
- **Omegasoft:** Door het uitwisselen van medische dossiers kan men 5% van het gezondheidsbudget uitsparen door het vermijden van dubbele technische onderzoeken. Indien men daarvan 5% investeert in diensten met betrekking tot de continuïteit van de zorgen komt dit neer op 0,25€ per patiënt per jaar. Dit kan gebruikt worden voor het financieren van het beschikbaar maken van het dossier.
- **WVH/ VHP-CIT:** 1) Indien het gebruik van de suhmer verplicht wordt door het ministerie, dan moet de **toelage voor het GMD verhoogd** worden.
2) Artsen stimuleren tot het volgen van opleiding voor het gebruik van hun EMD door het financieel aantrekkelijk te maken door bijvoorbeeld **opleidingscheques** en **accréditering** en door hen de voordelen van het correct gebruik van hun software pakket te tonen (wacht dossier onmiddellijk geïntegreerd in eigen dossier etc)

- Andere:

- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Een groot probleem voor de overheid is dat er niet geweten is wie de 'echte' huisartsen zijn. Over een lijst van de huisartsen beschikken is een absolute vereiste om de huisartsen verder te kunnen ondersteunen. Eens die lijst er is kan de overheid ook meer middelen gaan steken in de 'echte' huisartsen. Momenteel is hierover een **ministerieel besluit** in de maak

8. Gebruik van de data.

- Gegevens zijn van en voor de huisartsenkring.
- **Dr. Piet Vandenbussche:** Standpunt VHP is dat gegevens aan de beroepsgroep toebehoren. Zo deze doorgegeven worden is dit steeds geanonimiseerd. De kring mag enkel gegevens over de praktische organisatie van de wacht rechtstreeks aan de overheid doorspelen. Medisch inhoudelijke epidemiologische gegevens moeten via de wetenschappelijke beroepsgroep WVH aan de overheid gerapporteerd worden. Dit in het kader van het creëren van een meerwaarde van de gegevens. De veiligheid van de gegevens staat te allen tijde centraal en moet steeds kunnen gegarandeerd worden. We moeten als beroepsgroep echter eerst aan de kwaliteit van onze gegevens werken zonder dat de overheid zich hiermee bemoeit.
- **Chris Decoster:** De wachtdienstgegevens behoren mi toe aan de beroepsgroep.
- **Peter Van den Berge-Windoc:** Versleuteling van de gegevens moet al gebeuren op de computer van de versturende arts en automatisch ingebouwd zijn door het eigen softwarepakket van de arts.
- **Dr. Renier:** Epidemiologische gegevens van de wachtdienst moeten verzameld worden om de werking ervan te kunnen analyseren en verbeteren . Op kringniveau

levert het registreren van klacht en idealiter ook diagnose en eventueel behandeling (men moet hierin stapsgewijs verder gaan), materiaal op om vergelijkingen tussen regio's mogelijk te maken maar ook om meer evidence based te gaan werken. Extrapolatie van deze gegevens voor wetenschappelijke evaluatie door WVVH of ACHG is wenselijk en anonimiteit van de gegevens moet gegarandeerd worden.

- **Dr. M. Verbeke:** Alle huisartsen continu laten registreren heeft geen zin. Wel kan het nuttig zijn een steekproef te organiseren onder een aantal vrijwillige artsen die over een aantal jaren loopt. Men kan hiervoor verschillende types regio's kiezen. Met een 30 tal artsen die registreren over een periode van 5 jaar kan men voldoende representatieve gegevens verzamelen (dit blijkt uit de TRANS HIS registratie van Amsterdam). Het is dan ook praktisch mogelijk deze artsen voldoende op te leiden, te ondersteunen en dit project te financieren.
- **Dr. Jean-Paul Dercq:** Artsen die willen registreren (dus op vrijwillige basis) moeten een speciale vorming krijgen zodat de gegevens op een gestandaardiseerde en veilige manier kunnen doorgegeven worden. Dit garandeert correcte gegevens met respect voor de privacy van de patiënt. (cfr werking peilpraktijken)
- **Omegasoft:** De epidemiologische gegevens van de wachtdienst zijn feiten en kunnen dus zonder probleem doorgegeven worden aan de overheid. Ze kunnen gebruikt worden voor de financiering van logistiek en organisatie van de wachtdienst.
- **Dr.J. De Smedt:** Indien men gegevens inzamelt moet men eerst bepalen wat het **doel van het verzamelen** is. Deze elementen van transparantie, feedback en ook opleiding van de huisartsen die registreren, maakt de sterkte van de peilpraktijken.
- **WVVH/ VHP-CIT:** Door het verzamelen van gegevens kan men
 - 1/ de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren
 - 2/ de werking van de kring verbeteren
 - 3/ de geneeskunde op Vlaams niveau verbeteren
 - 4/ Meer autonomie krijgen t.o.v. mutualiteiten en software en andere bedrijven door zelf gegevens te verzamelen en dit niet aan hen over te laten. Wij kunnen dit beter doen en de resultaten ook beter aanwenden.

tekstfragmenten en getuigenissen uit de Franstalige interviews

A. Accessibilité

1) les patients connaissent-ils le système de garde ? Comment sont-ils au courant ?

En général, les patients semblent bien informés des services de garde de médecine générale,...sauf à Bruxelles.

D.duBoullay: Il manque surtout de publicité, de promotion des réseaux de garde de MG existants, de campagne de communication précisant qui fait quoi, à quelles heures, à quel prix (l'accessibilité aux soins dépend également des tarifs).

2) Comment le système de garde est-il organisé en pratique ?

On remarque une différence entre Bruxelles et la Wallonie.

A Bruxelles, la garde publique est assurée par Médigarde et SOS Médecin, 24h/24, 365 jours par an. Les associations locales de médecins généralistes assurent essentiellement des gardes de remplacement, le WE et les jours fériés.

Alain Steygers: L'idéal serait d'**uniformiser le système de garde** : beaucoup d'associations locales refusent de faire des gardes publiques, n'assurant la garde que pour leurs patients, les associations locales assurant des gardes publiques au sein de Médigarde ont chacune leur propre structure, organisation, spécificité ...Il faudrait également **favoriser le bilinguisme**.

En Wallonie, les cercles organisent essentiellement des gardes publiques.

Face au problème de trouver des médecins pour assurer les garde (soit par nombre insuffisant de médecins sur l'entité, soit suite au découragement des médecins face à l'utilisation de la garde comme « soins de confort » par les patients, territoire important à couvrir, lourdeur des gardes, désir de qualité de vie des médecins, problèmes de sécurité,...) les cercles et associations ont été amenés à repenser l'organisation des gardes en terme de professionnalisme, souplesse, flexibilité, et sécurité.

B.Vercruysse : Il n'y a pas d'organisation idéale de la garde, pas de système idéal pour tout le monde. Chaque entité, chaque association fonctionne comme elle le pense pour répondre au mieux aux missions imposées...Si la mission est correctement remplie, alors qu'on laisse les gens tranquilles ! Un numéro unique n'est pas considéré par tous comme l'organisation idéale, mais peut être un moyen pratique pour les patients et les médecins.

3) Triage des appels

Le plus souvent, le médecin (ou une aide bénévole : conjoint) prend l'appel, ce qui permet une gestion médicale du cas. Les grandes villes ont plus souvent recours au numéro d'appel unique, mais dans ce cas il y a plutôt un filtrage des appels qu'un véritable triage.

M.Jamouille : Il n'y a pas de triage réel au niveau du 33 3333 , mais plutôt un filtrage des appels : tout appel doit être obligatoirement suivi du déplacement du médecin de garde.

V. Formato : Un système de garde avec numéro unique est en cours de réalisation : ce système permet d'éviter les erreurs d'aiguillage, d'orienter le patient vers le bon service, mais il présente l'inconvénient de ne pas permettre au médecin de gérer l'appel : **il faut inciter les patients à se rendre au cabinet du médecin de garde**. Un système avec numéro unique et un secrétariat qui filtre les appels a l'inconvénient de traiter les appels comme une demande de VAD systématique...le médecin a la possibilité de rappeler le patient et lui demander de se déplacer, mais en pratique...(gare aux interprétations de refus de déplacement.)

A noter également qu'un système de garde avec centrale d'appel, numéro unique et secrétariat a un coût !

4) Procédures d'enregistrement des plaintes des patients concernant le médecin de garde, la prestation de services, les problèmes d'attente ?

E.Baijot : Non, le médecin est plus souvent le relais, lorsqu'un patient se plaint d'un problème survenu lors d'une garde, le médecin en fait un rapport sur papier coordinateur des gardes du cercle. Le problème sera traité en interne, lors d'une réunion du CA du cercle.

Les plaintes sont rares .

J.Laperche : Il n'y a pas de procédure d'enregistrement des plaintes des patients concernant la garde.

Les plaintes sont rares (3 en 5 ans environ), mais elles concernent de événements s'étant produits en garde, ces plaintes sont déposées soit à l'Ordre des Médecins, soit suivent directement la voie judiciaire.

5) Existe-t-il une collaboration avec d'autres services ?

Il y a rarement de collaboration réelle, reposant sur un accord bien établi avec d'autres structures.

Il y a souvent utilisation des autres services (100, SMUR, ambulances,...)

Il y a parfois une collaboration logistique, un partage de matériel, ressources, central téléphonique.

A.Steygers : Il faut également une reconnaissance des MG comme 1^{ère} ligne de soins, il est nécessaire d'établir des accords de coopération efficace avec les hôpitaux, de même une uniformisation des systèmes de « reconnaissance », de paiement,... au niveau des CPAS, des homes (différences actuellement entre les francophones et les néerlandophones, p.ex.) est nécessaire.

B. Collecte et transfert de données.

1) De quelles informations concernant le patient le médecin de garde devrait-il pouvoir disposer ?

A. Steygers : Le médecin de garde n'a pas accès au dossier médical du patient, idéalement, il devrait pouvoir disposer des données minimales du dossier informatisé avec une clé d'accès.

J.Laperche : Ceci suppose la mise en commun des dossiers médicaux des patients, pour que le médecin de garde ait accès à ces données : actuellement, il y a un projet d'utilisation du serveur de l'hôpital pour « sauver » les dossiers médicaux des patients...

M.Jamouille : Idéalement, le médecin de garde devrait pouvoir disposer de la liste des problèmes actifs et passifs, (et ce y compris les intolérances et allergies), de l'aspect somatisation (type de réponse du patient) de données psychosociales, de l'index diagnostique (liste des problèmes), de l'index thérapeutique (médicaments pris effectivement).

G.Bruwier En pratique, le médecin de garde se débrouille bien avec son anamnèse et le traitement du patient, il y a très peu de problèmes liés à un manque de données, il n'y a pas un besoin vital de données en garde.

2) Quelles sont les données transmises au médecin traitant ?

A.Steygers : Le médecin de garde a l'obligation de transmettre un rapport au médecin traitant en mentionnant pour chaque patient, les plaintes, le diagnostic supposé, le traitement instauré, l'ITT éventuel. Ce rapport peut être envoyé par courrier, par téléphone ou par courrier électronique (plus rare).

En cas d'hospitalisation ou de décès, le médecin doit impérativement téléphoner au MT.

D.Paulus : Le médecin de garde devrait pouvoir compléter une fiche de transmission pour le médecin traitant : symptômes, hypothèses diagnostiques, traitement, suivi envisagé

E.Declercq : Ceci implique la saisie d'information sur place (information sur la prise en charge du patient par le MG). C'est possible à partir d'un PDA : la saisie d'un minimum d'information est possible, il peut envoyer un message au MT, le problème est de synchroniser ces données avec le dossier informatisé du patient...

