



Wanneer zorg niet planbaar is

Toekomstvisie op de dringende geneeskundige hulpverlening
en de spoeddiensten

zorgnet

ICURO

Colofon: **Redactie:** dr. Hilde De Nutte, dr. Johan Pauwels, Frank Lippens

Eindredactie: Lieve Dhaene, Deborah Schollaert

Met dank aan: Peter Degadt, dr. Marc Geboers, prof. dr. Johan Kips, dr. Koen Steel

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2016/12607/3

ISBN 9789491323232

2016©Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/ of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als: De Nutte, Hilde e.a. *Wanneer zorg niet planbaar is. Toekomstvisie op de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

Wanneer zorg niet planbaar is

Toekomstvisie op de dringende geneeskundige hulpverlening
en de spoeddiensten



Inhoud

Woord vooraf	5
Deel 1. Dringende geneeskundige hulpverlening	6
1. Huidige toestand: versnippering	7
2. Aanbevelingen voor een hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening	8
> Eén telefonische toegangspoort voor de hulpvraag	8
> Eén pretriage-instrument	10
> Eén oproepcentrale	11
> De zorgbehoefte bepaalt de keuze voor de uit te sturen equipe	11
> De zorgbehoefte bepaalt de locatie waarnaar de patiënt wordt vervoerd	12
> Reorganisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten zijn met elkaar verbonden	16
> Reorganisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en de initiatieven 1733 zijn met elkaar verbonden	16
> Afstemming met het niet-dringend liggend ziekenvervoer	16
Deel 2. Spoeddiensten	18
1. Methodologie	19
2. SWOT-analyses ziekenhuizen	19
> Sterktes	19
> Zwaktes	19
> Opportuniteiten	20
> Bedreigingen	20
3. Literatuurinzichten	22
> Triage optimaliseren	22
> Niet-planbare zorg op het juiste echelon	23
> Overbevolking op de spoeddiensten	25
> KCE-rapport: Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming	25
4. Aanbevelingen Zorgnet-Icuro voor een hervorming van de spoeddiensten	28
> Veralgemening van de triagefunctie in het horizontaal netwerk	28
> Creatie van de randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsenkringen en ziekenhuisartsen in horizontale netwerken	28
> Faciliteren van de werkafspraken tussen huisartsen(wachtposten) en spoed, waarbij de zorgbehoefte primeert	29
> Aangepaste financiering	30
> Uitbouw van traumacentra	30
> Reorganisatie van de spoeddiensten	30
> Educatie van de burger	31
Conclusies	33
Bijlage: gehanteerde terminologie	34

Woord vooraf

Minister De Block noemt in haar algemene beleidsnota gezondheidszorg¹ zowel de dringende geneeskundige hulpverlening als de spoeddiensten als een van haar belangrijke aandachtspunten. Ze kondigt maatregelen aan die patiënten ertoe moeten aanzetten om bij een dringende zorgvraag eerst beroep te doen op een wachtdienst van huisartsen. Er zullen initiatieven genomen worden om met alle betrokken instanties te komen tot een actualisering van de organisatie, tarifiering en terugbetaling van het dringend ziekenvervoer. Ook de coördinatie met het niet-dringend liggend ziekenvervoer in overleg met de Gemeenschappen is voorzien.

Minister De Block heeft de Nationale Raad Dringende Geneeskundige Hulpverlening (NRDGH) om advies gevraagd in verband met de programmatie en financiering van de 112-ziekenwagens, PIT's en MUG's binnen een globale visie over de dringende geneeskundige hulpverlening. In maart 2016 publiceerde het KCE een rapport m.b.t. de organisatie en financiering van de spoeddiensten in België.

In het kader van deze op handen zijnde "financiële" sturing wil Zorgnet-Icuro een proactief standpunt formuleren dat vertrekt vanuit een optimale organisatie van zorg voor de patiënt. We willen wijzen op de mogelijke synergiekosten die – zonder lineaire besparingen en binnen een strikt budgettair kader – een betere zorg mogelijk maken. Het is immers aangetoond dat de toename van het gebruik van de spoeddiensten voor een groot deel te wijten is aan een continuïteitsprobleem van de eerste lijn.² Een performante eerste lijn die structureel samenwerkt met de tweede lijn is dan ook cruciaal om de kosten onder controle te houden.

Op basis van een SWOT-bevraging i.v.m. de spoedopnames bij de Vlaamse ziekenhuizen, van een trendanalyse in de internationale literatuur en na verschillende aftoetsmomenten met de ziekenhuisdirecties en andere stakeholders, zoals o.a. de urgentisten, stellen we onze beleidsprioriteiten voor.

Dr. Marc Geboers
Directeur algemene ziekenhuizen

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

¹ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers. 2014. *Algemene Beleidsnota. Gezondheidszorg*. (Doc. 54 0588/007, 14). Brussel: Kamer van Volksvertegenwoordigers.

² Purdy, S., *Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say?*, The Kings fund 2010. <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf>



DEEL 1
DRINGENDE GENEESKUNDIGE
HULPVERLENING

1. Huidige toestand: versnippering

Het aanbod dringende geneeskundige hulpverlening is momenteel sterk versnipperd. Wanneer patiënten een dringende medische vraag hebben, hebben ze een waaier aan mogelijkheden en weten ze niet goed hoe een keuze te maken. Patiënten kunnen:

- > Het noodnummer 112 bellen;
- > Rechtstreeks naar een spoeddienst gaan;
- > De huisarts van wacht bellen (via zijn persoonlijk nummer of via een centraal nummer voor de (plaatselijke) wachtdienst of via 1733, het nummer voor de wachtdienst van de huisartsen);
- > Naar de huisartsenwachtpost gaan;
- > Wachten tot men terecht kan bij de eigen huisarts.

Er zijn verschillende factoren die de keuze beïnvloeden. Die kunnen te maken hebben met de patiënt: bepalend zijn het opleidingsniveau, de sociaal-economische status, de gezinssituatie (alleenstaand of niet), onvoldoende kennis over alternatieven (bv. allochtonen hebben onvoldoende kennis van het bestaan van de eerste lijn), het al of niet hebben van een vaste huisarts (GMD), het verwachtingspatroon inzake wachttijden, lokale gewoonten (Vlaanderen, Brussel, Wallonië...). Ook de ervaringen uit het verleden (diagnose en behandeling) spelen een rol. Bepalend is ook de manier waarop de dringendheid van een probleem door de patiënt gepercipieerd wordt. Patiënten kunnen vaak niet zelf inschatten hoe dringend een probleem is. Patiënten met complexe en/of zeldzame ziekten zullen zich sneller naar de spoeddienst van het ziekenhuis begeven waar ze behandeld worden.

Daarnaast spelen er factoren die gerelateerd zijn aan de manier waarop de zorg georganiseerd is. De perceptie dat zorg gratis is, kan een rol spelen. Er is geen echelonnering in ons zorgsysteem ingebouwd en spoeddiensten en wachtposten zijn zeer toegankelijk. Techniciteit en specialistische zorg stimuleren bovendien het gebruik van de spoeddienst. Ook artsen maken keuzes voor een bepaald toegangskanaal. Hier kunnen factoren spelen zoals het zelf niet beschikbaar zijn, gemakkelijke oplossingen voor tijdrovende en complexe situaties, gemakzucht...

Verschiedende hulpmiddelen worden dus geactiveerd afhankelijk van tot wie de patiënt zich richt en welk kanaal hij hiervoor gebruikt. Het resultaat hiervan is dat spoedopnames een dubbele functie vervullen: naast opvang van urgente pathologie vormen zij ook een globaal aanspreekpunt voor niet geplande zorg.

In verschillende regio's in Vlaanderen willen jonge huisartsen wel huisartsenwachtposten oprichten, maar worden ze geconfronteerd met ouder wordende collega's waardoor de haalbaarheid van een dergelijke huisartsenwachtpost in het gedrang komt. Uit het verrijkt kadaster, dat gegevens bevat van alle actieve artsen in de periode 2004-2012³ blijkt immers dat de verdeling per leeftijd van de actieve huisartsen zorgwekkend is: zo is 9,9% van de actieve artsen ouder dan 65 jaar en is de meerderheid van de actieven (62,0%) tussen 45 en 64 jaar. De groep jonger dan 45 jaar is maar goed voor 28,1% van de totale arbeidskrachten. Naast een aantal andere maatregelen is het ook noodzakelijk op zoek te gaan naar oplossingen om de aantrekkelijkheid van het beroep te verhogen én de continuïteit in de zorgverstrekking voor de bevolking te blijven garanderen.

³ Syntheserapport *Artsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012*. Resultaten van gegevenskoppeling Plan Cad, Werkgroep Artsen van de Planningscommissie – Medisch Aanbod en Cel Planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen, FOD Volksgezondheid, mei 2015.

2. Aanbevelingen voor een hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening

De uitdaging voor de toekomstige organisatie van de niet-geplande zorg is een betere formulering van de **zorgvraag** zodat een duidelijker onderscheid gemaakt wordt tussen echt spoedeisende pathologie en minder urgente aandoeningen. In functie hiervan kan het juiste kanaal en/of vervoermiddel aangeboden worden. Dringend vervoer zou de laatste optie in de ketting van een zorgvraag moeten zijn. De patiënt zelf speelt hierin een cruciale rol, maar moet hierop voorbereid worden. Preventie en voorlichting zijn met andere woorden kritische succesfactoren. Die visie dient ondersteund te worden door een passend organisatiemodel, gebaseerd op de volgende principes.

Eén telefonische toegangspoort voor de hulpvraag

Voor de patiënt moet het duidelijk zijn waar hij terecht kan met zijn hulpvraag. Daarom wordt er best één toegangspoort gecreëerd. Zoals hierboven al aangehaald zijn er momenteel parallelle circuits:

- > Ofwel doet de patiënt beroep op een **huisarts** (via zijn persoonlijk oproepnummer, via een centraal nummer voor de lokale wachtdienst buiten de kantooruren, of via 1733, het eenvormig oproepnummer voor de huisarts). De patiënt bepaalt zelf tot wie hij zich richt en de triage gebeurt door huisarts/secretariaat, niet op basis van protocollen maar op basis van 'aanvoelen'. Dit kanaal leidt tot een consultatie in de eigen praktijk, de praktijk van de huisarts van wacht, in de huisartsenwachtpost of tot een huisbezoek bij de patiënt.
- > Ofwel belt de patiënt het **hulpcentrum 112/100 (HC 112/100)**. Er gebeurt een telefonische triage door de aangestelde van het HC 100, op basis van de protocollen van de Belgische Handleiding Medische Regulatie (BHMR)⁴. Dit leidt tot de inschakeling van een ziekenwagen of ziekenwagen met MUG, PIT, MUG of een combinatie hiervan.

Naast de telefonische toegangspoort begeeft een groot aantal patiënten zich op eigen initiatief rechtstreeks naar de huisarts (van wacht) of de huisartsenwachtpost, of meldt zich rechtstreeks aan bij de spoeddienst.

