

29 mrt 2016 -13:09

Spoeddiensten en huisartspermanentie op één locatie: meer comfort en duidelijkheid voor patiënt

In ons land heeft elk ziekenhuis een spoed, sommige zelfs meer dan één, die zich dan op verschillende locaties bevinden. Dit komt neer op 1,24 spoeddiensten per 100 000 inwoners, wat uitzonderlijk hoog is in vergelijking met andere landen. De helft van deze spoeddiensten heeft op 24u tijd echter gemiddeld minder dan 55 contacten, en nog geen 6 contacten per nacht. Ook de spreiding over het grondgebied is niet steeds rationeel. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) beveelt daarom aan om het aantal spoeddiensten te beperken.

In 2015 waren er 139 ziekenhuissites met een spoedienst. Daarbij zijn er ziekenhuizen die op meer dan één site een spoed hebben. Dit komt neer op 1,24 spoeddiensten per 100 000 inwoners, wat uitzonderlijk hoog is in vergelijking met andere landen.

Dit zorgt voor een grote toegankelijkheid, maar tegelijk ook voor een versnippering van budget en personeel. Bovendien is het aantal spoedcontacten per ziekenhuissite zeer variabel: de helft van de spoeddiensten heeft op 24u tijd gemiddeld minder dan 55 contacten, en nog geen 6 contacten per nacht. Deze cijfers doen vragen rijzen over de hoge kostprijs van de permanenties die elke spoedienst moet verzekeren. Ook de spreiding over het grondgebied is niet steeds rationeel; soms vindt men twee spoeddiensten op nauwelijks enkele kilometer van mekaar, of zelfs minder.

Beperking van aantal spoeddiensten

Het KCE beveelt aan om het aantal spoeddiensten te beperken, op basis van objectieve, wetenschappelijke criteria. Daarbij moeten toegankelijkheid (bv. geografische spreiding en de aanrijtijd - bv. max. 30-45 minuten tussen contact met de alarmcentrale en aankomst op de spoedienst) primeren op een minimum aantal contacten (bv. minstens 20 000 triagecontacten/jaar-zie verder). De spoed is echter een zeer belangrijke toegangspoort voor een ziekenhuis. Er moet worden vermeden dat de sluiting van een spoed het doodsvonnis voor zijn ziekenhuis betekent. Daarom worden in een eerste fase best spoeddiensten in ziekenhuizen met meer dan één spoeddienst gesloten. In een tweede fase kunnen er bijkomende sluitingen gebeuren, maar dan wel in het ruimere kader van een globale hervorming van het zorglandschap en het financieringssysteem. Daarbij zal er een taakverdeling tussen de ziekenhuizen moeten plaatsvinden en zullen er ziekenhuisnetwerken worden opgericht, waardoor een spoed minder cruciaal zal worden voor de financiële overleving van bepaalde ziekenhuizen.

Ziekenhuissites en spoedafdelingen, en bevolkingsdichtheid per arrondissement

Stijgend aantal spoedcontacten...

In 2012 waren er in België 290 spoedcontacten per 1 000 inwoners, wat vrij hoog is in vergelijking met onze buurlanden. En net zoals in andere landen, neemt het aantal toe: van ongeveer 3 miljoen in 2009 naar 3,2 miljoen in 2012. Uiteraard stijgt dan ook het budget voor spoedhonoraria: jaarlijks gemiddeld met

bijna 5% (cijfers 2008-2013).

....terwijl veel patiënten even goed door een huisarts kunnen worden behandeld

Vanuit medisch oogpunt kan een groot deel van de patiënten op spoed even goed door een huisarts geholpen worden. Deze 'oneigenlijke spoedcontacten' betekenen daarom niet dat de patiënt of de spoedarts 'foutieve keuzes' maken. Patiënten gaan om verschillende redenen naar de spoed in plaats van naar de huisarts (zie verder), maar het staat vast dat ze een vraag hebben naar onmiddellijke medische hulp. Eigenlijk kan men stellen dat het zorgaanbod niet is aangepast aan de zorgvraag.

Huisartsenwachtposten verlichten spoeddiensten niet, en hebben soms een lage activiteitsgraad

In België werden er sinds 2003 zeventig huisartsenwachtposten opgericht en gefinancierd door de ziekteverzekering. Bedoeling was vooral om de werkomstandigheden van de huisartsen te verbeteren, maar internationaal worden ze ook beschouwd als een alternatief voor een deel van de spoedcontacten. De wachtposten hebben in ons land echter niet voor een lagere belasting van de spoed gezorgd.