3) Quelles sont les données enregistrées au cours de la garde, sous quelle forme ?

En général, il n'y a pas de données enregistrées de manière systématique au cours de la garde.

Les services de garde plus organisés, avec un central d'appel, procèdent à un enregistrement de données essentiellement administratives par le standardiste.

A. Steygers : Les données enregistrées par le standard téléphonique, essentiellement des données administratives et les motifs d'appels. Il n'y a pas d'enregistrement du diagnostic, de données médicales.

Les données enregistrées ne sont pas enregistrées sous forme codée.

D.du Boullay : Les données enregistrées sont les données administratives du patient, l'heure d'appel, l'heure de prise en charge et le médecin qui prend l'appel, le délai de prise en charge, le motif d'appel (plaintes), le diagnostic. Ces données sont anonymisées, une fois l'appel enregistré, il reçoit un numéro de référence ; les médecins qui travaillent sont désignés par un numéro.

Actuellement, suite à l'A.R., les cercles et associations de médecins généralistes s'organisent, en fonction des réalités du terrain, de leur niveau d'informatisation : le médecin de garde doit remplir un « formulaire de garde ». sous forme papier, ou à introduire sur le site Internet du cercle.

V.Formato : Le médecin de garde a un formulaire papier à compléter lors de chaque garde, à renvoyer au secrétariat du cercle.

Les données récoltées sont :

- le nombre d'appel
- le motif
- le degré d'urgence
- payé, non payé, 1/3 payant

Ces informations d'ordre général sont « regroupées », non codifiées, sur ordinateur.

G.Bruwier : Depuis janvier 2005, pour répondre aux exigences de l'AR, le médecin de garde doit compléter « Formulaire d'enregistrement des gardes du Cercle » : les informations collectées sont :

- les coordonnées administratives du patient
- le nom du médecin traitant
- l'heure d'appel, l'heure de contact avec le patient, lieu (cabinet ou V&D)
- degré d'urgence (1 à 4)
- diagnostic
- traitement
- Remarques : examens techniques prescrits, problèmes de conflits et de sécurité, moyen utilisé pour le rapport au médecin traitant.

Les médecins complètent le formulaire de garde, formulaire papier remis au cercle, après avoir découpé la partie d'identification du patient et du médecin traitant. Le cercle reçoit donc des données anonymisées. Ces données ne sont pas encore encodées.

E.Baijot : Actuellement, pour répondre aux exigences de l'AR, chaque médecin de l'entité doit rendre au cercle un rapport de garde, par jour de garde. Ce rapport peut être envoyé par courrier ou par fax. Un système de formulaire électronique, actuellement à l'essai, est disponible via le site Internet du Cercle. Ce rapport doit contenir les données suivantes : nom du médecin, rôle de garde, date, nombre d'appels, nombre de patients vus, nombre de visites à domicile, nombre de visites de nuit, nombre de consultations, nombre de touristes vus, nombre d'hospitalisations, nombre de recours au service 100 ou au SMUR,...et également un petit volet épidémiologique, et les problèmes rencontrés en garde.

4) Actuellement, comment s'organisent les transmissions de données entre les médecins traitants et médecin de garde ?

Actuellement, l'échange d'information entre les médecins généralistes se fait de manière non formelle, le plus souvent par téléphone pour les cas « graves », ou par courrier.

Idéalement...

A.Steygers : Idéalement, le médecin de garde devrait pouvoir disposer d'un outil performant lui donnant accès au dossier médical du patient et pouvant servir de support pour faire rapport pour le médecin traitant

M.Jamouille : Il faudrait favoriser des échanges conviviaux d'informations médicales.

Idéalement, les médecins devraient pouvoir s'échanger la liste des problèmes de leurs patients, sur le plan technique, c'est possible. Des travaux de recherches actuels montrent que la disponibilité de données on line est une réalité. Ceci soulève des problèmes d'investissement dans le secteur mais aussi et surtout il reste le problème du « secret professionnel », de l'éthique de l'information. En pratique, il y a également un problème de compréhension, de conception, de lexique au niveau des médecins.

G.Bruwier : La transmission d'information du médecin de garde au médecin traitant a un intérêt dans la « **Gestion Globale de la Santé du Patient** », le fait que le patient a été vu en garde, avec le motif de consultation et le traitement prescrit présente un intérêt.

V.Formato : Idéalement, il faudrait une « plate-forme d'échange » de données : le médecin traitant (informatisé !) exporterait les données pertinentes de son dossier, le Dossier Médical Minimum, sur un serveur locorégional géré par le cercle. Le médecin de garde, ou le médecin hospitalier, pourrait avoir accès à ces données, mais il faut un système sécurisé, avec une procédure d'identification, de traçabilité et une procédure d'avertissement pour l'accès aux données sensibles.

C Centralisation, gestion et utilisation des données

1) Quelles seraient les données qui pourraient être enregistrées ? Les bases de données seraient-elles différentes pour le gouvernement, le monde médical, le monde associatif, le monde informatique ?

Les bases de données, les données enregistrées vont dépendre du but recherché. Il faut d'abord définir la finalité de cette collecte.

B.Vercruysse : Aucune donnée ne devrait obligatoirement être enregistrée.

Selon l'AR, seules les données suivantes sont à enregistrer : le nombre d'appel, les plaintes et le nombre de transfert vers les hôpitaux.

Dans un but de « qualité des soins », chaque cercle détermine si il veut et ce qu'il veut enregistrer comme données en fonction de ses motivations ; Ces données peuvent servir dans un processus d'assurance de qualité, et de promotion de notre travail de garde

Ces données doivent être utilisées de façon **éthique**, tant pour les données patient que pour les données médecin. Il faut d'abord **déterminer le but de ce recueil de données, à quoi vont-elles servir ?**

V.Formato : Personnellement je suis opposé à ce système pour plusieurs raisons :

-Les finalités de cette récolte ne sont pas définies : si le but est d'en tirer des statistiques, il n'y a pas besoin des coordonnées administratives du patient ; si le but est d'estimer les « dépenses », le coût, alors le nombre d'appels peut suffire...

-Il y a une augmentation du travail administratif du médecin, alors que nous ne cessons de réclamer une simplification et un allègement de la paperasserie.

-Sans être opposé à une récolte de données à buts bien définis et acceptés, chapeauté par un comité d'éthique, ce travail supplémentaire presté par le médecin doit être honoré à sa juste valeur et dans tous les cas doit s'effectuer sur base volontaire.

G.Bruwier : Les données à enregistrer dépendent de leur utilisation : il faut d'abord définir l'utilisation de ces données, le but de cette collecte et ensuite, on pourra définir les données pertinentes à enregistrer.

V.Vancasteren : Mais il faut au préalable définir le but de cette récolte de données, l'utilisation que l'on veut en faire : Dans quel but le Ministre veut ces données ? Il faut clarifier les intentions vis-à-vis du terrain...

Il faut commencer très simple : ne poser que quelques questions que l'on va traiter. Que va-t-on en faire ? L'utilisation de ces données doit présenter un intérêt, une curiosité pour le terrain

Le but recherché, l'utilisation des données doivent être définis avant de développer cet outil. Le « terrain » peut proposer des objectifs et prendre l'initiative.

Sur un plan éthique, déontologique, il faut préciser qui est propriétaire des données, discuter de l'utilisation en partenariat (but : utilisation scientifique par partenaires scientifiques)

Les diverses personnes interrogées ont proposé des buts, des utilisations possibles de ces données,...essentiellement dans un but de Santé Publique (améliorer la qualité et l'efficacité des soins, des services).

D.du Boullay : Ces données présentent un grand intérêt au niveau de la garde, pour l'organisation notamment.

G.Bruwier : Il serait intéressant de voir le nombre d'urgence vitale vue en garde

Les données à enregistrer devraient également concerner la sécurité des médecins :

- nombre d'agressions verbales
- nombre d'agressions physiques
- nombre de menaces
- nombre de non paiement

V.Formato :... les données anonymisées et codées pourraient être transférées à un organisme scientifique reconnu et participer par exemple dans un cadre préventif

(promouvoir des campagnes de prévention,...) ou pour effectuer un « état » de la santé de la population

Les données collectées doivent être ciblées selon leur finalité, pour augmenter la qualité des services aux patients.

J.Laperche Les données qui pourraient être enregistrées en garde seraient :

- des données socio-économiques : (niveau étude, profession,...) le statut socio-économique influence le moment et le motif d'appel (les personnes en situation de précarité, peu formées, présentent une déstructuration mentale, ces données sont intéressantes à enregistrer pour ensuite prendre des mesures visant à améliorer le bien-être des gens, dans le cadre de la lutte contre la précarité et la pauvreté)
- les données concernant la couverture sociale : permettrait de dépister les personnes en situation de précarité, non protégées
- les motifs d'appel sont déjà connus, ils diffèrent peu des motifs d'appel en semaine
- les actes techniques effectués en garde (petite chirurgie)

Le mieux serait d'enregistrer peu de données, mais des données pertinentes pour tout le monde (cercle, médecins de garde, INAMI, le fédéral,...)

D.Paulus : Données cliniques

Données complémentaires d'intérêt pour l'organisation des soins de santé : assurabilité, paiement ou...non, problématique sociale, hospitalisation/examens complémentaires

Cette base de données doit être un outil, un moyen pratique pour évaluer les activités, et aider les décideurs pour planifier les décisions en matière de santé publique.

2) Qui est propriétaire des données ?

A.Steygers : Il faut distinguer 2 types de données : les données d'organisation (nombre d'appel, délai de réponse, problèmes de sécurité, les impayés,..) à transmettre au fédéral ; et les données médicales pures qui doivent rester la propriété des cercles.

V.Vancasteren : Sur un plan éthique, déontologique, il faut préciser qui est propriétaire des données, discuter de l'utilisation en partenariat (but : utilisation scientifique par partenaires scientifiques), les données doivent être mise à la disposition de partenaires scientifiques. Il faut établir une procédure déontologique, éthique avec les partenaires

V.Formato : Les propriétaires de ces données sont d'un point de vue légale les patients, et ensuite ceux qui les recueillent. Le médecin doit rester maître des informations collectées, et en vérifier la finalité (via cercle, société scientifiques, comité d'éthique), dans un souci de protection du patient.

G.Bruwier : Les données sont collectées par le médecin qui en est le premier propriétaire, et les transmet au cercle.

Le cercle doit gérer cette base de données et en est propriétaire, il peut donner les informations « au coup par coup », selon les demandes, les besoins.

Le monde informatique ne doit pas disposer de cette base de données, ces données appartiennent aux médecins, il y aurait un problème déontologique si des non médecins avaient accès à cette base de données.

B.Verduytsse : Le cercle doit garder la propriété des données, et décider ce qu'il en fait, gérer les données et l'utilisation de ces données, en définir le contexte d'utilisation.

Qui gère la base de données ? comment ?

D.Paulus : Les données enregistrées lors des gardes devraient transiter du terrain vers un organisme centralisateur de données qui devrait en assurer l'anonymisation avant de le transmettre à un organisme capable d'en assurer le traitement statistique (données patients, données médecins difficiles à anonymiser au niveau des cercles)

L'analyse statistique des données globales serait transmise vers le fédéral, vers les cercles et éventuellement à des fins de recherche sur base de demandes individuelles.

V.Vancasteren Pour un « organisme centralisateur », ensuite, la base de données serait disponible pour d'autres organismes moyennement accord et suivi par un comité d'accompagnement.