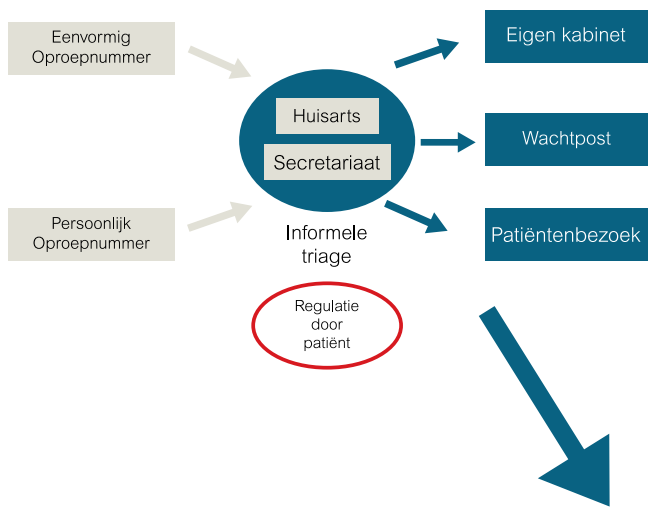
Zorgnet-Icuro stelt voor om de zorgvraag van de patiënten te centraliseren via **één telefonische toegangspoort** (met één nummer). Wanneer patiënten bellen naar de 1733 of 112 en een zorgvraag formuleren, dient er via een degelijke bevraging beoordeeld te worden of hun vraag al dan niet dringend is. Hiervoor dienen geïntegreerde regulatieprotocollen (1733 -112) te worden uitgewerkt. Op basis van precieze criteria en medisch gevalideerde algoritmes kunnen de operatoren van de telefooncentrale de zorgvraag beoordelen en bepalen welke acties moeten worden genomen en welk vervoer dient te worden ingezet. Naast de inzet van een ziekenwagen, transport met medische en/of paramedische begeleiding, moet ook de huisarts ter plaatse gestuurd kunnen worden. Daarnaast moet ook verwijzing naar de huisartsenwachtpost en zelfs uitstel van zorg mogelijk zijn. Rechtstreekse aanmelding bij de huisarts van wacht, huisartsenwachtpost of spoedopnamedienst blijft echter mogelijk, maar de patiënt zal eerst via dezelfde protocollen getrieerd worden.

⁴ BHMR = Belgische Handleiding Medische Regulatie: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@crisis/documents/ie2divers/13636527.pdf>

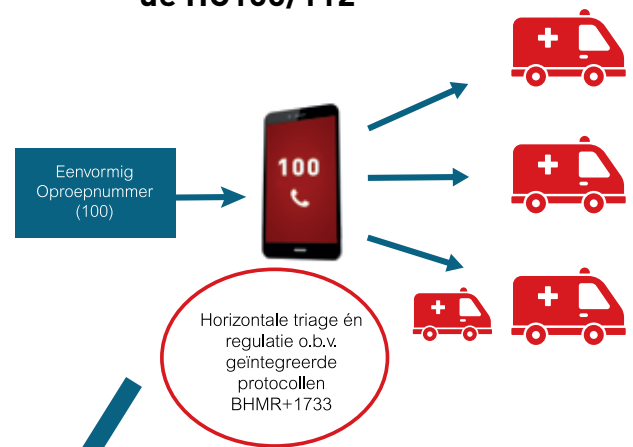
Om tot een efficiënte zorgverlening te komen en shopping te vermijden, zijn interacties en afspraken nodig tussen de verschillende zorgactoren. In de nieuwe protocollen wordt ook de mogelijkheid van uitstel van zorg via verwijzing naar de GMD-houdende arts en zelfzorg voorzien. Zo kan bijvoorbeeld bij een allergische reactie, die zich beperkt tot jeuk of een huiduitslag die al meer dan 24 uur aanwezig is, het advies gegeven worden de GMD-houdende huisarts op te zoeken, terwijl bij een insectenbeet op de tong bij een allergisch persoon bijvoorbeeld een (para)medisch begeleid transport kan worden ingeschakeld. Om een dergelijke reorganisatie te laten slagen is een mentaliteitswijziging nodig. Het zal absoluut noodzakelijk zijn hieraan een informatie- en sensibilisatiecampagne voor de burger te koppelen.

Schematisch ziet de omschakeling er zo uit:

“As is” bij de huisarts



“As is” in parallel bij de HC100/112



Toekomstige organisatie



Eén pretriage-instrument

De inschakeling van de huisarts als volwaardig element in het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening impliceert dat een gezamenlijk pretriage-instrument dient te worden uitgewerkt. Dat is enkel mogelijk mits herziening van de protocollen van het *Belgisch Handboek voor Medische Regulatie* (BHMR).

De Universiteit Antwerpen voert momenteel een wetenschappelijk onderzoek naar de haalbaarheid, risico's en voorwaarden voor een integratie van de triage en regulatie van de oproepen voor de huisartsenwachtdienst in de medische dispatching van de 112-hulpcentrale. Zij baseren zich hiervoor op geïntegreerde 112/1733 protocollen opgemaakt door een multidisciplinaire werkgroep. De bestaande huisartsprotocollen en de protocollen van het BHMR werden herwerkt tot één gezamenlijk protocol. Hierin is de huisarts naast de ziekenwagen, MUG en PIT een van de middelen die kunnen worden ingeschakeld. Deze protocollen worden vanaf april 2016 gedurende zes maanden virtueel uitgetest in een *dry-run* fase in de regio Tienen-Leuven, met de medewerking van de twee lokale huisartsenkringen, de ziekenhuizen van Leuven en Tienen en de 112-hulpcentrale Vlaams-Brabant. Tijdens deze *dry-run* fase worden alle 112-oproepen in de HC112 getrieerd op basis van de nieuwe protocollen *in real time* en 24/7 maar gereguleerd volgens de bestaande 112-regulatiegids zodat er op de werkvloer niets wijzigt. Alle 1733-oproepen worden geregistreerd door de *walk in* patiënten in de huisartsenwachtposten, de spoeddiensten en de HA-praktijken eenzelfde triage te laten ondergaan. Hun zorgtraject blijft echter onveranderd zodat ook hier op de werkvloer niets wijzigt. Een 1733-researcher assisteert hierbij op de werkvloer. Men kijkt dus louter theoretisch welk resultaat deze nieuwe protocollen zouden geven indien ze zouden worden toegepast. Men past echter nog steeds de oude protocollen toe waardoor een vergelijking mogelijk is.

Eens deze nieuwe protocollen gevalideerd zijn, kunnen ze gebruikt worden als gezamenlijk triage- en regulatie-instrument voor zowel de telefonische als de fysieke triage op de huisartsenwachtpost en de spoedopname. Alle zorgverstrekkers hanteren een protocol waarbij eenzelfde classificatiesysteem wordt toegepast, en dit om het even waar de patiënt terecht komt. Dat betekent ook dat er een communicatiekanaal moet worden gecreëerd, waarbij de triagebeslissing geregistreerd wordt en door de verschillende actoren kan worden geraadpleegd. Bij voorkeur worden hiervoor elektronische oplossingen via e-Health gecreëerd. Zo moet de spoedopname op de hoogte zijn van de triagebeslissing wanneer een patiënt, die via de oproepcentrale het advies gekregen heeft een huisarts op te zoeken, zich aanmeldt op de spoedopname. Dat wil echter niet zeggen dat heroriëntatie in functie van de symptomen niet mogelijk zou zijn.

Bij de keuze van een dergelijk gezamenlijk pretriage-instrument zal intensieve opleiding van de *calltakers* noodzakelijk zijn om de telefonische triage op een kwaliteitsvolle manier te laten verlopen en het risico op ondertriage tot een minimum te herleiden. In die zin heeft de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening recent nog gepleit om van de medische *calltaker* en/of *dispatcher* een echt beroep te maken met een specifieke opleiding. In Nederland gebruiken alle actoren in de gezondheidszorg vandaag hetzelfde triagesysteem (NTS).⁵ Dat heeft een zeer positieve invloed op de juiste keuze van de middelen die worden ingezet.

⁵ <http://de-nts.nl/>

Eén oproepcentrale

Een gezamenlijke toegangspoort en pretriage impliceren een volwaardige medische oproepcentrale met voldoende gekwalificeerd personeel. Pilotprojecten zoals in Leuven-Tienen⁶ kunnen richtinggevend zijn voor de bepaling van de optimale grootte en bestaffing van de medische oproepcentrale. Momenteel wordt de 112-hulpcentrale aangestuurd vanuit zowel de FOD Volksgezondheid als de FOD Binnenlandse Zaken. Door de integratie van de 1733-oproepen met de 112-centrale zal de complexiteit toenemen. Een grondige reorganisatie zal nodig zijn om te komen tot een volwaardige medische meldkamer. De multidisciplinaire werking, voornamelijk de samenwerking tussen brandweer, politie en de medische discipline, blijft belangrijk. De medische dispatching moet echter ook volwaardig worden uitgebouwd. Als de 1733-oproepen volledig geïntegreerd worden in de de 112-centrale, en de huisartsen als volwaardige schakel kunnen worden uitgestuurd, betekent dat een extra belasting voor de meldkamers. Bestaffing en technologie (ICT) zullen moeten worden aangepast.

De zorgbehoefte bepaalt de keuze voor de uit te sturen equipe

Op basis van het *Belgisch Handboek Medische Regulatie* (BHMR) bepaalt de aangestelde van het Hulpcentrum 100 welk voertuig uitgestuurd wordt. Momenteel worden de voertuigen uitgestuurd met een standaard vastgelegde bestaffing: twee ambulanciers voor de ziekenwagen, één ambulancier en één verpleegkundige met een bijzondere beroepstitel spoedgevallen zorg en intensieve zorgen (BBT) voor de PIT en één verpleegkundige met BBT en een spoedarts bij de MUG. In het toekomstige model moet de zorgbehoefte bepalen welke equipe, met welke kwalificaties, er wordt uitgestuurd. Dat maakt een meer flexibele inzet van de equipes mogelijk in functie van de beschikbaarheid van de middelen in een bepaalde regio. De vraag kan immers gesteld worden of de MUG-teams in bepaalde gevallen kunnen worden vervangen door PIT-teams met een verpleegkundige met een BBT en een ambulancier. Die ambulanciers dienen dan uitgebreider opgeleid te worden in o.a. ALS⁷ (de zogenaamde *paramedic*). Uitgebreidere studies en pilotprojecten moeten uitwijzen in welke situaties dat mogelijk kan zijn.

Spoedartsen zijn immers schaars. De resultaten van het verrijkt artsenkadaster (PlanCad Artsen 2004 – 2012) tonen aan dat het aantal spoedartsen (urgentie-artsen en geneesherenspecialisten in de acute geneeskunde), met name 1000 VTE voor België, onvoldoende is om alle wachtdiensten 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 te kunnen bedienen zonder een beroep te doen op andere artsen (ziekenhuisspecialisten of huisartsen). Het is daarom aan te bevelen spoedartsen daar in te zetten waar hun aanwezigheid het meest bepalend is voor de *outcome*. De noodzaak om een spoedarts mee te sturen dient te worden afgewogen tegenover zijn aanwezigheid op spoed. Het huidige wetgevende kader laat dit echter niet toe. Een aanpassing van de wetgeving zal noodzakelijk zijn, waarbij op basis van triage kan worden bepaald of er al dan niet een arts wordt meegestuurd.

Uit een vergelijkende studie⁸ tussen de Duitse en Nederlandse traumateams blijkt het verschil tussen de al dan niet aanwezigheid van een spoedarts voor de status van de patiënt bij aankomst in het ziekenhuis niet relevant. Bij de Duitse traumateams worden zowel een urgentie-arts als een urgentieverpleegkundige meegestuurd, bij de Nederlandse trauma-

⁶ Pilotproject 1733 Leuven-Tienen: De haalbaarheid, de risico's en de voorwaarden voor een integratie van triage én regulatie van de oproepen voor de huisartsenwachtdienst binnen de medische dispatching van de HC112.