Reden is o.a. dat de wachtposten onvoldoende gekend zijn bij de bevolking en dat hun openingsuren beperkt en onderling zeer verschillend zijn. Patiënten hebben ook vaak meer vertrouwen in een ziekenhuis, vooral wanneer het om kinderen gaat. Daarnaast zijn er financiële redenen: door de derdebetalersregeling op de spoed moeten patiënten enkel remgeld betalen. Bij de huisarts moeten de meeste patiënten eerst het volledige ereloon zelf voorschieten, wat bij een consult 's nachts of in het weekend behoorlijk kan oplopen.

Bij sommige wachtposten ligt de werkbelasting ook vrij laag, vooral 's nachts. Zo blijkt uit gegevens van 33 wachtposten dat het gemiddeld aantal contacten per nacht varieert van 1 tot 4 consultaties en van 1 tot 3,5 huisbezoeken.

Het jaarbudget van het RIZIV voor de wachtposten steeg van bijna € 350 000 voor drie wachtposten in 2003 tot ongeveer € 23 miljoen in 2015. In het laatste kwartaal van 2015 werd hun verdere uitbouw bevroren, in afwachting van een hervorming van hun organisatie en financiering.

Huisartspermanentie en spoeddiensten samenbrengen in centra voor ongeplande acute zorg

Op de ziekenhuissites waar een spoeddienst blijft bestaan kan deze, samen met een 24/7 huisartspermanentie, deel uitmaken van een 'centrum voor ongeplande acute zorg', met:

- Eén centrale toegangspoort;
- Een triage-zone met een klinisch geschoold triage-team dat gesuperviseerd wordt door een ervaren arts en dat wordt gecoördineerd door de huisartsenkringen. Dit team stuurt patiënten, afhankelijk van hun behoefte, door naar de huisartspermanentie of naar de spoed;
- Een autonome huisartspermanentie, die wordt uitgebaat met of door de lokale huisartsenkring(en);
- Een spoedafdeling.

Een gelijkaardig model bestaat o.a. al in Nederland (buiten de kantooruren) en Engeland, en heeft een aantal voordelen: de patiënten weten waar ze terecht kunnen, want de ligging van ziekenhuizen is goed gekend, het zorgt voor meer comfort en veiligheid (bv. geen transport meer nodig bij doorverwijzing van huisarts naar ziekenhuis-‘single stop systeem’) en het verlaagt de vaste kosten (infrastructuur, materiaal, enz.). Het KCE beveelt wel aan om dit model eerst op beperkte schaal uit te testen en de resultaten te vergelijken met deze van bestaande structuren.

Telefoontriage via het nummer 1733

De triage in de centra voor ongeplande acute zorg kan nog worden aangevuld met telefoontriage via het nummer 1733. In 2008 werd dit nummer in bepaalde testregio's gelanceerd voor een automatische doorverbinding met de huisartsen van wacht. Nu gaat men in een aantal pilootprojecten een stap verder en behandelen de 112-alarmcentrales de 1733-oproepen. Ze sluiten eerst een medisch noodgeval uit. Daarna verwijzen zij de niet-dringende oproepen door naar een huisarts of naar andere zorgverleners uit de eerste lijn. Als de resultaten van de pilootprojecten positief blijken, kan het 1733 nummer verder worden ingevoerd en geïntegreerd met de 112.

Organisatie van ongeplande acute zorg

Aangepaste financiering

Het KCE beveelt een gemengde financiering aan, met een grote vaste component voor de beschikbaarheidsfunctie van de spoed en een variabele component op basis van het aantal spoedcontacten.

Het nieuwe element is dat de artsen op de spoed en in de huisartspermanentie een substantiële permanentievergoeding zouden ontvangen per aanwezig dagdeel of per wacht. Op die manier hebben artsen in minder drukke diensten, die toch permanent stand-by moeten zijn, een grotere zekerheid qua inkomen. Deze vergoeding wordt dan aangevuld met een honorarium per spoedcontact, dat wel lager zal liggen dan dat van vandaag.

Verder pleit het KCE ervoor om het remgeldsysteem voor huisartspermanentie en spoeddienst gelijk te schakelen, zodat er geen financiële reden voor de patiënt meer is om naar de spoeddienst te gaan in plaats van naar de huisarts. Het remgeld wordt ook slechts één keer betaald, op voorwaarde dat de patiënt de zorgsetting kiest die de triage hem voorstelt.

[Link naar de KCE Reportage : Organisatie van spoeddiensten in België](#)

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e
verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be