L'organisme centralisateur doit être neutre et indépendant des pouvoirs organisateurs politiques, il doit être reconnu sur le plan scientifique, ou alors délégué vers un organisme

scientifique indépendant, et reconnu par le « terrain ». En pratique, 1 seul organisme serait plus facile.

Cet organisme devrait assurer l'analyse et le feedback des données, avec un comité d'accompagnement, en partenariat avec le « terrain »

Le « terrain » peut s'organiser pour utiliser les données en toute liberté ; il faut un modèle de partenariat où chaque partenaire joue son rôle, il faut y impliquer le « terrain » dès le début.

Les données doivent être codées à la source d'enregistrement (codage à posteriori impossible), il faut utiliser un bon thésaurus pour encoder (CISP 2), au niveau de l'enregistrement, le software capte l'information et la code : il faut encourager les

V.Formato. La gestion des données est du ressort de l'organisme qui les récolte...de préférence une société scientifique (SSMG, Institut de Santé Publique), ayant une mission scientifique , qui en ferait l'analyse et le feed-back aux médecins.

Il ne doit pas y avoir centralisation des données au niveau du Ministère, des pouvoirs publics, etc....

G.Bruwier : Ces données pourraient être centralisées au sein d'un organisme associatif du monde médical (FAG), ce dernier n'ayant pas les moyens d'en assurer l'analyse, les données devraient ensuite être transférées à la SSMG (organisme scientifique) pour analyse et feedback global ou local, en fonction des demandes.

3) Pour qui ces données seraient-elles réunies ?

B.Verduytsse : Si des données sont recueillies données doivent d'abord être recueillies pour le cercle , éventuellement pour la SSMG.

La base de données doit être différente selon l'utilisateur : le strict minimum pour le fédéral (dans un but d'efficacité), plus selon les motivations du cercle.

V.Vanasteren : Le feedback doit se faire au niveau des GLEMS, Dodécagroupes, des cercles de garde, les données sont traitées dans un climat constructif. Le feedback aux médecins doit leur fournir les informations qui les intéressent, dans un climat d'amélioration et pas de contrôle. Pour obtenir des données valides, il faut travailler dans un but d'assurance qualité, d'amélioration.

D.Paulus : Cette base de données doit être un outil, un moyen pratique pour évaluer les activités, et aider les décideurs pour planifier les décisions en matière de santé publique.

4) Ces données donnent un certain pouvoir aux généralistes face au gouvernement, mais par ailleurs notre manière de travailler risque d'être exposée à la critique. Qu'en pensez-vous ?

B.Verduytsse : La possession d'informations donne du pouvoir,

La possession des informations peut permettre aux MG de répondre aux détracteurs, de répondre à la critique, de répondre en terme de qualité.

Ces données doivent être utilisées en interne comme contrôle de qualité, assurance de qualité, pour faire face aux critiques venant du fédéral, de la médecine spécialisée, des patients.

Ces données peuvent servir à la négociation, à l'exigence de moyens : financement, informatique, formation, moyens pour une meilleure organisation d'un service publique (voiture de fonction, centrale téléphonique, formation pour gérer l'agressivité des patients,...).

A.Steygers : La gestion de ces bases de données donnent un pouvoir au cercle (utilisation pour la formation continue, pour obtenir du matériel, un équipement), un intérêt motivé. La gestion de la base de données permet un abord critique de la situation tant au niveau des cercles, qu'au niveau fédéral

D.Paulus : Cette récolte de données peut donner un pouvoir aux médecins généralistes : une plus grande transparence des données peut leur servir pour obtenir une reconnaissance de leurs activités, des problèmes, des budgets, peut servir de source de financement des cercles.

V.Formato : La collecte des données n'est pas un but en soi, mais au minimum, il faudrait arriver à un partage d'information pour assurer une meilleure continuité des soins, si l'outil

informatique doit apporter une plus-value au médecin et à son patient, le partage des données personnelles de santé est LE but à rechercher.

5. Conclusie uit het “sleutelfiguren-interview”

conclusie Vlaamse onderzoeksgroep

Het doel van een “sleutelfiguren-interview” is een “state of the art” visie samen te stellen, omtrent de actuele en de toekomstige ontwikkelingen van de huisartsenwachtdiensten. 33 personen werden geïnterviewd volgens een semi-gestructureerde bevraging. Ze werden geselecteerd uit een breed veld als sleutelfiguren in de ontwikkelingen rond de urgentieopvang in het algemeen, en de huisartsenwachtdiensten in het bijzonder.

Algemeen is iedereen akkoord dat een optimale beschikbaarheid en bereikbaarheid voor patiënten moet worden gegarandeerd in de eerste lijn. De wijze van organisatie zal verschillend zijn volgens de regio. Tenminste 3 grote types zijn te onderscheiden: de grootstadregio, de kleinere stadsregio en de plattelandregio, die in de toekomst een verschillende organisatie zullen rechtvaardigen. Eén systeem voor het hele land lijkt weinig haalbaar.

Het huidige aanbod is zeer variabel. Qua modellen kennen we de centrale opvangmodellen met secretariaat, al of niet met huisartsenwachtpost, de rotamodellen met afspraken tussen huisartsen onderling, en de “deputising” modellen vanuit zelfstandige wachtdienstorganisaties. Qua periode wordt meestal een weekendwacht aangeboden, soms vanaf vrijdagavond, en in 50% van de regio's ook een weekwacht. De opvangwijze varieert van automatisch doorschakelsysteem, naar een al of niet gepersonaliseerd secretariaat met uniek oproepnummer, tot een centraal werkende huisartsenpost met dispatching. Cependant lorsque la garde est organisée avec un central d'appel avec numéro unique, il n'y a pas véritablement de triage des appels mais plutôt un filtrage des appels (estimation du degré d'urgence par le standardiste et réorientation vers le 100 ou SMUR) sans gestion médicale des cas. Voor de onmiddellijke toekomst worden positieve ontwikkelingen geformuleerd: een uniek nationaal telefoonnummer dat oproepers automatisch naar websites per wachtdienstregio's verwijst waarin de lokale diversiteit een plaats krijgt; goed uitgeruste huisartsenposten die de herkenbaarheid, de organisatieefficiëntie, en de kwaliteit kunnen verhogen; een verschillende regio voor zittende en rijdende wacht, etc. A souligner qu'il n'y a pas d'organisation idéale de la garde : ainsi un numéro unique n'est pas considéré par tous comme l'organisation la meilleure mais peut être un moyen pratique pour les patients et les médecins. En ce qui concerne les patients, il faudrait d'une part inciter les patients à se rendre au cabinet du médecin de garde, d'autre part leur ré-inculquer la notion d'urgence médicale. Huisartsenposten kunnen geplaatst worden in privé kabinetten, specifieke daartoe aangeschafte kabinetten, maar ook in rusthuizen of publieke gebouwen. De stap van huisartsenposten in de ziekenhuissetting is voor niemand een optie. Met de nieuwe initiatieven willen allen de herkenbaarheid, bereikbaarheid en de transparantie van het huisartsenaanbod verhogen. Dit is nodig opdat de patiënt de weg naar de huisartsenwachtdienst opnieuw voor de hand liggend gaat vinden. Des campagnes de promotion des services de garde seraient nécessaires. In de toekomst zouden wachtdiensten van apothekers, verpleegkundige, kinesisten etc op dezelfde wachtpost kunnen worden georganiseerd.

Inkomende oproepen moeten deskundig worden getriëerd naar het juiste aanbod. Huisartsen zijn uiteraard uiterst geschikt om deze triage te verzekeren. De vraag wordt gesteld rond kostefficiëntie van een opvangpermanentie met deze hoge kwalificatie. Ook lager geschoold personeel kan worden opgeleid, mits duidelijke strategische richtlijnen, goede ondersteuning

met klachtgerichte software, en een performant regionaal georganiseerd opvangnetwerk. Il s'agit en fait de professionnaliser la garde publique. Te lage scholing is niet acceptabel en werkt ziekenhuisopname en dus kostenverhoging in de hand.

Betere herkenbaarheid en bereikbaarheid en optimale triageafspraken kan oneigenlijk gebruik verminderen. Er is nood aan nationale criteria voor "oneigenlijk" gebruik. Verantwoordelijken van het beide netwerk, zowel van spoedgevallendiensten als van huisartsdiensten, moeten zich omtrent de doelstellingen engageren. Actuellement il existe plutôt un climat de concurrence entre ces services et non de coopération.

Registratiesystemen voor wat er in de wachtdienst omgaat zijn nog in een beginfase. Ze zijn in eerste instantie cruciaal voor de huisartsen in hun onderlinge communicatie tussen huisarts en wachtdienst, en voor de organiserende wachtdienstverantwoordelijken zelf. Ze omvatten een brede waaier, gaande van registratie van de coördinaten van oproepers, de klachten en diagnoses, voorgeschreven acties en behandelingen, oproeptijden, graad van dringendheid en antwoordtijden, weigeringen en commentaren van oproepers en artsen, klachtenbehandeling van oproepers en artsen, veiligheidsaspecten ten behoeve van de organisatie, etc. La collecte de données doit permettre au minimum d'arriver à un partage de l'information pour assurer une meilleure continuité des soins. Elk van deze gegevens stellen verschillende eisen aan de medico-legaliteit. Ook de organiserende overheid heeft recht op bepaalde van deze gegevens, in aangepaste formaten wat anonymisering en aggregatie betreft. Momenteel is dit voor de overheid geen prioriteit, zodat een goed systeem allereerst op wachtdienstoniveau tussen artsen kan worden ontwikkeld. Il est nécessaire de définir au préalable la finalité du recueil de données. Als gegevens worden geregistreerd voor breder gebruik moeten ze correct zijn en eenduidig. Duidelijke afspraken en adequate opleiding zijn hiervoor essentieel. Artsen en patiënten dienen eenduidig herkenbaar te zijn, spelregels van privacy, anonymisering en eigendomsaspecten dienen te worden uitgeklaard. Een wetgeving hieromtrent wordt in het vooruitzicht gesteld.

Heel wat aandacht gaat momenteel naar de veiligheidsproblemen. Het onderscheid tussen onveiligheidsgevoel en effectieve veiligheidsproblemen wordt benadrukt. Er komt best een landelijke uniforme manier van registreren en behandelen van agressiegevallen. Het vastleggen van gevaarlijke buurten en van gevaarlijke patiënten is acceptabel indien de criteria hieromtrent duidelijk en nationaal vastgelegd worden. Buiten de grootstedelijke gebieden zijn er in feite weinig echte veiligheidsproblemen gesignaleerd. Des procédures permettant de sécuriser la garde seraient à mettre en oeuvre (e.g. collaboration avec les services de police, voiture de fonction).

Datatransfers tussen artsen hebben specifieke kenmerken en vereisten. Er is hieromtrent een brede overeenstemming. Idealiter en cruciaal lijkt een kern dossier van elke patiënt dat beschikbaar is voor de wachtdienst, en dat minimaal de actieve episodes, probleemlijst, allergieën, vaccinaties en actuele medicatie omvat. Liefst gecodeerd, en in alle geval mag de overheid hierin geen inzage hebben. Variaties in opinie betreffen vooral de opslagplaats, gaande van SIS kaart, een rechtstreeks elektronische toegang tot GMD dossier, of een opstapeling op een afzonderlijke server, beheerd door de lokale kring, de beroepsgroep zelf of een veeleer neutrale nationale organisatie. In alle geval moet toegang tot deze server via strenge contractafspraken worden geregeld. L'utilisation d'un serveur central permet la mise à jour on-line des données mais il devrait y avoir une obligation légale pour le médecin traitant de mettre les données (préalablement définies) sur le serveur. De plus l'accord du patient est indispensable. Een wachtdossier omvat idealiter een elektronische registratie van klacht, diagnose en behandeling, doorverwijzing en werkongeschiktheid. L'information serait codée (CISP-2) et structurée ce qui impliquerait une formation des médecins. Hoe meer uniform, hoe groter de meerwaarde. De gegevens moeten elektronisch bij de GMD huisarts terecht komen, en na inzage automatisch invoerbaar zijn in het EMD. Cependant le problème

de l'accès au DMG et la saisie de l'information dans un contexte de visite à domicile reste posé. De plus les accès à la base de données doivent être sécurisés et traçables.