⁷ ALS: Advanced Life Support: gespecialiseerde reanimatie.

⁸ Timm, A. 2014. "Pre-hospital rescue times and actions in severe trauma. A comparison between two trauma systems: German and The Netherlands". *Injury, Int. J. Care Injured*.

teams enkel een urgentieverpleegkundige. De urgentie-artsen⁹ stellen zelf dat het grootste deel van de MUG-oproepen (80 of 90%) kan worden opgevangen door een PIT met een goed opgeleide verpleegkundige BBT. Maar ook de urgentieverpleegkundigen of verpleegkundigen met een BBT spoed en IZ zijn schaars en het is ook onduidelijk hoe de zaken verder zullen evolueren nu er grondige wijzigingen op til zijn voor de basisopleiding verpleegkundige.

De zorgbehoefte bepaalt de locatie waarnaar de patiënt wordt vervoerd

Het uitgangspunt is dat elke patiënt dezelfde gespecialiseerde en kwaliteitsvolle zorg moet kunnen ontvangen, onafhankelijk van de plaats waar hij zich bevindt. Hiervoor dienen regionale ziekenhuisnetwerken te worden uitgebouwd die voor elke burger een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg garanderen. Dat houdt in dat per "zorggebied" binnen een welbepaalde afstand en/of aanrijtijd voor elke patiënt een minimum aantal diensten beschikbaar moet zijn. Die afstanden en/of aanrijtijden zijn pathologie-afhankelijk.¹⁰

Voor de bepaling van het dienstverleningsniveau van de dringende geneeskundige hulpverlening dienen de **tijdskritische pathologieën** in rekening gebracht te worden (*time critical illness*).¹¹ Voor tijdskritische pathologieën is het tijdstip tussen het zich voordoen van de aandoening en de opstart van de correcte behandeling in het ziekenhuis bepalend voor mortaliteit en morbiditeit. Bij die pathologieën moet meteen de inzet van de juiste middelen bepaald worden. Daarbij kan worden afgeweken van de regel om in antwoord op een 112-oproep de patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg (FGS) te vervoeren, om van daar - al of niet na bijkomende evaluatie (cfr. STEMI-netwerken) - te worden doorverwezen naar een gespecialiseerd centrum (met onnodig tijdsverlies als gevolg).

De volgende aandoeningen worden in de literatuur als tijdskritisch beschouwd:

- > Hartstilstand (OHCA)¹²
- > Beroerte (CVA)¹³
- > Hartinfarct (AMI/STEMI)¹⁴
- > Sepsis/septische shock
- > Polytraumata

Voor deze pathologieën is het noodzakelijk achterliggend aanbod in het ziekenhuis bepalend om de optimale zorg te kunnen verlenen. Dit aanbod heeft een positieve invloed op de overlevingskans van deze aandoeningen.¹⁵ Het gaat over de volgende faciliteiten:

Hartstilstand¹⁶

- > Mogelijkheid om hypothermie toe te passen;
- > Aanwezigheid van bedden intensieve zorgen op de ziekenhuiscampus;
- > Aanwezigheid van een B2-centrum (interventionele cardiologie) op de ziekenhuiscampus.

⁹ Vergadering urgentie-artsen.Zorgnet-Icuro, 22/06/2015 en 29/06/2015.

¹⁰ Kips, J. 2015. *Regionale ziekenhuisnetwerken*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

¹¹ Carr, B.G. 2010. "Regionalized care for time-critical conditions: lessons learned from existing networks". *Academic Emergency Medicine*.

¹² OHCA: Out of Hospital Cardiac Arrest.

¹³ CVA: Cerebrovasculair accident.

¹⁴ AMI/STEMI: Acuut Myocardinfarct/ ST-elevation myocardial infarction.

¹⁵ Rama, A. 2014. *Access tot care for patients with time-sensitive conditions in Pennsylvania*. *Annals of Emergency Medicine*.

¹⁶ Bryn, E. 2014. "Availability and Utilization of Cardiac Resuscitation Centers". *Mumma, MD,MAS. Western Journal of Medicine*.

CVA

- > Aanwezigheid van een stroke-unit met mogelijkheid tot trombolysen binnen ten laatste 4 à 5u vanaf tijdstip onset symptoom tot trombolysen (volgens het KCE binnen de 2 uur¹⁷);
- > Samenwerking met een S2-centrum (zorgprogramma acute beroertezorg met invasieve procedures)¹⁸, waar trombectomie kan worden uitgevoerd. De criteria voor een S2-centrum zijn o.a. beschikbaarheid van een angiozaal, interventionele neuro-radiologie, intensieve-zorgenbedden, permanenties neurologie, neurochirurgie en endovasculaire chirurgie.

De triage gebeurt best zo vroeg mogelijk zodat de patiënt zo snel mogelijk wordt opgevangen in de juiste infrastructuur.

AMI/STEMI¹⁹

- > Mogelijkheid tot coronaire revascularisatie: *door to balloon* 90 minuten²⁰;
- > Aanwezigheid van bedden intensieve zorgen op de ziekenhuiscampus;
- > STEMI-netwerk²¹: een zorgcircuit met samenwerking (o.a. telegeneeskunde) tussen enerzijds de prehospitalaalsituatie met de dispatchers, huisartsen, MUG en PIT, en vanuit spoedopname met urgentie-artsen en cardiologen met een B2-centrum (interventionele cardiologie).

Sepsis/septische shock

- > Aanbod van doelgerichte antibiotherapie in het ziekenhuis;
- > Aanwezigheid van bedden intensieve zorg op de ziekenhuiscampus.

Polytraumata

Voor polytraumata is het *golden hour* van belang.²² Vooral patiënten met neurotraumata en patiënten met majeure traumata (zoals bekkenfracturen en lever- en miltletsels) gecombineerd met hypotensie²³ en hemorragische shock moeten zo snel mogelijk worden getransporteerd naar het ziekenhuis en binnen de 60 minuten na het trauma in het operatiekwartier worden behandeld. Tal van studies onderschrijven de noodzaak om de spoeddiensten in te delen op basis van hun mogelijkheden en de patiënten meteen naar een geschikt niveau te sturen om optimale resultaten te bekomen.²⁴ Zo is de outcome zowel inzake overleving als

¹⁷ Michiels, D., Sun, Y., Thijs, V., Saka Rasit, O., Hemelsoet, D., Eyssen, M., Paulus, D. *Stroke units: Doeltreffendheid en kwaliteitsindicatoren Health Services Research (HSR) (KCE Report 181A. D/2012/10.273/41)*. Brussel: KCE.

¹⁸ KB van 19-4-2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's 'beroertezorg' moeten voldoen om erkend te worden.

¹⁹ AMI: acuut myocardinfarct; STEMI: acuut myocardinfarct met ST-elevatie.

²⁰ STEMI Guideline. Data-driven Recommendations. 2013; AHA (American heart Association): "Door-to-balloon: The interval starts with the patient's arrival in the emergency department, and ends when a catheter guidewire crosses the culprit lesion in the cardiac cath lab. Because of the adage that "time is muscle", meaning that delays in treating a myocardial infarction increase the likelihood and amount of cardiac muscle damage due to localised hypoxia,[1][2][3][4] ACC/AHA guidelines recommend a door-to-balloon interval of no more than 90 minutes".

²¹ KB van 12/6/2012 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'cardiale pathologie'.

²² Adams Cowley, R.: "Victim's chances of survival are greatest if they receive definitive care in the OR within the first hour after a severe injury".

²³ Harmsen, A.M.K. 2015. "The influence of prehospital time on trauma patients outcome: a systematic review". *Injury, Int. J. Care Injured*.

²⁴ Sampalis, J. et al. 1995. "Trauma center designation : initial impact on trauma-related mortality". *J Trauma*: 39:232-239; Baker, CC. et al. 1985. "Impact of trauma service on trauma care in a university hospital". *Am J Surg*:149:453-458.

inzake morbiditeit voor een aantal ernstige multipale verwondingen beduidend beter in level I traumacentra dan in de andere levels en dit onafhankelijk van de behaalde volumes.²⁵ Ook het KCE plant een studie over de effectiviteit van traumacentra en de noodzakelijke criteria voor de organisatie ervan.

De definitie van een polytrauma wordt duidelijk omschreven in een internationaal consensus-artikel van Hans-Christoph Pape²⁶: *Significant injuries of three or more points in two or more different anatomic AIS²⁷ regions in conjunction with one or more additional variables from the five physiologic parameters.*

De vijf fysiologische parameters zijn de volgende:

1. Hypotensie (systolische bloeddruk < 90 mm Hg)
2. Bewustzijnsverlies (GCS score < 8)
3. Acidosis (base deficit < 6.0)
4. Coagulopathy (PTT > 40 sec of INR > 1.4)
5. Leeftijd > 70 jaar

Verschillende landen maken al sinds decennia een onderscheid tussen de klassieke spoeddiensten en gespecialiseerde traumacentra. In de VS heeft de vereniging van orthopedisten een systeem van spoeddiensten met vier niveaus uitgewerkt waarbij level I gespecialiseerd is in zware polytraumata ten gevolge van (verkeers)ongevallen en gewelddelicten. Toonaangevende traumacentra zijn onder meer te vinden in de VS (o.a. Baltimore, Seattle, Philadelphia (Children's hospital of Philadelphia)), Oostenrijk (Lorenz Böhlerinstituut) en Duitsland (Unfallkrankenhäuser). Net als de VS beschikt ook Nederland over traumacentra en traumaneetwerken, met een aanzienlijke stijging van de overlevingskansen van zware polytraumapatiënten als gevolg. Zo analyseerden onderzoekers van UMC Utrecht 70.000 traumagevallen in de regio Utrecht. Het onderzoek toonde aan dat na de invoering van de regionale traumazorg met specifieke centra voor de zware polytraumata de sterftেকans met 16% was gedaald²⁸ ten opzichte van de niet-georganiseerde situatie vóór 1999.

In Nederland werden voor polytraumata en acute zorg in het algemeen goede afspraken gemaakt. Het betreft 2500 meervoudig gewonden per jaar (5% van het totaal aantal gewonden).²⁹ Daartoe werd een landelijk netwerk acute zorg geïnstalleerd.³⁰ Dat bestaat uit drie specifieke componenten: traumazorg, acute zorg en gezamenlijke opleiding en oefeningen. De uitgangspunten zijn de volgende: "De kwaliteit van de acute zorgketen wordt bepaald door de mate waarin zorgaanbieders met elkaar samenwerken, elkaar informeren en van elkaars expertise en handelen op de hoogte zijn. Daarom maken de aanbieders van acute zorg in een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) afspraken over een betere samenwerking. Ketenpartners als ziekenhuizen, ambulancehulpverlening, huisartsen, verloskundigen, GGZ³¹, GHOR³² en GGD³³ zijn binnen het ROAZ met elkaar verbonden. Zij werken samen aan verbetertrajecten om acute zorgketens verder te stroomlijnen. Zo draagt het ROAZ bij aan continue verbetering van kwaliteit en bereikbaarheid van

²⁵ Demetriades, D. 2005. "The Effect of Trauma Center Designation and Trauma Volume on Outcome in Specific Severe Injuries". *Ann Surg*:Vol 242 (4): 512-519.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1402347/pdf/20051000s00006p512.pdf>

²⁶ Pape, H-C. MD et al. 2014. "The definition of polytraumata revisited: an international consensus process and proposal of the new 'Berlin definition'". *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*.