Kwaliteitscriteria van een goede wachtdienstorganisatie omvatten de kwaliteitselementen die voor de registratie en de datatransfer zijn vastgelegd, een goede taakomschrijving de opdrachten, liefst na afspraak met de lokale spoedgevallendiensten, en een goede inhoudelijke navorming omtrent de criteria van medische kwaliteit bij de opvang van spoedgevallen. Er dient een registratie van klachten te gebeuren, die ook liefst lokaal een afgesproken opvang- en bemiddelingsprocedure doorlopen. Klachten worden liefst zo dicht mogelijk bij de patiënt en door de beroepsgroep zelf behandeld. Een dergelijke ombudsfunctie is trouwens in de wet op de patiëntenrechten vastgelegd.

Financiering van een dergelijk performant systeem kan niet van de prestatiehonoraria komen. Het betreft de permanentie zelf, de infrastructuur en de gegevensverzameling. Disponibiliteitsvergoedingen dienen transparant te zijn in doelstellingen, betalingswijze en snelheid van beschikbaarheid. Indien weekwachten worden geïnstalleerd is ook hiervoor een disponibiliteitsvergoeding nodig. De infrastructuur dient te worden gesubsidieerd, zeker wanneer het telefoonpermanentiesystemen en huisartsenwachtposten betreft. De gegevensverzameling omvat een supplementaire kost aan software, aan invoertijd en aan opleidingstijd. Of dit via GMD verhoging, EMD supplement, bijkomende kringfinanciering, individuele opleidingscheques of accreditering gebeurt is niet principieel verschillend. Een concrete lijst van beschikbare, medewerkende of vrijgestelde huisartsen is dringend nodig voor een correcte organisatie en financiering. Financiering komt van de patiënt, rechtstreeks of via derdebetalende, en van de overheid. Ook provincies en gemeenten kunnen hierin bijdragen, eventueel door het ter beschikking stellen van service en van lokalen.

conclusie Waalse onderzoeksgroep

Si dans l'ensemble, les patients semblent bien informés, des campagnes de promotion des services de garde de médecine générale seraient nécessaires, surtout à Bruxelles.

Même, si aucune organisation de la garde ne paraît idéale pour tous, les avis plaident pour une organisation plus professionnelle de la garde publique tant pour les patients (accessibilité, qualité des soins, continuité des soins) que pour les médecins (organisation souple et flexible, sécurité physique et sécurité financière).

Un système avec un numéro d'appel unique, un secrétariat et un standardiste qui prend l'appel est considéré comme un moyen pratique pour les patients et pour les médecins mais il n'y a pas de gestion médicale du cas, plutôt un filtrage des appels.

Il faudrait en fait inciter le patient à se rendre au cabinet de consultation du médecin de garde (que ce soit un poste fixe de garde ou le cabinet du médecin). De même, il faudrait rééduquer les patients à la notion d'urgence médicale.

En général, les plaintes des patients sont transmises par le médecin traitant au responsable du rôle de garde et gérées en interne. Toutefois, vu la concurrence des services d'urgence hospitaliers, il faut enregistrer et traiter les plaintes des patients pour établir la crédibilité du service offert.

Si en pratique, il n'y a pas un besoin vital de données en garde, idéalement, le médecin de garde devrait pouvoir disposer des données médicales minimales (Dossier Médical Minimum), et d'un outil performant pour faire rapport au médecin traitant, dans le but d'assurer la continuité des soins. Plusieurs systèmes sont proposés ou en phase de test...

Le projet paraissant le plus prometteur consiste à mettre sur un serveur central les données du Dossier Médical Minimum (partage d'informations) et de créer une plate forme d'échange permettant au médecin de garde de se connecter pour y lire des informations, mais également pour transmettre les informations au médecin traitant.

Les données qui seraient enregistrées au cours de la garde dépendent avant tout des objectifs, de la finalité de cette récolte. Ces données doivent servir avant tout à améliorer la qualité des soins et des services (organisation, prévention, financement...), à revaloriser la médecine générale.

La base de données doit rester la propriété des médecins, être gérée par les cercles. Un comité d'éthique doit en garantir et vérifier l'utilisation. Ces données doivent être anonymisées et encodées et éventuellement centralisées par un organisme neutre ou associatif du monde médical (FAG) ; elles peuvent alors être transférées pour analyse vers un organisme scientifique reconnu par le terrain (SSMG, Institut de Santé Publique,...) qui en ferait un feedback aux cercles.

Dans un but de « qualité des soins, chaque cercle devrait avoir la liberté de choisir les données à enregistrer en fonction de ses motivations.

Il ne peut y avoir de centralisation de ces données au niveau des pouvoirs publics, seul un feedback global de l'analyse statistique des données pourrait être transmis au Fédéral.

6. Bijlages

- 1) Brief en vragenlijst die naar sleutelfiguren verstuurd werd voor het interview (NL-FR)
- 2) Lijst van geselecteerde sleutelfiguren en geïnterviewde sleutelfiguren (NL-FR)
- 3) Volledige interviews (NL-FR)

iii. brainstormgroepen

1. doel

A. brainstormgroepen Vlaanderen en Brussel (Vlaams en Franstalig)

2. methode

3. participanten

4. synthese met scores

5. samenvatting van de resultaten

6. bijlagen

B. brainstormgroepen Wallonië en Brussel (Franstalig)

2. methode

3. participanten

4. samenvatting van de resultaten

5. bijlagen

1. doel

Le but est de déterminer :

- l'organisation actuelle des gardes
- le besoin de données
- la transmission de données pour assurer la continuité des soins
- les données qui sont intéressantes à enregistrer
- l'utilisation de données dans un but d'amélioration de la qualité

afin de pouvoir identifier des « indicateurs de qualité » concernant l'organisation des gardes, la continuité des soins

La récolte de données s'effectue sur base d'une part d'interviews d'informateurs clés, et de réunions de réflexion avec des médecins de terrain (représentants de cercles et associations impliqués dans les gardes ou intéressés par la problématique).

A. brainstormgroepen Vlaanderen en Brussel (Vlaams en Franstalig)

2. methode

Les thèmes suivants ont été abordés dans les discussions

- thema 1: bereikbaarheid (10 min)
- thema 2: gepast gebruik en veiligheid triage (10 min)
- thema 3: organisatie wacht"dienst" (10 min)
- thema 4 : continuïteit van patiënten"zorg" → data (30 min)
- thema 5: kwaliteitsverzekering → data (10 min)
- randvoorwaarden (10 min)
- gebruik van data (10 min)

Stappen in brainstorm per thema:

1. Wat zijn kritische kwaliteitskenmerken m.b.t. thema X:
2. Ieder schrijft dit voor zichzelf op post-its
3. C. haalt post-its op en kleeft ze op flapbord (doet eerste groepering op zicht)
4. D. doet intussen gestructureerde rondvraag (bij 3 of 4 opeenvolgende artsen)
5. Brainstorm over groepering van post-its, zo nodig herformulering naar abstracter niveau (formuleren als 'criterium' voor een goede wachtdienst) en aanvullende bedenkingen – K. noteert
6. 10 punten verdelen over de gegroepeerde items (prioriteiten bepalen) – invullen op blad

3. participanten

Voor **Brussel** heeft dr Renier, voorzitter van de Vlaamse Wachtdienst Brussel (VWB), een aantal artsen naar voor gebracht op basis van hun engagement binnen de VWB, hun functie en/of hun ervaring.

Degryse Jan	Prof huisartsgeneeskunde KUL, duopraktijk in Oudergem
Renier Walter	Voorzitter VWB
Bastaerts Patrick	Associatiepraktijk, lid RvB UHAK
Vandenbempt Nele	Arts uit de groepspraktijk van GVHV in Schaarbeek
Roex Milan	ex voorzitter ASGB, voorzitter Van Helmont Gilde (gemengde gilde van Brussel en omstreken), duopraktijk met dochter die deel uitmaakt van de netwerkpraktijk Helix in Anderlecht
Ferrant Louis	Groepspraktijk in Anderlecht
Vander Meersch Erika	ex bestuurder Brusselse huisartsenwachtdienst, soloarts
Devis Vanessa	arts uit de Brug, groepspraktijk in Molenbeek die recentelijk fortaitair gaan werken is, actief in werkgroep VWB
Loosen Erik	Voorzitter BHAK, soloarts

Voor Vlaanderen werden per provincie willekeurig 5 huisartsenkringen geselecteerd. Zij werden per telefoon gevraagd of zij wilden meewerken.

Naam HAK	Naam kring verantwoordelijke	Gemeente	Aanwezige artsen
Prov. Antwerpen			
Huisartsenvereniging Antwerpen-Centrum	De Roeck Walter	Antwerpen	Mermans Dirk
Huisartsenwachtkring Netevallei	Boogaerts Eveline	Booischoot	Aanwezig
HAV Regio Mol	Delespaul Ives	Mol	Staes Jo en Staes Steven
HVRT Noorderkempen	Diercken Paul	Oud-Tunrhout	
Vereniging Huisartsenkring Zuiderkempen	Boeckx Jef	Veerle	Vandoninck Marnix en Apers Henri
Prov. Vlaams Brabant			
Medische vereniging van Halle en Omgeving	Pierreux Jean-Paul	Halle	Van Pottelberg Herwig
Hou Vol	Bertels Ivan	Sterrebeek	
KHOBRA	Van Laere Chris	Rotselaar	aanwezig
Huisartsenkring Landen	Wouters Guido	Landen	
Huisartsenvereniging Aprilia Zuid-Oost Hageland	Steenackers Jef	Waanrode	Smeets Frank en De Roo Guido
Prov. Limburg			
Herkenrode vzw	Nailis Robert	Hasselt	
Geneeskundige Kring Houthalen-Helchteren	Van de Vloed Olga	Houthalen	aanwezig
HAK Lommel	De Munck Daniel	Lommel	aanwezig
Huisartsvereniging Maasmechelen	Truyen Jozef	Maasmechelen	Verhaege Filip
HAK Tongeren	Vos Jean-Pierre	Tongeren	
Prov. West-Vlaanderen			
HAK Zuid-West Vlaanderen (MCH Kortrijk)	Devriendt Ivan	Kortrijk	D'Haene Pascal en Van Verre Dirk

4. synthese van de brainstorm met scores

Wachtdiensten en praktijkpermanentie worden anders gepercipieerd en georganiseerd in Brussel en Vlaanderen. Er is blijkbaar een andere cultuur.

In Brussel (*Br*)

- Veel patiënten hebben geen vaste huisarts.
- Er is een 24u op 24u een wachtdienstsysteem via een bemande centrale.
- Veel patiënten zonder huisarts doen beroep op de wachtdienst of gaan rechtstreeks naar de spoed.
- De helft van de Brusselse Vlaamse huisartsen doen niet mee aan de wachtdienst, wat leidt tot problemen i.v.m. continuïteit van zorgen in bepaalde regio's.
- Indien een huisarts op verlof gaat, kan hij de wachtdienst inschakelen (hierover zijn geen duidelijke afspraken).
- Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen praktijkpermanentie en wachtdienstorganisatie gedurende de week. Veel huisartsen staan niet in voor de permanentie van hun eigen praktijk gedurende de dag!

In Vlaanderen (*Vl*)

- Patiënten hebben meestal vaste huisarts.
- Er is een georganiseerde wachtdienst door de huisartsenkring in het WE en op feestdagen, vaak ook op vrijdagavond. Overdag zorgt elke praktijk voor zijn eigen permanentie. In de week wordt op veel plaatsen een avondwacht georganiseerd via permanentienetwerken, hier en daar ook door de kring.
- In de meeste kringen zijn alle huisartsen verplicht aan de wachtdienst deel te nemen, tenzij ze door het bestuur worden vrijgesteld om medische reden of leeftijd (op veel plaatsen wordt de laatste tijd deze leeftijdsgrens gevoelig naar boven getrokken, gezien te kort aan jonge krachten).
- Probleem dat zich kan voordoen bij de avondwacht is dat op sommige plaatsen dit territoriaal georganiseerd is vanuit de kring, en in naburige gemeentes via praktijkpermanentie. Hierdoor vallen een aantal patiënten uit de boot.
- Tijdens verlof worden er meestal onderling afspraken gemaakt voor de vervanging.
- De huisartsen staan in voor hun eigen praktijkpermanentie overdag, en treffen wisselende regelingen voor de avondwacht.

In dit kader moeten we de resultaten van deze brainstorm interpreteren.

De (scores) geven weer hoe belangrijk een item gescoord wordt binnen de Vlaamse of binnen de Brusselse brainstormsessie per rubriek (1 – 2 – 3 – 4a – 4b – 5 – 6). Je kan deze (scores) dus niet vergelijken tussen de Vlaamse en Brusselse brainstormgroep, omdat deze afzonderlijk zijn gebeurd, met verschillend aantal aanwezigen. Ze geven wel een beeld over de volgorde van belang die met hecht aan een item.

1. Bereikbaarheid.

- Wanneer?
 - *VI*: week + WE wachtdienst (39) > WE wacht (27)
Br: WD mag niet interfereren met de eigen praktijkwerking, dus na de normale werkuren in de week en WE (unaniem)
- Hoe?
 - *VI*: Centraal wachtnummer (27) > Centrale dispatching (16)
Br: Centrale dispatching (28) > doorschakelsysteem (10)
 - *Br*: mobiliteit verzekeren in afstand + tijd (15)
- Waar?

- **VI:** Centrale consultatieplaats in consultatieruimte van de huisarts (eventueel consultaties gedurende bepaalde uren van de dag, geen 24 uur) (36) > Centrale wachtpost. (7)
Br: wachtpost (18)
- **Andere:**
 - **VI:** Bekendmaking aan de bevolking. (23). Samenwerking met de spoeddiensten (8)
 - **Br:** rekening houden met verwachtingen van patiënt (9). Doorsturen naar WD via eigen HA (gelaagd niveau: praktijk > permanentienetwerk > WD) (8)

2. Triage en gepast gebruik van de wachtdienst.

- **Wie doet de triage?**
 - **VI:** Deskundigheid is van belang (een niet-arts kan de telefoon doen) (47) > arts doet de telefoon/triage (24) > Triage is geen noodzaak (6)
Br: Professionele triage (opgeleid personeel / vragenlijst) (31) > arts met WD (16) > andere arts dan arts met WD (6)
 - **VI:** multidisciplinaire opvang (1 centraal nummer voor verschillende diensten) (9)
- **Gepast gebruik van de wachtdienst.**
 - **VI:** Standaarden voor de arts van wacht. (Wat is taak van wachtarts?) (32). Spoed gevallen zijn niet voor de arts van wacht, wel voor 100. (13)
Br: Info aan patiënt over wat de WD kan (25)
 - **VI:** Opvoeding van de patiënt i.v.m. oneigenlijk gebruik. (20)
Br: Elke patiënt moet eigen HA hebben die redelijk beschikbaar is. WD moet tijdens weekdag eerst eigen HA trachten te contacteren (9)
- **Andere:**
 - **VI:** Reservearts (24). Wagen met uitrusting, snelle interventie. (3)
 - **Br:** Achterwacht als back-up en overlegpersoon bij problemen (3). Minimum betaling (geen 3de betaler) (7).

3. Praktische organisatie van de wachtdienst.

- **Ondersteuning (zowel logistiek als middelen).**
 - **VI:** Secretariaat, logistieke ondersteuning (55). Software/informatica voor de registratie, veiligheid. (28)
 - **Br:** Secretariaat, infrastructuur (12). Samenwerking tussen verschillende WD (6). Financiële vergoeding (6). Sector verantwoordelijken per regio (3)
- **Praktische afspraken.**
 - **VI:** Duidelijke afspraken rond wachtregeeling (bevoegdheden, deontologie, vrijstellingen,...) (28). > Verplichting om deel te nemen aan WD (11)
Br: Verplichting om deel te nemen aan WD op uniforme manier (door Orde opgelegd) (39) > Iedereen een minimum, sommigen doen vrijwillig meer (12) > specifieke wachtartsen (2)
 - **VI:** Werktijden: 24 uur (15) / 12 uur (9)
Br: korte werkduur, dus veel artsen moeten deelnemen (13). Op beperkte oppervlakte (eventueel Franstalige en Vlamingen in 1 WD) (7).
- **Wie organiseert de wachtdienst?**
 - **VI:** Lokale wachtdiensten regelen de werking, de kring superviseert (27). Afbakening bevoegdheid Orde/PGC/Kring. (10)

4. Continuïteit van de patiëntenzorg.

a. Registratie.

- **Ondersteuning bij registratie.**
 - **VI:** Opleiding voor elektronische communicatie (39). Software moet pakket - overschrijdend zijn (28).
- **Wat registreren?**
 - **VI:** Uitgebreide registratie (symptomen, diagnose, outcome en relaas aan HA). (37) > Geen pathologieregistratie. (6)
Br: Alles registreren op uniforme manier (16) > enkel essentiële medische gegevens (9) > enkel administratieve gegevens door secretariaat (coördinaten patiënt – tijdstip oproep – klacht) (5). Oneigenlijk gebruikt van WD door patiënt (=opvoeden patiënt) (12). Zwarte lijst (garandeert veiligheid (10).
- **Voor wie? en waarom?**
 - **VI:** Enkel voor gebruik in de Kring (35). Door registratie zicht op workload (21) > Registratie heeft geen nut (13)
Br: registratie heeft 2 doelen: rapportering naar HA en epidemiologische informatie van WD werking (10)
- **Hoe?**
 - **Br:** elektronisch (9), wetenschappelijk verantwoord (8), eenvoudig en niet tijdrovend (5).

b. Datatransfers.

- **Datatransfers van wachtarts naar huisarts.**
 - **VI:** Elektronische communicatie (66) > Standaardformulier bij patiënt (identificatie, diagnose, behandeling en arbeidsonbekwaamheid) (22) > Telefonisch verslag maandag voormiddag (overlijden & opname) (12).
Br: Elektronisch verslag (22) (vlot uitwisselbaar en integreerbaar in eigen MD (5)) > bij urgentie of hospitalisatie HA telefonisch verwittigen (12) > schriftelijk verslag (4)
- **Datatransfers van huisarts naar wachtarts.**
 - **VI:** Minimaal de urgentiedata/SUMEHR. (41) > Probleemlijst aan huis bij de chronische patiënten. (30)
Br: Inkijken kern dossier via PC (12) (via traceerbare contacten in EMD om privacy te verzekeren (5)) > MD thuis voor zware gevallen (12)
- **Andere.**
 - **VI:** Attent zijn voor intrafamiliaal geweld en dit doorgeven aan de huisarts. (8)
Br: Veilige datatransfer in beide richtingen met respect voor privacy (21)

5. Kwaliteitsverzekering.

- **Registratie en klachtenbehandeling.**
 - **VI:** Registratie is nodig voor kwaliteit. (44)
 - **VI:** Klachten verzamelen voor verzoeningscommissie. (18)
Br: Rapport WA → HA en feedback HA → WA over casus en dienstverlening bij problemen (30)
- **Voldoende aantal wachtartsen**
 - **Br:** Iedereen doet mee = korte wachttijden, niet ver rijden = aangename wacht (20)

- **Taakomschrijving.**
 - **VI:** Basistaken, standaarden voor wachtartsen. (30).
 - **Br:** Afspraken rond uniforme aanpak, takenpakket voor WA (8). Afspraken bewaken (2).
 - **VI:** Taakomschrijving van telefonist (inschatten van het probleem, draaiboek nodig) (14)
- **Navorming.**
 - **VI:** Werken in de LOK's rond afspraken, takenpakket, .. (22). Leren omgaan met agressie, zwarte lijst. (9)
 - **Br:** Feedback in kring, LOK, intervisiegroep van geëxtrapoleerde, geïnterpreteerde wachtgegevens en van individuele casussen = motivatie en collegialiteit verhogen (13). Navorming rond urgentie en dergelijke/ enkel geaccrediteerde artsen kunnen wacht doen (3).
- **Ondersteuning (zowel logistiek als middelen).**
 - **VI:** Vergoeding voor kwaliteit van de wachtdienst (19)
 - **Br:** Betalen van actoren en voordeliger voor patiënt (financieel voldoende laagdrempelig voor patiënt) (10)
 - **VI:** Samenwerking met spoeddiensten, politie. (15)
 - **Br:** Ondersteuning vanuit 2^{de} lijn en overheid, voor HIBO's en artsen die zich onzeker voelen (7).
 - **VI:** Urgentietrouse, palliatieve kit. (8)
 - **Br:** Wachtpost (4)

6. Randvoorwaarden.

- **Overheidsfinanciering**
 - **VI:** Hogere financiering van artsen zelf (38). Financiering logistiek (personeel) (26). Financiering van middelen (gebruiksvriendelijke software en bijhorende opleiding) (24).
 - **Br:** Financiering WD en correcte artsenhonoraria (18). Ander soort financiering (niet prestatiegericht) (5). Globale herfinanciering 1^{ste} lijn (2). Betaling via 3^{de} betaler of bankcontact (1).
 - **VI:** Overheid moet duidelijk zijn en uitvoeren wat ze belooft (26).
 - **VI:** Subsidies ook via provincie, gewest en stad. (14)
- **Ondersteuning.**
 - **Br:** Federale ondersteuning (duidelijk communicatie naar 1ste lijn, verplaatsing en parkeren eenvoudiger maken, media ondersteuning) (13).
 - **Br:** labo; RX en specialisten ter ondersteuning van 1ste lijnswacht (9)
 - **VI:** Prioritair voertuig (7)
 - **Br:** Rust na wacht (4)
 - **Br:** Samenwerking met gemeente en 2de lijn (2)
- **Organisatie van de wachtdienst.**
 - **VI:** Aandacht voor zowel de grote wachtposten als kleinere wachtdiensten, de verschillende organisatievormen (15). Organigram op kringniveau (13).
 - **Br:** Respect voor plaats van HA t.o.v. spoeddiensten (13)
 - **Br:** Voldoende artsen (10). Jonge HA betrekken in de WD organisatie (5).
 - **Br:** Timemanagement (tijdsverlies vermijden) (2)
- **Gepast gebruik van de wachtdienst.**
 - **VI:** Gepast gebruik van de wachtdienst (13)