²⁷ AIS: Abbreviated Injury Scale: <http://www.aaam.org/about-ais.html>

²⁸ Twijnstra, MJ. 2010. "Regional Trauma System Reduces Mortality and Changes Admission Rates: A Before and After Study". *Annals of Surgery*: 251 (2): 339-343.

²⁹ Lansink et al. 2013. "History, development and future of trauma care for multiple injured patients in the Netherlands". *J Trauma Emerg Med*: 39:3.

³⁰ www.lnaz.nl

³¹ Geestelijke gezondheidszorg.

³² Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio

³³ Gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst

acute zorg. Het traumazorgnetwerk vormde hierbij een voorbeeldfunctie voor andere netwerken in de acute zorg.”

De 11 Nederlandse traumacentra hebben daarin een belangrijke regiefunctie.³⁴ Hun taken: “Traumacentra spelen een hoofdrol in het samenwerkingsverband tussen hulpverleners en instanties die betrokken zijn bij de acute zorg. Ze maken afspraken over samenwerking met alle partijen die een rol vervullen bij de hulp aan slachtoffers van ongevallen en zorgen voor een optimaal ingericht traumazorgnetwerk. De regiefunctie die het traumacentrum daarbij heeft, houdt onder meer in dat het traumacentrum:

- > 24 uur per dag een groot aantal specialismen beschikbaar heeft om zwaargewonde patiënten optimale zorg te geven;
- > Een traumazorgnetwerk ontwikkelt door samenwerkingsafspraken te maken met alle ketenpartners die binnen de regio een rol spelen bij de hulpverlening aan slachtoffers van ongevallen. Er wordt hierbij specifiek gekeken naar de toewijzing van patiënten aan de juiste ziekenhuizen, afhankelijk van de letselernst;
- > Protocollen en behandelprocedures van de verschillende disciplines op elkaar afstemt;
- > Voorziet in een regionale traumaregistratie van slachtoffers van ongevallen;
- > Kwaliteitscriteria ontwikkelt waarmee de kwaliteit van de traumazorg kan worden gemeten.
- > Afspraken maakt met ziekenhuizen over beschikbare capaciteit.”

Het grote verschil tussen deze internationaal toonaangevende traumacentra³⁵ en de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg die we kennen in de meeste Vlaamse ziekenhuizen is de **permanente beschikbaarheid van de operatiefaciliteiten met een 24 op 24u aanwezige volledige chirurgische en verpleegkundige staf, alsook een 24 op 24u aanwezige intensivist op intensieve zorgen**. De Amerikaanse vereniging van orthopedisten noemt dit “het plannen van het onplanbare”.³⁶ Zo is perfect geweten dat op bv. vrijdagnacht het aantal auto-ongevallen en gewelddelicten piekt.

Het ACS-COT (American College of Surgeons–Committee on Trauma) bepaalde in zijn gids voor optimale zorg voor de traumapatiënt uit 2014 vier levels van traumacentra en legde de criteria per level vast.³⁷ De belangrijkste criteria voor de *high level* traumacentra (level I) zijn:

- > Activatie van het traumateam binnen 15 minuten na aankomst van de patiënt;
- > Urgentie-arts, intensivist, traumachirurg en anesthesist moeten in het ziekenhuis aanwezig zijn;
- > Traumachirurg en verpleegkundige bestaande van het operatiekwartier moeten binnen 15 minuten na aankomst van de patiënt beschikbaar zijn voor opstart van de ingreep;
- > Neurochirurg en orthopedist zijn beschikbaar binnen 30 minuten na oproep;
- > Aanwezigheid van bedden intensieve zorg op de ziekenhuiscampus;
- > 24u op 24 MRI en interventionele radiologie;
- > De beschikbaarheid van cardiale chirurgie, microchirurgie en hemodialyse.

Ook in de Nederlandse vereisten om te voldoen als traumacentrum geldt een 24-uurs aanwezigheid van het intern traumateam, bestaande uit (minimaal) een chirurg met aantoonbare ervaring in de traumatologie, een anesthesist, een radiodiagnost, twee spoedverpleegkundigen en twee laboranten.³⁸ In Nederland wordt momenteel een discussie gevoerd of de elf traumacentra tot vijf kunnen worden herleid.

³⁴ www.traumazorgutrecht.nl/Home?number=85d3c790-405c-4125-82ee-21bbe3a912d5

³⁵ www.youtube.com/watch?v=dHHKE6ahxkU

³⁶ www.traumamaps.org/

³⁷ <https://www.facs.org/quality%20programs/trauma>

³⁸ www.traumazorgutrecht.nl/Home?main=Landelijk

Specifieke pathologieën

Naast de tijdskritische pathologieën zijn er een aantal pathologieën waarvoor een specifieke uitrusting en/of expertise noodzakelijk is en die niet beschikbaar is op elke spoeddienst. We denken bijvoorbeeld aan uitgebreide brandwonden, nood aan hyperbare zuurstof, specifieke pediatrie urgenties... Voor deze pathologieën dienen binnen het "zorggebied" specifieke afspraken m.b.t. opvang, verwijzing en terugverwijzing te worden gemaakt.

Reorganisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten zijn met elkaar verbonden

Indien men voor de tijdskritische pathologieën dezelfde kwaliteitsvolle zorg voor elke patiënt wil garanderen, zijn er twee belangrijke bepalende factoren:

- > Het tijdig bereiken van een ziekenhuis met functie spoedgevallenzorg;
- > Het ziekenhuis waarin de spoeddienst zich bevindt moet beschikken over de achterliggende faciliteiten en infrastructuur voor de behandeling van tijdskritische pathologieën.

Dat betekent dat naast het aanbod van ziekenwagens, MUG en PIT ook de aanwezigheid van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en het daaraan gekoppelde zorgaanbod mee in rekening moet worden genomen bij de reorganisatie van de dringende hulpverlening en zeker m.b.t. de hierboven vermelde vijf tijdskritische pathologieën. De uiteindelijke doelstelling moet zijn dat voor tijdskritische pathologieën zoals CVA en acuut myocardinfarct elke burger binnen de 30 minuten beroep moet kunnen doen op het noodzakelijk zorgaanbod voor een bepaalde pathologie (bv. een B2-centrum voor een acuut myocardinfarct). Binnen elk zorggebied moet een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg over de vereiste infrastructuur kunnen beschikken. Afspraken over het aanbod binnen het zorggebied moeten worden gemaakt in het kader van de regionale ziekenhuisnetwerken. Voor de andere functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg én eerste opvang van spoedgevallen moet verder uitgezocht worden welke hervalorisatie van personeel en infrastructuur noodzakelijk is om de andere urgenties te kunnen opvangen.

Reorganisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en de initiatieven 1733 zijn met elkaar verbonden

Bij de hervorming van de dringende hulpverlening en de programmatie van MUG- en PIT-diensten moet er ook rekening worden gehouden met de reorganisatie van de huisartsenwachtdiensten en -wachtposten met o.a. het gezamenlijk meldpunt 112/1733. Naast de normale middelen (met name ziekenwagens, PIT en/of MUG) kan daarmee ook de mogelijkheid van doorverwijzing naar de huisartsenwachtpost of een huisbezoek door de huisarts van wacht (of zelfs uitgestelde zorg) voorzien worden. Dat zal zeker invloed hebben op beschikbaarheid van de andere middelen voor andere opdrachten (zowel dringend als niet-dringend liggend ziekenvervoer).

Afstemming met het niet-dringend liggend ziekenvervoer

Ten slotte is ook afstemming met het niet-dringend liggend ziekenvervoer en interhospitalvervoer absoluut noodzakelijk. Dit vervoer gebeurt door dezelfde ambulancediensten en vaak wordt er ook gebruik (of misbruik?) gemaakt van het 100/112 systeem. Hiermee wordt dergelijk vervoer deels gefinancierd door publieke middelen die bestemd zijn voor dringend vervoer. Voor het niet-dringend vervoer is binnen de aanvullende ziekteverzekering vaak maar niet altijd een gedeeltelijke financiering voorzien. Het gaat hier over verplaatsingen van en naar het ziekenhuis, binnen de eerste lijn en tussen ziekenhuizen onderling. Door netwerkvorming tussen ziekenhuizen zal het interhospitalvervoer bovendien nog sterk toenemen. Bij de afstemming moet er ook aandacht worden besteed aan transparante

financiële afspraken en kwaliteitsvereisten voor de beide vormen van ziekenvervoer. In die zin is het recent tot stand gekomen protocol (juni 2016) rond de minimum kwaliteitseisen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer een grote stap vooruit.



DEEL 2
SPOEDDIENSTEN

1. Methodologie

In 2015 nodigde Zorgnet-Icuro de Vlaamse ziekenhuizen uit om een SWOT-analyse te doen met betrekking tot hun spoedopnames. Er werd input gevraagd vanuit de medische en verpleegkundige hoek, en gepeild naar de visie van de algemene directie. Belangrijke trends uit internationale literatuur werden samen met de bevindingen teruggekoppeld aan de vertegenwoordiger(s) van de ziekenhuizen. Aanvullend werden ook de bevindingen van het KCE-rapport³⁹ met de directies besproken. Op basis hiervan werden beleidsaanbevelingen geformuleerd.

2. SWOT-analyses ziekenhuizen

De SWOT-analyse van de spoedopnames vond plaats in 2015. De steekproef betrof 17% (9/52) van het aantal aangesloten Vlaamse ziekenhuizen en 16% van het totaal aantal Vlaamse ziekenhuizen. De steekproef bevat enkel algemene ziekenhuizen in grootte variërend van 170 tot 650 bedden. Enkele ziekenhuizen meldden dat ze op het moment van de bevraging volop bezig waren met de reorganisatie van hun kritische diensten en daarom geen SWOT konden aanleveren.

Sterktes

De sterkte die door de meeste ziekenhuizen werd aangegeven is de architecturale behuizing en medische uitrusting. Op de tweede plaats komt een goede toegankelijkheid voor *alle* patiënten. Hierbij werd o.a. ook expliciet gewezen op beschikbaarheid voor elders opgenomen chronische patiënten (cf. MS centra, woonzorgcentra...) en patiënten die verblijven in asielcentra, dus ook financiële toegankelijkheid van zorg. Op plaats drie komen een MUG dienst die geïncorporeerd is in de spoedwerking en een goede multidisciplinaire samenwerking met de andere specialisten in het ziekenhuis. Er werd o.a. specifiek gewezen op de goede samenwerking met pediatrie en inwendige geneeskunde. Dit werd gevolgd door meerdere items die telkens door 30% van de ziekenhuizen werden gedeeld, met name:

- > Het beschikken over een goed functionerende triage;
- > Het beschikken over een volwaardige medische en verpleegkundige bestaffing;
- > Het beschikken over goed opgeleid gespecialiseerd personeel met brede kennis.

Andere items waren:

- > Goed teamwerk tussen artsen en verpleegkundigen;
- > Flexibel en initiatiefnemend personeel;
- > Spoed als belangrijke ingangspoort voor het ziekenhuis;
- > Het toenemend aantal verwijzingen door huisartsen.

Zwaktes

De belangrijkste zwakte betreft een te krappe behuizing en/of doorloopp Problemen, zowel binnen de spoedopname zelf als naar het beddenhuis. Hierdoor doet zich regelmatig een *overflow* aan patiënten voor. Daarbij werd ook aangegeven dat de specifieke "isolatiebox" vaak permanent in gebruik is. Er werd hierbij ook gesuggereerd om in de mogelijkheid te

³⁹ KCE-rapport 263As: *Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming*' (2016).

voorzien van een observatie- en diagnostiekenheid. Dit werd gevolgd door meerdere items die telkens door 44% van de ziekenhuizen werd gedeeld, met name:

- > Te weinig instroom aan spoedartsen met een te hoge werkdruk als gevolg. Expliciet werd vermeld dat het voor excentrisch (ruraal) gelegen ziekenhuizen moeilijk is om specialisten aan te trekken;
- > Ook voor de verpleging geldt de hoge werkdruk;
- > Lange wachttijden voor patiënten. Meerdere factoren spelen hierin een rol: doorstroomproblemen naar het beddenhuis, te veel banale problematiek, communicatieproblemen tussen artsen, het ontbreken van een EPD, en trage labo- en RX-resultaten. Er werd ook aangegeven dat het inzetten van een workflow-programma (bv. ecare⁴⁰) een beter zicht gaf op de wachttijden.

Een zwakte die een derde van de ziekenhuizen aangaf is het ontbreken van een huisartsenwachtpost in het ziekenhuis.

Tot slot werden door meerdere ziekenhuizen volgende zaken vermeld:

- > Handen te kort bij een druktepiek;
- > Geen eenvormig EPD;
- > Geen eenduidige ziekenhuisbrede protocollen;
- > Weinig gestructureerde overdrachten;
- > Multidisciplinair overleg en bijscholing kan beter;
- > Weinig boeiende jobinhoud voor medisch specialisten door te veel banaliteiten;
- > Actuele financiering stimuleert oneigenlijk gebruik van spoed.

Opportunities

De frequentste feedback (55%) inzake opportunities betreft een versterkte link met de eerste lijn en dan inzonderheid met de huisartsenwachtposten. Dit werd gevolgd door een item dat door 33% van de ziekenhuizen werd gedeeld, met name de verdere uitbouw van de PIT. Tot slot werden door meerdere ziekenhuizen volgende zaken vermeld:

- > (Dringende) interhospitaaltransporten zullen toenemen en dienen door de ziekenhuizen te worden uitgebouwd;
- > Meer samenwerking via netwerken (o.a. inzake medisch transport, rampenplannen en functiedifferentiatie spoeddiensten);
- > Implementatie van meer klinische paden en uniforme protocollen;
- > Opleidingsplaatsen aanvragen voor ASO urgentiegeneeskunde;
- > Toename van het aantal patiënten;
- > Invoeren van een uniform EPD.

Bedreigingen

De koploper (90%) inzake bedreigingen is de onaangepaste financiering. Hiervan werden de volgende illustraties gegeven:

- > Onvoldoende voor basispermanentie;
- > Verkeerde *incentives* zoals volumestimulans met o.a. BFM op basis van punten per aanmelding en prestatiefinanciering;
- > Nog steeds geen relatie met de echte werkbelasting;
- > Geen rechtstreekse relatie met de pathologie of de urgentieclassificatie;
- > Oneigenlijk gebruik van de spoed i.p.v. zich te richten tot de huisarts (o.a. omdat verschillende huisartsen via hun antwoordapparaat naar spoed verwijzen en omdat de patiënt gebruik kan maken van de derdebetalersregeling en hierdoor goedkoper af is op spoed...);
- > De onzekerheid van deze financiering omdat aanpassingen hieraan in onderzoek zijn.

⁴⁰ <http://www.ecare.be/>

Andere vermelde bedreigingen:

- > Hoge werkdruk en familiale belasting van spoedmedewerkers waarbij o.a. expliciet verwezen werd naar de burn-out problematiek bij artsen;
- > Unrealistische verwachtingen van patiënten, toenemende eisen, klachten en agressie.

De ziekenhuizen geven ook aan te kampen met een veel te hoge administratie- en registratielast. Hierbij werd o.a. expliciet verwezen naar de MUG en UREG⁴¹ en straks komt er voor sommige ziekenhuizen met een 112-ziekenwagen nog eens AMBUREG bij. Er wordt ook uitdrukkelijk gepleit voor taakuitzuivering waarbij zuiver administratieve taken door administratief personeel worden opgenomen.

Tot slot vermeldden meerdere ziekenhuizen de volgende zaken:

- > Toekomstige medische bestaffing is moeilijk;
- > Concurrentiële verloning tussen ziekenhuizen drijft kosten op;
- > Geen EPD;
- > Aantal patiënten stijgt maar personeel stijgt niet.

⁴¹ UREG: <http://www.beldonor.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19094890.pdf>

3. Literatuurinzichten

Triage optimaliseren

Pre-hospitaaltriage

Het kan voor de overlevingskansen van de ernstig gewonde patiënt een zeer belangrijk verschil maken in welke spoedafdeling of traumacentrum hij terechtkomt en hoelang het duurt voor hij ter plaatse is. Het pre-hospitaal traject kan een belangrijke impact hebben op de *outcome*. Wereldwijd zijn verschillende systemen uitgebouwd.

Goed opgeleid ambulancepersoneel met goed uitgeruste ambulances kunnen reeds veel informatie van de zieke of gewonde persoon vanuit de ziekenwagen overmaken aan het ontvangende ziekenhuis, zodat bij aankomst het snelste traject wordt gevolgd en de juiste personen aanwezig zijn. Mits het uitsturen van de juiste zorgverleners (ziekenwagen, MUG, PIT) kan er ook al een aanvang van behandeling plaatsvinden ter plaatse.

In Nederland bv. is er vanuit het VMS project (Veiligheidsmanagementsysteem) een ruime ervaring opgebouwd, onder meer rond acute coronaire syndromen.⁴² In België werd met het KB inzake cardiologische netwerken van 2012 al een eerste stap gezet om de patiënt vanuit de ziekenwagen gericht naar de juiste ziekenhuisfaciliteiten te oriënteren. Hierbij stuurt de equipe die ter plaatse is, het ECG van de patiënt vanuit de MUG of ziekenwagen door naar de cardioloog van wacht. De cardioloog kan in geval van een STEMI op basis van dit ECG de opdracht geven om de patiënt rechtstreeks door te sturen naar een ziekenhuis dat beschikt over de faciliteiten voor coronaire revascularisatie.

Triage op de spoedopname

Bij een 112-oproep zijn er 3 mogelijke niveaus van triage:

- > De telefonische triage door de dispatching van de 112-centrale;
- > De fysieke triage ter plaatse, zeker in geval van tijdskritische pathologieën;
- > De fysieke triage bij aankomst in het ziekenhuis.

De eigenlijke fysieke triage is een eerste belangrijke taak binnen het ziekenhuis. Triage kan ervoor zorgen dat patiënten met levensbedreigende aandoeningen binnen de eerste minuten na aankomst de levensnoodzakelijke behandeling krijgen. Er bestaan verschillende internationale triagesystemen, zowel voor volwassenen (met voorkeur voor de schalen met vijf niveaus)⁴³ als specifiek voor kinderen.⁴⁴ Enkele veel gebruikte systemen zijn het ATS (Australië), CTAS (Canada), MTS (Engeland) en ESI.

⁴² <http://www.vmszorg.nl/Themas/ACS>

⁴³ Christ, M. et al. 2010. "Modern triage in the emergency department". *Dtsch Arztebl int.*: 107(50): 892-898. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021905/

⁴⁴ Van Veen, M. et al. 2009. "Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care". *Scan. J. Trauma, Resusc. and Em. Med.*:17: 38. www.sjtrem.com/content/pdf/1757-7241-17-38.pdf

Characteristics of the most important five-level triage instruments used in emergency departments internationally

Parameter	ATS (NTS)	MTS	CTAS	ESI
Time to initial assessment	10 min	n. s.	n. s.	n. s.
Time to contact with doctor	Immediate / 10 / 30 / 60 / 120 min	Immediate / 10 / 60 / 120 / 240 min	Immediate / 15 / 30 / 60 / 120 min	Immediate / 10 min / n. s.
Performance indicators	I: 97.5%; II: 95%; III: 90%; IV: 90%; V: 85%	n. s.	I: 98%; II: 95%; III: 90%; IV: 85%; V: 80%	n. s.
Re-triage	n. s.	As required	I: continuously; II: 15 min; III: 30 min; IV: 60 min	As required
Pain scale	Four-point scale	Three-point scale; considered as essential factor in triage	Ten-point scale	Visual analog scale (10 points); if score >7/10, consider allocation to ESI 2
Pediatric cases	n. s., but recognized as important factor	Considered	Special version of CTAS used for children	Take into consideration for vital signs, for differentiation between ESI 2 and ESI 3; fever criterion for children <24 months
List of diagnoses or key symptoms	Yes	52 key symptoms	Yes	Not explicitly used
Expected admission rates	From updated reports	n. s.	Yes	Data on bench-marking available
Implementation/training material	Limited	Yes	Yes	Yes

ATS, Australasian Triage Scale (previously National Triage Scale, NTS); CTAS, Canadian Triage and Acuity Scale; MTS, Manchester Triage Scale; ESI, Emergency Severity Index

De huidige triagesystemen hebben vooral voor de traumatologie en welomschreven groepen hun nut bewezen. Zij hebben een soort oriënterende functie. Daarnaast moet ook de nodige aandacht worden besteed aan protocollen voor pijnbehandeling en voor specifieke trajecten voor psychiatrische problematiek. Momenteel zijn er vaak problemen om dringende pathologie meteen te kunnen doorverwijzen naar een gespecialiseerde setting (EPSI⁴⁵, K-dienst, collocatie...). Hiervoor bestaan ook uitstekende instrumenten.⁴⁶ De projecten art. 107, die onder meer als doel hebben om sneller te kunnen interveniëren vanuit de psychiatrische ziekenhuizen, kunnen hiervoor een oplossing bieden.

Bij de geriatrische patiënten die zich aanmelden op spoed hebben we vaak te maken met multimorbiditeit. Hun aandoening kan snel evolueren wegens verminderde immuniteit of wegens onvoldoende zelfkennis over de evolutie van hun aandoening. Vaak is het voor deze patiënten moeilijk om duidelijk hun klachten te uiten. Bovendien is de klinische presentatie niet altijd even duidelijk en worden bepaalde symptomen gemaskeerd (bv. een onderliggende infectie uit zich in verwardheid zonder tekenen van koorts). Informatie verzamelen om tot een triagelevel te komen is voor dit soort patiënten niet altijd eenvoudig.