- *Br*: Alle patiënten moeten een HA hebben (10). Bevolking motiveren om naar WA te gaan (4). Patiënten moeten meer betalen bij oneigenlijk gebruik (2).
- *Wetenschappelijke onderbouw.*
- *VI*: Wetenschappelijk onderbouw WD (7)

5. samenvatting van de resultaten

1. Bereikbaarheid.

- *Wanneer?*
Het organiseren van de wachtdienst buiten de normale werkuren (weekavond, WE en feestdagen) wordt unaniem voorgedragen door Brussel en ook door de meerderheid van de Vlaamse kringen.
- *Hoe?*
Centrale dispatching van de oproepen door een bemande centrale vindt voornamelijk aanhang in Brussel, en in mindere mate in Vlaanderen. Hier is de meerderheid nog voorstander van een centraal nummer. In Brussel wil men wel dat tijdens de normale werktijden overdag de oproepen via de huisarts worden doorgeschakeld, zo nodig.
Voor Brussel is een belangrijk aandachtspunt i.v.m. bereikbaarheid het verzekeren van de mobiliteit in afstand en tijd.
- *Waar?*
In Brussel opteert men voornamelijk voor een centrale wachtpost. In Vlaanderen is er een onderscheid tussen landelijke gemeenten, waar men opteert voor een centrale consultatieplaats in de consultatieruimte van de huisarts zelf (eventueel consultaties gedurende bepaalde uren van de dag, geen 24 uur) en de stedelijke gebieden, waar men opteert voor huisartsenwachtpost. Bij een voldoende groot wachtgebied is een meerderheid is voorstander van een zittende en een rijdende wacht.
- *Andere:*
Het is belangrijk dat de wachtdienst voldoende bekendheid krijgt bij de bevolking. Men moet ook rekening houden met de verwachtingen van de patiënt omtrent opvang buiten de werkuren. Een goede samenwerking en taakafbakening met de spoedgevallen is noodzakelijk.
In Brussel wordt vooropgesteld dat men moet werken met gelaagde niveaus van bereikbaarheid: de praktijk organiseert de permanentie tijdens de normale werkuren, bij afwezigheid kan men beroep doen op een permanentienetwerk afgesproken tussen verschillende praktijken, buiten de normale werkuren kan men beroep doen op de georganiseerde wachtdienst. Patiënten moeten dus eerst en vooral een vaste huisarts hebben, die ze in 1^{ste} instantie contacteren. Vandaar zal de verder doorverwijzing gebeuren zo nodig.
Zowel in Brussel als in Vlaanderen wordt het belang van een achterwacht aangehaald, voor noodgevallen als iemand onverwacht uitvalt, maar ook als back-up en overlegpersoon bij problemen.

2. Triage en gepast gebruik van de wachtdienst.

- *Wie doet de triage?*
Zowel in Brussel als in Vlaanderen is de meerderheid voorstander van een professionele triage door opgeleid personeel (niet-arts). Andere huisartsen

vinden dat alleen een arts de triage kan doen. Enkel vinden dat triage niet noodzakelijk is.

Sommigen suggereren een multidisciplinaire opvang met 1 centraal nummer voor verschillende diensten.

- **Gepast gebruik van de wachtdienst.**

De meeste aanwezigen vinden een goede taakomschrijving van de wachtarts belangrijk voor de artsen zelf, maar ook voor de patiënten, zodat ze weten waarvoor ze beroep kunnen doen op de wachtarts. Sommige huisartsen vinden dat 'spoedgevallen' niet tot de taak van de wachtarts behoren, maar wel voor dienst 100.

Aan patiënten moet feedback gegeven worden i.v.m. oneigenlijk gebruik van de wachtdienst.

Voor Brussel wordt nogmaals aangehaald dat elke patiënt een eigen huisarts moet hebben die redelijk beschikbaar is. Hierop moet in 1^{ste} instantie beroep gedaan worden. De wachtdienst moet tijdens de weekdag eerst de eigen HA trachten te contacteren.

- **Andere:**

Sommigen vinden een minimum betaling (geen 3de betaler) nodig, of vinden dat de patiënt meer moeten betalen bij oneigenlijk gebruik.

3. Praktische organisatie van de wachtdienst.

- **Ondersteuning (zowel logistiek als middelen).**

Beide groepen vragen ondersteuning voor secretariaat (financieel) en aangepaste infrastructuur. In Vlaanderen is er vraag naar software/informatica voor de registratie (o.a. om wachtrol eerlijk op te maken, om wachtrol elektronisch door te geven aan de PGC,...). Ook hulp van externen i.v.m. veiligheid en mobiliteit, informatici voor implementatie van softwareprogramma's,...

In Brussel is er vraag naar samenwerking tussen de verschillende wachtdienstonderdelen en naar een sectorverantwoordelijke per regio.

- **Praktische afspraken.**

Iedereen is voorstander voor een verplichte deelname aan de wachtdienst. Er dienen duidelijke afspraken gemaakt rond de wachtregeling (bevoegdheden, deontologie, vrijstellingen,...). In Brussel wil de ruime meerderheid dat de Orde deze verplichting oplegt op een uniforme manier. Een kleinere groep is voorstander van een minimum aan wachtdiensten voor iedereen, waarbij de mogelijkheid gelaten wordt om vrijwillig meer wachten te doen. Enkel willen de wachtdienst overlaten aan 'wachtartsen'.

In Vlaanderen wil de meerderheid een werktijd van 24 uur, de overigen kiezen voor 12 uur. In Brussel wil men ook een korte werkduur, en liefst op een beperkte oppervlakte, wat impliceert dat veel artsen moeten deelnemen en eventueel Franstaligen en Vlamingen 1 gezamenlijke wachtdienst moeten organiseren per regio.

- **Wie organiseert de wachtdienst?**

De Vlaamse huisartsen vragen aandacht voor de verschillende organisatievormen in stedelijke en landelijke gebieden: met name de grote wachtposten en de kleinere wachtdiensten. Best opstellen van een organigram op kringniveau. Volgens sommigen regelen de lokale wachtdienstonderdelen bij voorkeur zelf de werking van de wachtdienst en superviseert de kring.

Verder moet er een duidelijke afbakening komen van de bevoegdheid van de Orde/ de PGC/ de Kring.

Men vindt belangrijk om jonge HA betrekken in de wachtdienstorganisatie.

4. Continuïteit van de patiëntenzorg.

a. Registratie.

- **Ondersteuning bij registratie.**
In Vlaanderen is er een grote vraag naar opleiding voor elektronische communicatie. De software moet pakketoverschrijdend zijn.
- **Wat registreren?**
Zowel in Vlaanderen als in Brussel is de meerderheid voor een uitgebreide registratie op een uniforme manier (symptomen, diagnose, outcome). Een kleinere groep wenst enkel registratie van essentiële medische gegevens. Een minderheid wil enkel registratie van administratieve gegevens door secretariaat (coördinaten patiënt – tijdstip oproep – klacht). Verder vindt men ook belangrijk de registratie van oneigenlijk gebruik van de wachtdienst door patiënt (=opvoeden patiënt) en in iets mindere mate een zwarte lijst als garantie voor de veiligheid. Ook registratie van intrafamiliaal geweld is zinvol.
- **Voor wie? en waarom?**
Registratie heeft 2 doelen: rapportering naar HA en epidemiologische informatie van de wachtdienstwerking, enkel voor gebruik in de kring. Door registratie krijgt men ook meer zicht op workload. Enkelen vinden dat registratie geen nut heeft.
- **Hoe?**
Registratie gebeurt best elektronisch, op een wetenschappelijk verantwoorde manier, eenvoudig en niet tijdrovend.

b. Datatransfers.

- **Datatransfers van wachtarts naar huisarts.**
De meerderheid verkiest een elektronisch verslag, vlot uitwisselbaar en integreerbaar in eigen medisch dossier. Bij overlijden of hospitalisatie wordt de huisarts na de wachtdienst telefonisch verwittigd.
Een kleinere groep verkiest een standaardformulier, schriftelijk bij de patiënt (identificatie, diagnose, behandeling en arbeidsonbekwaamheid).
- **Datatransfers van huisarts naar wachtarts.**
De meerderheid staat achter het beschikbaar stellen van het kern dossier of urgentiedossier (SUMEHR) aan de wachtarts. Groot belang wordt gehecht aan de veiligheid van de datatransfers (in beide richtingen). Dit moet verlopen via traceerbare contacten in EMD om de privacy te verzekeren.
Een alternatief is het schriftelijk beschikbaar stellen aan huis van de probleemlijst bij chronische of zwaar zieke patiënten.

5. Kwaliteitsverzekering.

- **Registratie.**
Registratie van data is nodig voor kwaliteit en feedback.
Registratie van klachten en opvolging hiervan eventueel door een verzoeningscommissie, is nodig voor kwaliteit.
- **Taakomschrijving.**

Wetenschappelijk onderbouw van de wachtdienst is nodig. Er moet een takenpakket voor de wachtarts uitgewerkt worden, er moeten afspraken gemaakt worden rond uniforme aanpak, en deze afspraken moeten bewaakt worden op uitvoering. De taakomschrijving van de telefonist dient uitgewerkt te worden (probleeminschatting aan telefoon, uitwerken van een draaiboek).

- **Navorming.**

Werken rond het takenpakket en afspraken kan gebeuren in LOK's, de kring, intervisiegroepen. Ook leren omgaan met agressie, zwarte lijst. Dit kan de motivatie en collegialiteit verhogen.

Volgens enkelen zouden alleen geaccrediteerde artsen wacht kunnen doen.

- **Ondersteuning (zowel logistiek als middelen).**

Vergoeding voor de kwaliteit van de wachtdienst (kwaliteitscriteria opstellen), met o.a. betalen van de actoren.

De wachtdienst moet financieel voldoende laagdrempelig (aantrekkelijk) zijn voor de patiënt.

Samenwerking met spoeddiensten, politie.

Beschikbaar stellen van urgentietrouse, palliatieve kit.

6. Randvoorwaarden.

- **Overheidsfinanciering**

Financiering van de wachtdienst en correcte artsenhonoraria.

Financiering logistiek (personeel).

Financiering van middelen en infrastructuur (gebruiksvriendelijke software en bijhorende opleiding, eventueel gebouw en materiaal).

Een kleinere groep vraagt een ander soort financiering (niet prestatiegericht) of zelfs een globale herfinanciering van de 1^{ste} lijn.

De overheid moet duidelijk zijn en uitvoeren wat ze belooft (i.v.m. financiering van bemande centrale).

Subsidies kunnen ook gezocht worden via provincie, gewest en stad.

- **Ondersteuning.**

Federale ondersteuning: o.a. duidelijke communicatie naar 1ste lijn met respect voor de plaats van de huisarts t.o.v. spoeddiensten, mobiliteit en parkeren eenvoudiger maken, media ondersteuning.

Labo, RX en specialisten ter ondersteuning van 1ste lijnswacht.

Prioritair voertuig.

Rust na wacht.

Samenwerking met gemeente en 2de lijn.

5. bijlagen

1. Brief en vragen voor de brainstormgroepen
2. Selectiemethode deelnemende huisartsen
3. Scoreblad
4. Resultaten brainstorm i.v.m. toekomstvisie op wachtdienstorganisatie.
5. De huidige organisatie van de wachtdienst in verschillende regio's.

B. Groupes de discussion Bruxelles (francophone) et Wallonie

2. méthode

groupe de discussion Bruxelles (francophone)

Les médecins participants ont été invités sur base de leur appartenance à diverses associations et cercles reconnus ou non de médecins généralistes (13 associations recensées pour la région bruxelloise), responsables de l'organisation de gardes (publiques ou de remplacement) sur les 19 communes de Bruxelles.