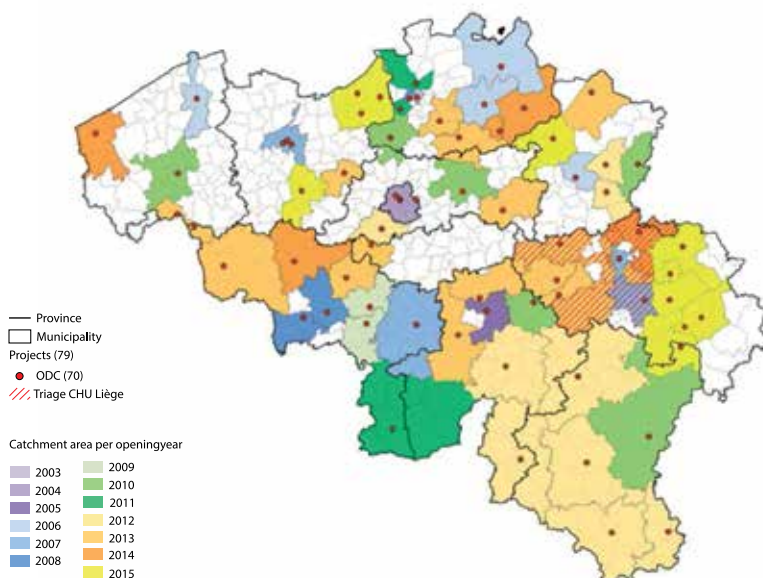
Niet-planbare zorg op het juiste echelon

Het gebruik van de spoeddiensten in de Belgische ziekenhuizen stijgt al jaren. Dat is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat de spoeddiensten een substituut vormen voor de (vaak

⁴⁵ Eenheid voor Psychiatrische Spoedgevalleninterventie.

⁴⁶ Bv. Smart, D., Pollard, C., Walpole, B. 1999. "Mental health triage in emergency medicine". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.

ontoereikende) eerstelijnspermanentie. De huisartsenwachtposten die aanvankelijk opgericht werden om de permanentie van de huisartsenkringen te ontlasten tijdens het weekend, zijn in Wallonië geografisch goed gespreid, maar dekken nog niet het volledige grondgebied. In Oost- en West-Vlaanderen is het aandeel huisartsenwachtposten nog laag ten opzichte van de gewone wachtdiensten. Onderstaande figuur toont de locatie en het geografisch gebied, gedekt door de huisartsenwachtpost, per openingsjaar van de huisartsenwachtpost.



Bron: RIZIV- INAMI, geographic data by Federal Public Service Economics/ DG Statistics Belgium

Een uitgebreide studie van The Kings Fund⁴⁷ toont aan dat minstens 1 op 6 patiënten die zich in het Verenigd Koninkrijk aanbieden op spoed dit doen met eerstelijnsproblematiek. Het betreft vooral patiënten jonger dan 5 en ouder dan 75 jaar. Bovendien is een aanzienlijk deel van de opnames vermijdbaar door betere vaccinatiestrategieën. Berekeningen in deze studie tonen aan dat in Engeland 1,42 miljard pond wordt uitgegeven aan spoedopnames die op de eerste lijn hadden kunnen worden voorkomen of effectiever opgevangen. De helft van de kosten had te maken met de volgende aandoeningen: influenza, chronisch obstructief longlijden, congestief hartfalen, dehydratie en gastro-enteritis. Een uitgebreid literatuuronderzoek van The Kings Fund⁴⁸ kwam tot de volgende aanbevelingen om ongeplande ziekenhuisopnames te vermijden:

Interventions where there is evidence of positive effect

Reducing admissions

- > *Continuity of care with a GP (general practitioner);*
- > *Hospital at home as an alternative to admission;*
- > *Assertive case management in mental health;*
- > *Self-management;*
- > *Early senior review in A&E (accidents and emergency);*
- > *Multidisciplinary interventions and telemonitoring in heart failure;*
- > *Integration of primary and secondary care.*

⁴⁷ 'Emergency hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions: identifying the potential for reductions'. 2012. The Kings Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf

⁴⁸ Purdy, S. 2010. *Avoiding hospital admissions. What does the research evidence says?* The Kings Fund: p.16. www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf

Reducing re-admissions

- > *Structured discharge planning;*
- > *Personalised health care programmes.*

De studie geeft ook een overzicht van interventies waarvan aangetoond is dat ze niet of amper werken:

- > *Interventions with evidence of little or no beneficial effect;*
- > *Pharmacist home-based medication review;*
- > *Intermediate care;*
- > *Community-based case management (generic conditions);*
- > *Early discharge to hospital at home on readmissions;*
- > *Nurse-led interventions pre- and post-discharge for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).*

Een niet onbelangrijk aantal patiënten meldt zich aan bij de spoedopname omdat een (al dan niet-dringende) consultatie via het reguliere afsprakensysteem te lang op zich laat wachten. Een beter aanbod van consultaties zonder afspraak kan een aanzienlijke daling van de workload op spoedopname realiseren doordat het inspeelt op een sterke vraag. Belangrijk is evenwel dat dergelijke consultaties in onderling overleg met de huisartsen (integratie eerste en tweede lijn) worden uitgebouwd, en dit liefst zelfs op een gezamenlijke setting.

Overbevolking op de spoedopnames

Naast de continuïteitsproblematiek van de huisartsen is ook de beschikbaarheid van (intensieve) bedden in het ziekenhuis een bepalende factor in het probleem van “overbevolking” van de spoeddiensten (*ED-crowding*).

De doorstroomproblematiek is een gekend fenomeen waarvoor binnen de ziekenhuizen allerlei oplossingen worden gezocht. Patiënten worden bij overbevolking van het ziekenhuis soms doorverwezen naar andere ziekenhuizen, wat dan weer een impact heeft op het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Een heel specifiek punt is de jaarlijks weerkerende overbevolking van de spoeddiensten bij (griep)epidemies waar ook de overheid impact wil op hebben door bv. de beschikbare bedden dagelijks op te volgen in een bepaalde regio.

Bovenop minder efficiëntie leidt dit ook tot kwaliteitsverlies en een grotere kans op incidenten. Verschillende studies⁴⁹ stellen dat data-analyse van indicatoren (bij voorkeur real-time) moet kunnen leiden tot een beter management van de dienst zonder verlies van kwaliteit of patiëntveiligheid. Mogelijks moet een spoedopnamedienst door een gespecialiseerd flowteam gemanaged worden, waardoor artsen en verpleegkundigen zich kunnen toeleggen op de kernactiviteiten. Hiervoor zijn gestandaardiseerde definities van alle sleutelbegrippen (o.a. bepaling van urgentiegraad en zorgcomplexiteit), tijdsintervallen en parameters noodzakelijk.

KCE-rapport *Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming*⁵⁰

De studie van het KCE had als doelstelling om de toekomstige sterktes, beperkingen en uitdagingen voor onze spoeddiensten op te lijsten en voorstellen uit te werken voor een performantere én kwaliteitsvolle organisatie en financiering. Daarnaast worden ook aan-

⁴⁹ Bergs, J. et al. 2015. “Emergency department crowding: Time to shift the paradigm from predicting and controlling to analysing and managing”. *International Emergency Nursing*; Wiler, J.L. et al. 2015. “Emergency Department Performance Measures Updates: Proceedings of the 2014 Emergency Department benchmarking Alliance Consensus Summit”. *Academic Emergency Medicine*.

⁵⁰ KCE-rapport 263As (2016).

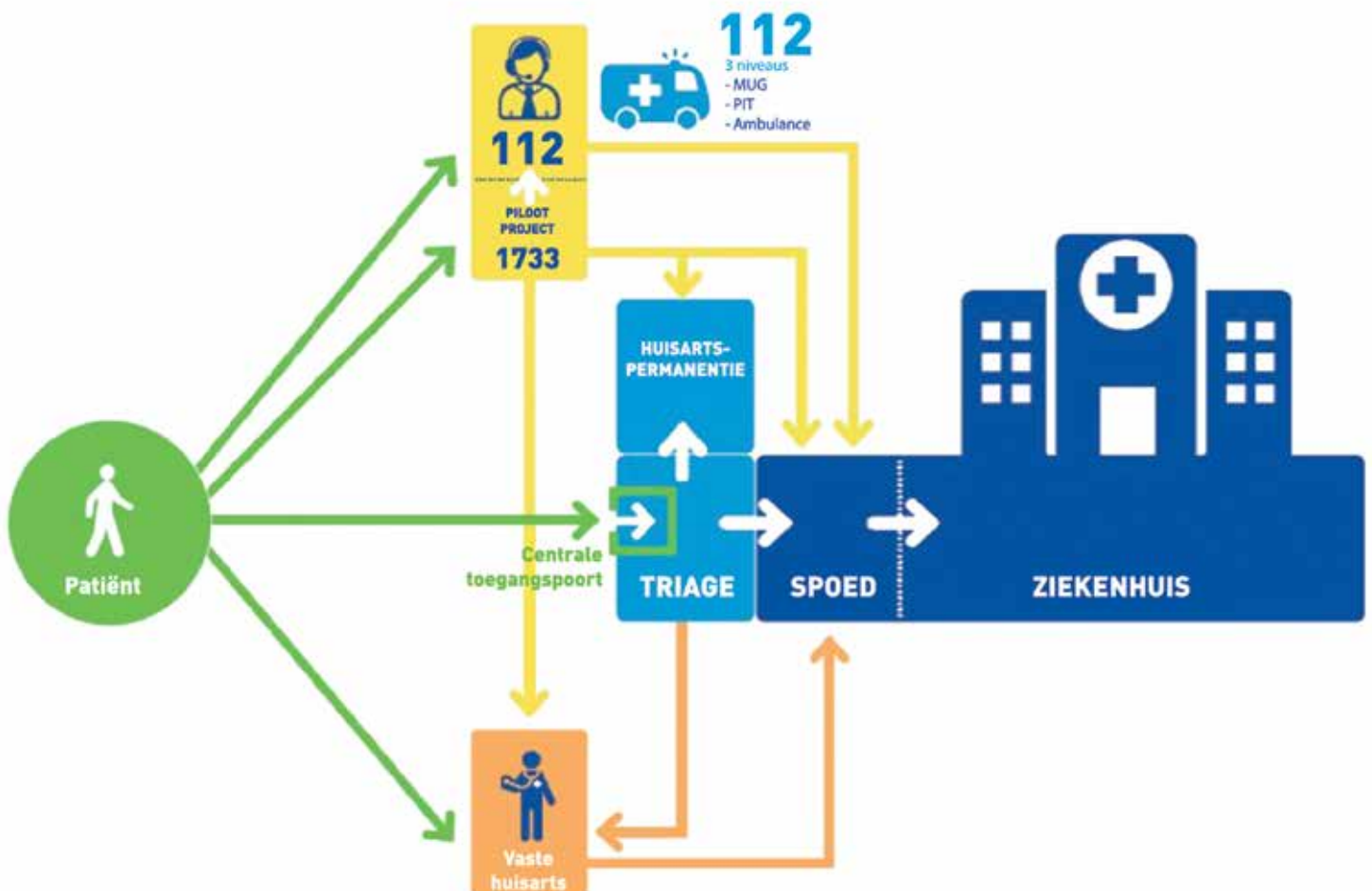
bevelingen geformuleerd over de werking en financiering van de huisartsenwachtposten. De studie formuleert vier aanbevelingen:

1. Vermindering van het aantal spoeddiensten

België kent, net als andere landen, een jaarlijkse stijging van het aantal spoedcontacten. In 2012 waren dat er 3,2 miljoen, wat overeenkomt met 290 spoedcontacten per jaar per 1000 inwoners. Dat is vrij hoog in vergelijking met onze buurlanden. Bovendien is er een groot aanbod van het aantal spoeddiensten. Dat zorgt voor een grote toegankelijkheid, maar versnipperd ook het aanbod. In de helft van de spoeddiensten zijn er gemiddeld 55 contacten per 24 uur of minder dan 20.000 contacten per jaar. Het KCE pleit voor een programmering van het aantal spoeddiensten, rekening houdend met een aantal wetenschappelijke criteria zoals aanrijtijden en minimaal activiteitsniveau. De studie stelt een stapsgewijze implementatie voor, met in de eerste fase een sluiting van spoeddiensten van ziekenhuizen die op meerdere campussen een spoeddienst uitbaten. In een tweede fase kan in het kader van de vorming van netwerken het aantal spoeddiensten verder dalen.