En outre, nous avons cherché à réunir un échantillon le plus représentatif de la population des médecins généralistes de terrain : au niveau du type de pratique (en solo, en association ou en maison médicale), de leur université d'origine (UCL, ULB, ULG), de leur sexe.

A noter toutefois une sous représentation des femmes médecins, des jeunes médecins et des médecins diplômés de l'ULG (très peu sont installés à Bruxelles) et de l'ULB. A noter la sous représentation des jeunes et des femmes qui semblent moins présents au sein de ces associations.

Les médecins invités ont été contactés comme représentant de leur rôle de garde, de leur association, sur base de la liste des associations (publiée en novembre 2004 par « Le Guide du Généraliste 2005) et de noms de responsables locaux de garde aimablement fournis par la FAMGB.

groupe de discussion Wallonie

L'échantillonnage s'est fait de manière à avoir environ 10 à 12 médecins représentants:

- des diverses provinces (Ardennes, Brabant Wallon, Hainaut, Namur, Liège,...)
- de différents milieux (urbain, rural, semi-rural),
- les différents types de pratique (en solo, en association ou en maison médicale).
- des différentes universités belges francophones (ULB ,UCL ,ULG)
- des hommes et des femmes

Le recrutement a été effectué sur base :

- d'une liste de membres désignés par le FAG,
- des différents cercles reconnus (liste de novembre 2004, publiée par « Le Guide du Généraliste 2005)
- des sites internet de cercles et associations de médecins impliquées dans des rôles de garde
- d'une liste de noms de maîtres de stages (2 ayant une pratique en ville, 2 une pratique rurale ou semirurale) fournies par chaque département de Médecine Générale des 3 universités (ULB,UCL,ULG)

Les thèmes abordés sont :

- l'accessibilité des services de garde
- l'organisation pratique du service de garde
- le triage des appels
- l'enregistrement de données, des plaintes des patients
- la collaboration avec d'autres services
- la collecte et le transfert des données
- la centralisation, la gestion et l'utilisation des données

Un animateur (médecin) a d'abord fait un tour de table de présentation de chacun.

Pour chaque thème abordé, les participants étaient invités à parler pour expliquer leur situation, leurs particularités par rapport à ce qui avait été dit par les autres participants.

3. participants

Bruxelles (francophone)

nom	association	territoire couvert	type de pratique	sexe	année diplôme	université
Roland Michel	Féd.Maison Méd., DUMG ULB	Saint Gilles, une partie de Bxl ville et de lxl	maison médicale, ville	M	1973	ULB
Provost Myriam	AMGNE (quartier nord)	Schaerbeek, Saint Josse	maison médicale, ville	F	1974	UCL
Cuvelier Lawrence	FAMGB, AGEBRU	Bruxelles centre	ville, solo	M	1982	UCL
Seys Bruno	AMGES	Schaerbeek, Evere	ville, solo	M	1985	UCL
Vanandruel Marc	AMGSE	Bxl Sud Est	ville, solo	M	1989	UCL
Fernandez Javier	AMGA	Anderlecht	ville, solo	M	1984	ULB
Hariga Jean Claude	ASCLEBOIS	Ixelles, Watermael, Boisfort, Auderghem	ville, solo	M	1977	ULB
Toussaint Daniel	Minigarde, Auboiss, Soignes	Auderghem, Watermael, Boisfort, Etterbeek	ville, association	M	1979	ULB
Kelchtermans Paul	Helix	Anderlecht	ville, association	M	1981	UCL
Dupont Bernard	AMGSE, MEDIWOK	Kraainem, Wezmbek, Woluwe	ville, solo	M	1979	UCL
Latteur Sophie	AMGSE	sud est de Bxl	ville, solo	F	1996	UCL

Région Wallonne

nom	association	territoire couvert	type de pratique	sexe	année diplôme	Univer -sité
Wisler Josiane	AGEF	Est francophone de la Belgique	semi rurale, solo	F	1979	ULG
Vanden Bulck christian	AGEF	Verviers,est francophone	rurale, solo	M	1980	ULG
Dupont Vincent	AMGCG	Chaumont Gistoux	semi rurale, solo	M	1980	UCL
Hennau Etienne	AMGCG	Chaumont Gistoux	rurale, solo	M	1975	UCL
Tennstedt Patrick		Braine le Comte, Petit Roeulx,Hennipont, Steenkapen	semirurale, association	M	1972	UCL
Jongen Philippe	RGN	Namur, Profondville, Assesse	ville, association	M	1975	UCL
Sterckendries Johan	SMWE	Wareme, Berloz, Faimes geer, Remicourt, Oreye, Doncert, Crisnee	rural,semi-rur, solo	M	1985	UCI
Jacquemain Christiane	GLAMO	Liège ville, Rocourt, Ongleur, Cointe,..	ville, solo	F	1988	ULG
Bruwier Pierre Joseph	AGGAC	Ath, Lessine, Silly, Ellezelle, Flobecq	rurale, solo	M	1979	
Bouuaert corinne	DUMG ULG	Seraing	ville, maison médicale	F	1975	ULB
Burette Philippe	MGA, DUMG ULG	Aywaille	semi rurale, association	M	1987	UCL
Janssens Paule	AMEGE BW	Braine Waterloo	ville, solo	F	1984	ULB
Matthys Guy	AMEGEBAW	Braine l'Alleud, Bois Seigneur Isaac, Lillois, Witterzée, Ophain	ville,solo	M	1979	UCL
Vandenbussche Thierry	FAGC	23 entités autour de charleroi	rurale, solo	M	1977	ULB

4. synthèse des résultats des groupes de discussion francophones

	BRUXELLES	WALLONIE
Organisation pratique-Accessibilité		
<u>Information</u>	<ul style="list-style-type: none"> - répondeur téléphonique du médecin traitant - pharmacies - journaux locaux 	<ul style="list-style-type: none"> - répondeur téléphonique de médecin traitant - pharmacies - journaux locaux - site internet de la commune ou du cercle - service 100 - service 1307 <p>! service 100 : renseignement pas toujours correct</p>
<u>Comment</u>	<ul style="list-style-type: none"> - numéro d'appel unique dévié sur le numéro du médecin de garde - numéro unique= numéro « GSM de garde » - numéro unique d'un central, secrétariat (Médigarde, SOS Médecin) - -problème de responsabilité en cas de couac au niveau du transfert d'appel - un numéro unique permet plus de souplesse au niveau de l'organisation de la garde 	<ul style="list-style-type: none"> - numéro unique du répondeur de l'association ou d'un centre médical, avec déviateur vers le numéro du médecin de garde, ou donnant les coordonnées du médecin de garde - numéro du secrétariat d'une maison médicale - numéro d'un télésecrétariat - coordonnées du médecin de garde (milieu rural ou semi-rural) - numéro unique = confort (fractionnement de la garde, plus de souplesse) - « filtre des appels », permet de rééduquer les patients à la notion d'urgence - sécurité ? (avis partagés !) - numéro unique dépersonnalise la garde (>< médecine générale est une médecine de proximité, de famille)

<u>Quand</u>	<ul style="list-style-type: none"> - le plus souvent le WE et jours fériés (8 à 20h ou 22h, ou 24h/24) - la nuit en semaine (20h/8h) pour certaines associations - 24h/24, tous les jours (Médigarde, SOSMédecin) 	<ul style="list-style-type: none"> - le WE et les jours fériés (24h/24) - en semaine : la nuit (20h/8h) - organisation de manière à assurer une certaine qualité de vie aux médecins, en semaine
<u>Qui</u>	<ul style="list-style-type: none"> - médecins des associations, cercles - Médigarde (regroupe les associations) - SOS Médecins (professionnels de la garde) - Médinuit 	<ul style="list-style-type: none"> - médecins des cercles et associations - « médecins professionnels de la garde » (la nuit à Charleroi, SOS Médecin à Namur)
<u>Pour qui ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> - garde de remplacement essentiellement - garde publique (Médigarde, SOS Médecin) - - 1/5 des médecins effectuent une garde publique - limites géographiques des communes : pas toujours réalisables en pratique, voir même problème pour assurer la continuité des soins ! 	<ul style="list-style-type: none"> - garde publique les WE et jours fériés - garde de remplacement en semaine pour certaines petites associations - garde publique la semaine , le WE et les jours fériés en milieu rural ou semi-rural
<u>Triage</u>	<ul style="list-style-type: none"> - appel géré directement par le médecin (le plus souvent) - appel enregistré par un secrétariat et transmis au médecin de garde (Médigarde, SOS Médecin) - secrétariat :plus confortable, mais la gestion médicale n'est pas jugée satisfaisante, le médecin recontacte le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - appel géré directement par le médecin de garde (le plus souvent) - appel enregistré par un secrétariat et transmis au médecin de garde (maison médicale, télésecrétariat p.ex. : Charleroi, Namur) - secrétariat :plus confortable, mais la gestion médicale n'est pas jugée satisfaisante, le médecin recontacte le patient
<u>Collaboration</u>	<ul style="list-style-type: none"> - des différentes associations de garde avec Médigarde ou SOS Médecin (= filet de rattrapage) - les pouvoirs publics : donner les moyens d'assurer le fonctionnement optimal de la garde publique et la sécurité des médecins (financement, véhicule de garde, infrastructure,...) 	<ul style="list-style-type: none"> - les hôpitaux - les pharmaciens - les pouvoirs publics :la garde médicale est un service public, les autorités doivent lui donner les moyens d'assurer sa mission (financement, véhicules de garde, secrétariat, promotion, favoriser la collaboration avec les hôpitaux,...)

Collecte Transfert de données		
<u>Données disponibles</u>	<ul style="list-style-type: none"> - le plus souvent aucune - parfois « dossier » laissé au domicile par le MT - le traitement du patient - besoin de données ? l'absence de données pose très rarement problème ! le besoin de données n'est pas réel sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - pas abordé
<u>Données « souhaitables »</u>	<ul style="list-style-type: none"> - ATCD médoco-chirurgicaux - allergies et réactions médicamenteuses - facteurs de risque - pathologies chroniques, problèmes actifs - traitement actuel - ces données permettent un travail plus facile, un confort, une meilleure gestion des cas chroniques - mises à jour des données 	
<u>Continuité des soins</u>	<ul style="list-style-type: none"> - le médecin de garde téléphone le lundi matin, ou laisse un mot pour le médecin traitant - lettre envoyée au médecin traitant (Médinuit, SOS Médecin) - Médimédianet : site de communication sécurisé pour un groupe de GLEM - logiciels permettant le transfert de la consultation encodée par mails sécurisés - peu d'intérêt pour la bobologie vue en garde - nécessité d'informatisation - problème de sécurité du transfert de données 	<ul style="list-style-type: none"> - le médecin de garde téléphone au médecin traitant le lundi pour les problèmes graves - email adressé au médecin traitant (ccordonnées du patient, diagnostic,...) - transfert par voie informatique sécurisée (site internet du cercle, DMMG,...) - peu d'intérêt pour la bobologie vue en garde - nécessité d'informatisation - problème de sécurité du transfert de données - nécessité de moyen standardisé

<u>Données enregistrées au cours de la garde</u>	<ul style="list-style-type: none"> - aucune sauf : -Médigarde -SOS Médecin - nécessité d'informatisation - sécurité des données - propriété des données (patient) - nécessité d'encryptage - nécessité de standardisation - coût des systèmes informatiques - but de cette collecte ? - manque d'intérêt 	<ul style="list-style-type: none"> - fiche de garde : nombre d'appels, diagnostic ou motif - sexe, numéro d'appel, motif, médecin traitant, payé ou impayé - fiche d'intervention pour soins « urgents » - données épidémiologiques - manque d'intérêt - nécessité d'informatisation - « bénévolat » - temps ! - plus facile si secrétariat - but, intérêt de cette collecte ?
Centralisation gestion et utilisation des données		
<u>Propriétaire de la base de données</u>	<ul style="list-style-type: none"> - le médecin traitant doit gérer la collecte de données dans le cadre du DMG et fournir les données nécessaires pour la constitution d'une base de données accessible aux médecins de garde - le cercle assure la mise à la disposition de moyens techniques performants, à un moindre coût pour la collecte et le transfert des données 	<ul style="list-style-type: none"> - le patient (données patient) - le coordinateur de garde est propriétaire de la base de données
<u>Gestion</u>	<ul style="list-style-type: none"> - anonymisation des données par un intermédiaire médical scientifique, reconnu par la profession - le médecin généraliste gère les informations à enregistrer et à transférer - les cercles mettent les moyens nécessaires à la disposition de leur membre - les cercles disposent d'un maximum d'informations, et en transmettent le minimum au 	<ul style="list-style-type: none"> - anonymisation des données - données analysées et divulguées sous forme de statistiques, par l'intermédiaire du coordinateur de garde - base de données différente selon les intérêts de chaque cercle - transmission d'un minimum de données au pouvoir fédéral : nombre d'appels, motifs

	<p>pouvoir politique</p> <ul style="list-style-type: none"> - la centralisation, l'anonymisation et l'analyse des données doivent être réalisées par des médecins 	
<u>Utilisation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - but épidémiologique : motif d'appel - valoriser la médecine générale : importance et diversité des activités - lutte contre la concurrence des SU hospitaliers - grande méfiance vis-à-vis des pouvoirs politiques 	<ul style="list-style-type: none"> - valoriser la médecine générale : importance des activités, coût par rapport aux SU hospitaliers - obtenir un soutien politique et financier pour assurer un service public dans des conditions optimales - données épidémiologiques : intéressantes pour la profession, mais pour le Fédéral ?

5 annexes

- Lettre pour contacter les MG
- Méthodologie : détails
- Retranscription des groupes de discussion

V. Denkpiste voor fase II - Proposition de travail pour la 2^{ème} phase.

Lors de cette 1^{ère} phase, des critères, des « dimensions » de qualité ont été clairement mis en évidence.

L'objectif prioritaire de ce projet est de soutenir les cercles dans leur mission d'organisation des services de garde. Etant donné les grandes différences au niveau de l'organisation, des moyens financiers et humains des cercles, nous proposons d'évaluer l'acceptabilité des critères retenus au cours de la deuxième phase de cette recherche.. Chaque cercle sera invité à compléter un questionnaire sous forme de tableau reprenant les critères identifiés et les actions proposées pour une amélioration de la qualité.

Pour les critères, ils devront en juger la pertinence et la faisabilité en précisant à quelles conditions.

Pour les actions proposées, l'évaluation se fera en sollicitant l'avis des cercles sur ce qui est souhaitable, déjà présent, réalisable actuellement, réalisable dans le futur moyennant certaines conditions (financement, moyens logistiques,...) ou enfin non réalisable.

Nous estimons qu'il faut 80% de réponses des cercles pour obtenir des résultats significatifs de cette évaluation de l'acceptabilité des critères proposés. La faisabilité de ce programme d'actions et le choix d'indicateurs acceptables sera éventuellement testé avec quelques cercles volontaires, pour au moins une partie des critères identifiés.

Addenda: Problèmes de recrutement des services de garde de médecine générale.

Tant lors des réunions de réflexion, que lors des interviews, il est apparu un réel problème de recrutement de médecins pour assurer la garde en médecine générale.

Ce problème de recrutement est lié à de multiples facteurs, ces problèmes sont de nature à compromettre la bonne organisation des services de garde de médecine générale à plus ou moins brève échéance. Ceci nous est apparu vraiment très important, aussi nous avons réunis ici tous les témoignages abordant ce sujet.

V.Formato: Il n'y a pas d'exigences d'admission pour les médecins...il y a plutôt un problème de découragement des médecins à faire des gardes de « confort » patient, une pénurie de volontaires !

G.Bruwier Il y a des problèmes de recrutement : les médecins généralistes ne veulent plus faire des gardes publiques, remplir un service public dans des conditions où ni leur sécurité ni leur rémunération n'est assurée (aucune sécurité physique ni financière).La participation au rôle de garde devrait être volontaire, la garde publique devrait être assurée par des professionnels de la garde (//SOS Médecin), et être considérée comme un service public.

A.Van dergeeten MG, 38 ans ,Ligny (contact téléphonique pour invitation à réunion de réflexion) :dans notre groupe de garde, nous sommes 8 médecins, dont 2 seulement ont moins de 40 ans et 3 ont la soixantaine...si de jeunes médecins ne viennent pas s'installer rapidement, nous ne savons pas comment nous pourrions encore organiser la garde quand les plus âgés prendront leur retraite ou décideront de ne plus faire de garde. Certaines associations engagent des assistants ou des BMA pour faire des gardes...nous, nous n'avons pas les moyens de les rémunérer autrement que par leurs prestations.

J.Laperche: Il y a 1 médecin de garde pour 10 000 habitants (parfois 30 000 habitant en comptant les vacanciers !). Vu la grande étendue du territoire couvert, il n'y a pas de possibilité en pratique de faire appel au médecin de garde de la zone voisine en cas de « débordement ». Le nombre de médecins exerçant sur l'entité est trop faible pour organiser un système de 2^{ème} ligne de garde.

Réunion de réflexion avec les médecins de Bruxelles: Environ 1/5 des médecins de Bruxelles assurent une garde publique

La plupart des médecins estiment que la médecine générale ne gagne rien à assurer la garde publique : il ne s'agit pas là d'assurer la continuité des soins ; mais de prendre en charge des personnes n'ayant pas de médecin traitant, les pathologies ne diffèrent pas beaucoup des pathologies rencontrées habituellement, il n'y a pas de différence entre les pathologies rencontrées en garde le jour ou la nuit, mais la population est différente: ce sont des gens n'ayant pas de médecin traitant (majorité des personnes entre 20 et 45 ans).

Les médecins estiment qu'il s'agit là d'un service public qui ne relève plus de l'obligation d'assurer la continuité des soins ; mais un service public à organiser par les pouvoirs publics afin d'en assurer le fonctionnement optimal et la sécurité des médecins de garde, càd donner les moyens financiers (secrétariat, voiture de fonction, chauffeur, infrastructure,...).

A noter : des difficultés pour certaines associations de se faire reconnaître comme association organisant un rôle de garde, et donc pour obtenir les honoraires de disponibilité. Le responsable d'un groupe de garde a récemment mis une annonce pour recruter des médecins pour effectuer la garde.

Un médecin a souligné que les problèmes de sécurité jouaient un rôle dans ce problème de recrutement : dans notre groupe, il y a 2 femmes médecins, si jamais une d'elle se faisait agresser, elles ne participeraient plus au rôle de garde...j'aurais alors beaucoup de difficultés à organiser le rôle de garde.

Réunion de réflexion avec les médecins de Wallonie

Les différents cercles et associations de médecins généralistes ont tous rencontré un ***problème de recrutement, une crise de volontariat*** pour les gardes : les médecins ne sont plus intéressés par les gardes, il y a un réel malaise sur le terrain (lourdeur de la garde de 48h d'affilées, exigences des patients disproportionnées à la gravité médicale du cas, médecins trop peu nombreux dans certaines régions, territoire à couvrir important, agressions, désir des médecins d'avoir une qualité de vie, médecins âgés ou ayant des problèmes de santé,...).

L'organisation des rôles de garde a demandé une réflexion en termes de sécurité, souplesse, flexibilité et professionnalisme.

- Un médecin nous a rapporté :... données à enregistrer, tâches réparties par secteur et selon les intérêts de chacun : un groupe a choisi d'enregistrer les données épidémiologiques afin de voir pour quels motifs ils étaient appelés en garde....(le résultat les a découragés : ils étaient très peu appelés pour de vraies urgences !)

Tous soulignent ***la nécessité d'une collaboration des pouvoirs politiques*** de la ville ou de la province pour promouvoir et soutenir les services de garde de médecine générale : subsides pour la création de cabinet ou maison de garde, d'un télésecrétariat, pour la promotion de numéro d'appel unique, pour favoriser la collaboration avec les hôpitaux,... (surtout en ville), mise à la disposition des médecins d'un véhicule d'intervention reconnaissable, équipé pour les urgences, projet pilote de garde étendue (médecins payés pour assurer la garde la nuit),....

A partir du moment où la garde médicale est un service public, le pouvoir politique doit lui donner les moyens d'assurer sa mission.

Ils ont également exprimé une crainte face à une généralisation des cabinets de consultation de WE :

En ville, les cabinets de garde ou les maisons de garde sont bien perçus par les médecins ...et par les patients .Mais ces cabinets de consultation ouverts le WE augmentent l'aspect « shopping » par rapport aux exigences des patients, qui en profitent alors pour régler le WE, les problèmes non urgents qui pourraient être réglés en consultation de semaine chez leur médecin traitant.

Voici quelques exemples concrets, du vécu :

1) Expérience personnelle : j'ai travaillé pendant 7 ans au Centre Médical Malou, petit dispensaire de soins urgents situé à Woluwe Saint Lambert ; le samedi matin, un nombre important (environ $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{3}$) de patients venaient pour des soins non urgents, de confort : prescription de médicaments, vaccination, certificat d'aptitude à la pratique d'un sport, avis sur leur dossier médical, problèmes médicaux apparus plusieurs jours ou semaine avant ...ce centre a assuré une permanence la nuit : les patients venaient consulter le soir ou la nuit, par confort, facilité : mal de gorge ou ongle incarné avant un départ en vacance le lendemain matin, enlèvement de points de suture,...)

2) Un assistant en médecine générale m'a raconté un de ses WE de garde :

- La nuit de samedi à dimanche, il avait été appelé pour une prescription de médicament...le patient avait pris son dernier comprimé au souper (vers 18h), il s'agissait d'un traitement chronique, il a préféré appelé le médecin de garde la nuit !
- La nuit de dimanche à lundi, il avait été appelé à 5h du matin par un patient qui était en arrêt de travail pour maladie jusqu'au dimanche inclus, il ne se sentait pas suffisamment bien pour reprendre le travail le lundi matin, il a donc appelé le médecin de garde plutôt que de se rendre à la consultation de son médecin traitant le lundi matin !

En conclusion, les problèmes de recrutement sont liés :

- à une pénurie de médecins dans certaines régions
- à un malaise suite à la lourdeur de la garde et au désir de qualité de vie des médecins

- à un désintérêt des médecins pour la garde suite au recours abusifs à ce service par les patients
- à un problème de financement
- aux problèmes de sécurité

G.Bruwier : Les problèmes de sécurité sont toujours passés sous silence, or une étude a recensé plus de 300 formulaires d'agression ! Les données à enregistrer devraient également concerner la sécurité des médecins :

- nombre d'agressions verbales
- nombre d'agressions physiques
- nombre de menaces
- nombre de non paiement

Avant toute chose, il est important d'assurer la sécurité et le financement des médecins assurant la garde.

M.Jamouille : L'organisation des gardes par la Société de Médecine de Charleroi a été logiquement vers une structuration centralisatrice plus à même de répondre aux besoins de couvrir le rôle de garde. Les agressions des médecins, devenues fréquentes ces dernières années, ont justifié la disparition de la publication du nom de médecin de garde dans la gazette locale.