2. Samenbrengen van wachtposten en spoeddiensten in centra voor ongeplande acute zorg

Spoeddiensten van ziekenhuizen en huisartsenwachtposten moeten worden samengebracht op de campus van het ziekenhuis met één gemeenschappelijke toegangspoort en een triagefunctie die de patiënt doorverwijst naar spoeddiensten of huisartsenwachtpost. De triage gebeurt door klinisch geschoold personeel onder supervisie van een ervaren arts. In het voorstel van het KCE gebeurt de regulatie en triage door dezelfde persoon. Bij regulatie wordt bepaald welke middelen de patiënt nodig heeft en dus welke toegangspoort het meest geschikt is voor zijn zorgvraag. Bij triage wordt de urgentiegraad bepaald in functie van doorstroming binnen de spoeddienst. Dat is een totaal andere finaliteit. Schematisch ziet het voorstel van het KCE er als volgt uit:



3. Gemengde financiering voor de huisartsenwachtposten en spoedgevallendiensten

Spoedgevallendiensten en huisartsenwachtposten worden forfaitair gefinancierd om de 24/7-continuïteit te verzekeren. Voor de financiering van het forfaitair gedeelte van de spoedopname kan gebruik gemaakt worden van een deel van het huidige B2-budget van de spoedopname, een deel van de A-honoraria (honoraria van de spoedartsen) en de beschikbaarheidshonoraria. Het forfaitaire gedeelte voor de huisartsenwachtpost bestaat uit de wachttoeslag, een deel van de honoraria en het huidige budget voor de financiering van de werkingskosten van de wachtposten. De triagefunctie wordt gefinancierd vanuit het vaste budget van de huisartsenwachtpost. Door de financiering toe te wijzen aan de huisartsenwachtpost is het KCE van mening dat er hierdoor meer garantie is op doorverwijzing naar de voor de patiënt meeste geschikte setting. Daarnaast wordt voorzien in een variabele betaling voor de geleverde prestaties, aangepast aan de werkbelasting. Het honorarium per contact voor spoedarts en huisarts komt lager te liggen dan het huidige bedrag. Die tarieven variëren nu tussen € 25 (raadpleging overdag) en € 80 (huisbezoek 's nachts), o.a. afhankelijk van het tijdstip van de dag.

4. Afstemming van het remgeld

In het hervormingsvoorstel wordt het remgeld slechts één keer door de patiënt betaald op voorwaarde dat de patiënt de zorgsetting kiest die de triage voorstelt. Op de spoedopname betalen patiënten die werden doorverwezen door een arts in 2015 een remgeld van € 4,5 (of bijna € 2 bij verhoogde terugbetaling, 2015). Bij zelfverwijzing mag een hoger remgeld aangerekend worden van ongeveer € 20 (of € 11 bij verhoogde terugbetaling), maar de ziekenhuizen hebben de keuze om dit al dan niet aan te rekenen. Bij de huisarts moet geen remgeld meer betaald worden op het bijkomend honorarium voor raadplegingen buiten de kantooruren. Alleen het remgeld voor de normale werkuren wordt dan aangerekend (€ 4). Voor huisbezoeken ligt het remgeld echter hoger buiten de kantooruren, en kan het tot € 30 oplopen. Dit remgeld ligt best wat hoger dan het remgeld bij de vaste huisarts. Dit om te vermijden dat de patiënt zich ook voor zorg die niet dringend is, rechtstreeks zou begeven naar het centrum voor ongeplande acute zorg en daar het centrum nodeloos zou belasten.

4. Aanbevelingen Zorgnet-Icuro voor een hervorming van de spoeddiensten

Uitgangspunt is het garanderen van een gelijke toegang tot kwaliteitsvolle zorg voor elke burger met doelmatige aanwending van de beschikbare middelen. Op basis van voorgaande argumentatie en voortgaande op de prioriteiten zoals bepaald op de aftoetsavonden schuift Zorgnet-Icuro de volgende beleidsaanbevelingen naar voor inzake de organisatie van de spoeddiensten.

Aanbeveling 1. Veralgemening van de triagefunctie in het horizontaal zorgnetwerk

Een goed werkende triagefunctie op alle niveaus is cruciaal. De triagefunctie blijkt in de meeste ziekenhuizen intra-hospitaal reeds operationeel te zijn. Een verdere uitbouw is noodzakelijk voor elk ziekenhuis en elk middel of team dat wordt ingezet voor de dringende geneeskundige hulpverlening. En dit zowel voor triage-instrumenten voor volwassenen als voor vergelijkbare instrumenten voor kinderen. Binnen de horizontale netwerken tussen de eerste en de tweede lijn moet voor acute zorg door iedereen hetzelfde instrument gebruikt worden. Zo kan op systematische wijze de ernst van het spoedgeval zo correct mogelijk worden ingeschat, de correcte middelen worden gemobiliseerd en de patiënt kan meteen naar de juiste setting worden gevoerd.

Ook het organiseren en financieren van het medisch begeleid transport tussen samenwerkende ziekenhuizen – en indien mogelijk in samenwerking met alle actoren op het terrein van het niet-dringend ziekenvervoer – verdient extra aandacht. Dat is een essentieel element van veilige zorg indien men bepaalde pathologie op basis van de triageresultaten wil doorverwijzen naar een ander ziekenhuis in het netwerk. Prehospitaaltriage met het rechtstreeks doorsturen door PIT of MUG naar het gepast ziekenhuis verdient uiteraard wel de voorkeur.

Aanbeveling 2. Creatie van de randvoorwaarden voor een betere samenwerking tussen huisartsenkringen en ziekenhuisartsen in horizontale netwerken

Huisartsenkringen hebben een rol te vervullen in de netwerken voor acute zorg. Daarbij kan inspiratie geput worden uit de ROAZ-ervaring (Regionaal Overleg Acute Zorg) in Nederland.⁵¹ Daar maken de aanbieders van acute zorg in regionaal verband afspraken over een betere samenwerking. Een eerste aanzet hiertoe wordt gegeven door de opmaak van een afsprakenplan tussen spoeddiensten en huisartsenwachtposten binnen een bepaald zorggebied. Een canvas van dit afsprakenplan werd door de Medicomut goedgekeurd op 11 mei 2016. Het afsprakenplan schetst het kader waarbinnen afspraken worden gemaakt over hoe de aanmelding en triage van de patiënt verlopen, wat de afspraken zijn m.b.t. verwijzing en terugverwijzing, hoe de informatiedoorstroming verloopt. Daarnaast kan ook de samenwerking m.b.t. logistiek (bv. gezamenlijke aankoop materiaal, voertuigen, was, sterilisatie...) en administratieve ondersteuning (bv. facturatie, inschrijving, onthaalfunctie...) hierin worden beschreven.

Het plan zal de komende maanden verspreid worden onder de startende en bestaande wachtposten. Dit afsprakenplan wordt als een van de voorwaarden gesteld voor de oprichting van nieuwe huisartsenwachtposten. Het is de bedoeling dat vanaf eind 2017 alle huisartsenwachtposten over een dergelijk afsprakenplan beschikken.

Om tot een goede samenwerking tussen de spoeddiensten en huisartsenwachtdiensten te komen, moeten volgende algemene principes worden gehanteerd:

⁵¹ Regionaal overleg acute zorg: <http://www.inaz.nl/bues/cms/nl/37/achtergrond-roaz.html>

- > Patiënten worden aangemoedigd om een arts-GMD-houder te kiezen;
- > Met het oog op het goed functioneren van de wachtdienst van de huisartsen en dringende geneeskundige hulpverlening is de uitwisseling van informatie tussen huisarts en spoedopname essentieel en dat in beide richtingen. Dit omvat een degelijke verwijfsbrief van de huisarts naar de spoeddienst en een degelijke en tijdige ontslagbrief van de spoeddienst naar de huisarts (bij voorkeur elektronisch).

De e-health roadmap 2015-2018⁵² bevat ambitieuze plannen voor het garanderen van maximale zorgcontinuïteit. Het uitwisselen van SUMEHR⁵³ en medicatieschema's tussen de eerste en de tweede lijn via Vitalink en de brede uitrol van een geïntegreerd ziekenhuis-EPD met mogelijkheid tot uitwisseling met de eerste lijn maken hiervan deel uit. Wetende dat slechts 40% van de ziekenhuizen beschikken over een geïntegreerd ziekenhuis-EPD is er nog een lange weg af te leggen. De voorgestelde timing van het implementatietraject van de e-healthroadmap is zeer krap.

Continuïteit van zorg moet over de verschillende lijnen heen worden geborgd, zodat vermeden wordt dat "eerstelijnsopathie" 's nachts of in het weekend ineens "tweedelijnsopathie" wordt.⁵⁴ De tweede lijn creëert zelf ook een deel van de problemen door de vaak te lange wachttijden voor een specialistenconsultatie. Daardoor worden sommige problemen onnodig acuut en komt de patiënt toch op spoed terecht. Dat zou kunnen worden opgelost door het creëren van mogelijkheden om via de huisarts een snelle, niet geplande tweedelijnsconsultatie te krijgen indien deze laatste oordeelt dat de consultatie relatief dringend en prioritair is.

Aanbeveling 3. Faciliteren van de werkafspraken tussen huisartsen(wachtposten) en spoed, waarbij de zorgbehoefte primeert

Een globale aanpak van de spoedzorg houdt de wederzijdse verplichting in van huisartsen-wachtposten en nabije spoeddiensten om bindende afspraken te maken inzake verwijzingen en samenwerking. Daarin moet de synergiemogelijkheid inzake het delen van de fysieke triage waar mogelijk worden gefaciliteerd en voor nieuwe initiatieven worden verplicht. Er dient ook werk te worden gemaakt van een meerjarenplan om aan elke spoedgevallendienst een huisartsenwachtpost te koppelen. Uiteraard moeten huisartsenwachtposten ook nog buiten spoedgevallendiensten kunnen worden ingepland in gebieden zonder nabijgelegen spoedgevallendienst. Het aanmelden van patiënten via één gezamenlijke ingang met gezamenlijke triage, waarna hij plaatsneemt in de juiste wachtzaal en slechts de tijd van één van beide artsen gebruikt, is dé piste naar maximale symbiose. Het model van integratie biedt tevens meer comfort en veiligheid voor de patiënt. Hij hoeft zich niet meer te verplaatsen indien verwijzing van de eerste naar de tweede lijn noodzakelijk is.

Er is echter nog een lange weg te gaan om de huisartsenwachtposten (bij voorkeur aansluitend bij de spoeddiensten) operationeel te krijgen en dit 24u op 24 en 7 dagen op 7. Zullen hiervoor voldoende huisartsen bereid gevonden worden en zullen urgentisten dit aanvaarden? Er zijn ook nog heel wat onduidelijkheden m.b.t. de aansprakelijkheid.

De verregaande integratie zonder echelonnering binnen een functie gespecialiseerde spoedgevallen zorg is het meest zinvol wanneer een degelijk opgeleide verpleegkundige de voorselectie doet op basis van een gezamenlijk protocol opgesteld door de huisartsen en spoedartsen. De verpleegkundige stuurt door naar de huisarts of de spoedarts die op hun beurt kunnen corrigeren in de triage. Dat lijkt in de praktijk het meest haalbare scenario. Een kanteling is na uitgebreide diagnosestelling nog steeds mogelijk.

⁵² www.rtreh.be

⁵³ SUMEHR: Summarized Electronic Health Record: een elektronisch document met de minimale gegevens die een arts nodig heeft om de gezondheidstoestand van de patiënt snel in te schatten en zo de best mogelijke zorg te leveren.

⁵⁴ In Wallonië lopen 5 proefprojecten waarbij ziekenhuizen extra middelen krijgen om de permanentie van de eerste lijn volledig over te nemen 's nachts, omdat de huisartsen dit niet meer zien zitten.

Aanbeveling 4. Aangepaste financiering

De huidige financiering is volumege driven en gebaseerd op prestaties. Er is nood aan een performantere financiering. Daarbij moet worden uitgegaan van een breder kader in samenwerking met de eerste lijn. Zo moet de gezamenlijke uitbating van de triagefunctie tussen huisartsen-wachtpost en spoed worden bevorderd, zodat de juiste middelen meteen goed worden ingezet.

De keuze van de zorgvorm dient ook voor de patiënt financieel neutraal te zijn. Dat kan een besparing opleveren voor de patiënt, voor het RIZIV en het VIPA (geen dubbele consulten, dubbele onderzoeken, dubbele infrastructuur). De vrijgekomen RIZIV-middelen kunnen worden geïnvesteerd in een gezamenlijke besta ffining en uitrusting, zodat ook de piekmomenten geen probleem vormen. Op die manier kan de werkdruk op artsen en personeel dalen. Goede administratieve ondersteuning, voldoende piekcapaciteit, voldoende snelle opname in het beddenhuis⁵⁵ en de continuïteit van alle essentiële diagnostische ondersteuning (o.a. labo en beeldvorming) moet de flow van patiënten verbeteren en de wachttijden voor patiënten tijdens piekmomenten terugdringen.

Ook dienen de basisvereisten voor een spoeddienst meer forfaitair en kostendekkend betaald te worden, net zoals dat het geval is voor het openhouden van brandweerkazernes. Bewust onterecht gebruik van de wacht- en spoeddienst door patiënten, die vanuit comfortoverwegingen buiten de reguliere consultatiemogelijkheden toekomen, moet financieel ontmoedigd worden.

Aanbeveling 5. Uitbouw van traumacentra

Het KCE onderzoekt momenteel het werken met traumacentra met aanwezige continuïteit van specialistische zorg. Indien wordt aangetoond dat deze centra een beduidend gunstig effect hebben op morbiditeit en mortaliteit, dan dient de spoedzorg hierop te worden aangepast.

Aanbeveling 6. Reorganisatie van de spoeddiensten

De organisatie van de spoeddiensten moet worden ingevuld vanuit aanrijtijden voor de patiënt, en niet zozeer op basis van het aantal aanmeldingen op een spoeddienst. Voor de tijdskritische aandoeningen (vnl. CVA en AMI) moet de patiënt binnen de 30 minuten beroep kunnen doen op een goed uitgebouwde referentiespoeddienst mét achterliggend zorgaanbod, die alle pathologie moet kunnen opvangen, inclusief aanwezigheid van een S2/B2-centrum.

Naast dit aanbod van goed uitgebouwde spoeddiensten is er ook ruimte voor basisspoeddiensten, waar onder andere niet-geplande pediatrie, internistische, geriatrie en chirurgische pathologie kan worden opgenomen waarvoor geen beroep gedaan moet worden op specifieke expertise of infrastructuur, alsook bijvoorbeeld ongecompliceerde traumatologie. Als streeftijd kan hier 15 minuten gehanteerd worden.

Samenwerking met duidelijke afspraken tussen deze basisspoeddiensten en de goed uitgebouwde spoeddiensten, o.a. door gebruik van telemedicine kan een oplossing zijn voor zowel de patiënt, bij wie een tijdige en deskundige diagnose en behandeling gestart kan worden, als voor de artsen. Voor bepaalde oproepbare specialismen, die nu in kleinere ziekenhuizen vaak een wachtdienst van ½ moeten presteren, kan er op die manier samengewerkt worden in een wachtsysteem voor het netwerk. Dit uiteraard op voorwaarde dat hiervoor de wettelijke aanpassingen gebeuren om dit wachtsysteem mogelijk te maken.

Huisartsenwachtposten kunnen zowel op een basisspoeddienst als op een goed uitgebouwde spoeddienst gelokaliseerd zijn.

⁵⁵ Onder meer in nachtdienst zijn daar problemen wegens lage verpleegkundige nachtbesta ffining op de diensten.

Het aandeel van de klassieke ziekenhuisopnames die via de spoeddienst verlopen bedraagt gemiddeld 22,2%.⁵⁶ Een reorganisatie van de spoeddiensten kan daarom niet zomaar rechtlijnig doorgevoerd worden. Een stroomlijning van de spoeddiensten maakt deel uit van de zorgstrategische oefening die binnen de regionale ziekenhuisnetwerken moet worden uitgewerkt.

Aanbeveling 7. Educatie van de burger.

De overheid moet werk maken van een sensibiliseringscampagne om de burgers bewust te maken van het belang van het juiste gebruik van de middelen, expertise en infrastructuur. Huisartsenwachtposten kunnen zowel op een spoedfunctie als op een goed uitgebouwde spoeddienst gelokaliseerd zijn.

⁵⁶ Bron: Maxi feedback MZG acute ziekenhuizen 2013



Conclusies

De organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten is een zeer complex gegeven met tal van betrokkenen. Een goed gestructureerde organisatie met duidelijke taakafbakening en afspraken is van levensbelang voor de ernstig zieke patiënt. Daarnaast is met de vorming van regionale ziekenhuisnetwerken en een meer diepgaande samenwerking met de eerste lijn ook het ziekenhuislandschap aan het wijzigen. Dit document geeft een aantal voorstellen tot verbetering van de zorg voor elke patiënt die om dringende hulp vraagt.

Voor de reorganisatie van de **dringende geneeskundige hulpverlening** formuleren wij de volgende aanbevelingen:

1. Eén telefonische toegangspoort met één gezamenlijk pretriage-instrument en één gezamenlijke oproepcentrale moet de hulpvraag van de patiënt naar de meest geschikte setting leiden. Dat geldt ook voor de initiatieven 1733.
2. De zorgbehoefte van de patiënt is bepalend voor de beslissing welke equipe (met welke kwalificaties) uitgestuurd wordt. Er moet actie ondernomen worden om de juiste middelen (MUG, huisarts, PIT of ziekenwagen) in de juiste dosering in te zetten.
3. In geval van tijdskritische aandoeningen moet het mogelijk zijn om de patiënt onmiddellijk naar de meest geschikte setting te transporteren.

Voor de organisatie van de **spoeddiensten** pleit Zorgnet-Icuro voor:

1. Een integraal model waarbij de huisartsenwachtposten en spoeddiensten samengebracht worden op één locatie. De pretriage gebeurt door een verpleegkundige aan de hand van een gevalideerd pretriage-instrument onder supervisie van een arts. De patiënt wordt afhankelijk van de pretriagebeslissing doorverwezen naar de huisartsenwachtpost of spoeddienst.
2. De hervorming van de niet-geplande zorg is niet los te koppelen van de vorming van de regionale ziekenhuisnetwerken. Ook de horizontale netwerken met de eerste lijn, en meer bepaald de huisartsenkringen, zullen hierin een cruciale rol spelen. Stroomlijning van de spoeddiensten en taakafbakening zullen een onderdeel moeten vormen van de zorgstrategie van de netwerken.

Als **algemene conclusie** kunnen we stellen:

1. De patiënt staat centraal. Een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke zorg moet het uitgangspunt blijven. Het aanbod moet worden afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt.
2. Een herdefiniëring van de niet-geplande zorg dringt zich op, waarbij de verschillende actoren, de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten elk hun eigen rol dienen te spelen.
3. Zorgnet-Icuro is voorstander van het integratiemodel van de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten op voorwaarde dat:
 - > De rollen van de verschillende actoren duidelijk uitgeklaard worden;
 - > Deze hervorming geen alleenstaand verhaal is, maar gekoppeld wordt aan de hervormingen van de dringende geneeskundige hulpverlening;
 - > Telefonische triage gebeurt het best via één gezamenlijk oproepnummer, waarbij het nummer 112 en 1733 geïntegreerd worden in één oproepnummer.
4. Tegenover een integraal model moet een coherente financiering staan. Een belangrijke hefboom voor het welslagen van het geïntegreerd model kan de geïntegreerde financiering van huisartsenwachtposten en spoeddiensten zijn. De hervorming van de spoeddiensten zal een niet te onderschatten impact hebben op de werking van de ziekenhuizen. Wetende dat in Vlaanderen 50% van de patiënten via spoed opgenomen wordt, zal een hervorming met sluiting van bestaande spoeddiensten een domino-effect creëren. Een genuanceerde en gefaseerde aanpak in functie van de netwerken zal dan ook noodzakelijk zijn.

Bijlage: gehanteerde terminologie

Dringende geneeskundige hulpverlening

Het onmiddellijk verstrekken van aangepaste hulp aan alle personen van wie de gezondheidstoestand ten gevolge van een ongeval, een plotse aandoening of een plotse verwikkeling van een ziekte een dringende tussenkomst vereist na een oproep via het eenvormig oproepstelsel (oproepnummer 112) waardoor de hulpverlening, het vervoer en de opvang in een aangepaste ziekenhuisdienst worden verzekerd.

Initiatieven 1733

Het nummer 1733 is het uniforme en gratis telefoonnummer voor het opzoeken van een huisarts van wacht. Het hanteren van het centraal telefoonnummer 1733 wordt opgelegd door een Europese richtlijn en wordt momenteel in België gradueel ingevoerd.

Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg

De ziekenhuisfunctie die omschreven wordt in het Koninklijk Besluit van 27 april 1998.

De functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg staat in voor de opvang van de patiënt, die dringende medische verzorging vereist. De functie moet in staat zijn de vitale functies te vrijwaren, te stabiliseren en te herstellen en is belast met de opvang van elkeen die er zich aanmeldt of er naartoe wordt gevoerd en waarvan de gezondheidstoestand onmiddellijke verzorging vereist of kan vereisen. In de teksten wordt hiervoor ook de term **spoeddienst** gebruikt.

Niet-planbare zorg

Elke vorm van zorg die niet gepland is, los van het al dan niet urgente karakter ervan. Deze zorg kan geleverd worden door de huisartsenwachtdiensten en -wachtposten (initiatieven 1733), de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten.

Niet-dringend liggend ziekenvervoer

Vervoer dat niet valt onder het toepassingsgebied van dringende geneeskundige hulpverlening, waarbij er een medische indicatie is om de patiënt onder begeleiding van een ziekenvervoerder liggend te vervoeren.

Zorgnet-Icuro
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be

