



BELEIDSPLAN EXPERTISEDOMEIN OUT-OF-HOURS CARE

1 januari 2024 – 31 december 2027

Voorwoord

Het expertisedomein out-of-hours care (ED OOHC) is een relatief jong expertisedomein binnen huisartsenvereniging Domus Medica en is ontstaan in samenwerking met Wachtposten Vlaanderen vzw, de koepelorganisatie van de Vlaamse wachtposten. Opportuniteiten te over dus om de zorg buiten de kantooruren, en bij uitbreiding de niet-planbare zorg, verder te optimaliseren! Dit beleidsplan ligt eveneens in lijn met en is een verdere uitdieping van het visiedocument Huisarts 2030 van Domus Medica. Daar waar het algemene visiedocument de hoofdlijnen voor een toekomstgerichte huisartsensector beschrijft en daarbij OOHC kort aanstipt, duikt dit plan in de diepte voor wat betreft OOHC en niet-planbare zorg.

Samen met een groep van experts is er in 2023 getimmerd aan een toekomstvisie voor de niet-planbare zorg. Vertrekkend vanuit de eerste lijn, maar in verbinding met andere partners (hoofdstuk 4). Deze toekomstvisie wordt ook als een op zichzelf staand document publiek verspreid.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de expertgroep.

Dr Bart Van de Velde	Senior-arts ED OOHC Domus Medica, voorzitter Wachtposten Vlaanderen, praktijkvoerend huisarts
Mevr. Martine Van Deuren	Lid ED OOHC Domus Medica, penningmeester Wachtposten Vlaanderen, wachtpostmanager wachtpost Turnhout
Dhr. Jonas Wollants	Lid ED OOHC Domus Medica, secretaris Wachtposten Vlaanderen, wachtpostmanager Mijn-wachtpost
Dr Luc Hendrix	Lid ED OOHC Domus Medica, bestuurder Wachtposten Vlaanderen, bestuurslid Huisartsenwachtpost 37, praktijkvoerend huisarts
Dr. Patrick Wijns	Lid ED OOHC Domus Medica, bestuurder Wachtposten Vlaanderen, bestuurslid huisartsenwachtpost regio Heist, praktijkvoerend huisarts
Dr. Wim Verhoeven	Lid ED OOHC Domus Medica, senior-arts ED kringen Domus Medica, bestuurder Wachtposten Vlaanderen, bestuurslid huisartsenwachtpost Antwerpen-Noord, praktijkvoerend huisarts
Dr. Johan Wuyts	Lid ED OOHC Domus Medica, bestuurder Wachtposten Vlaanderen, bestuurslid wachtpost Tienen, praktijkvoerend huisarts
Prof. Dr. Patrick Van de Voorde	Lid ED OOHC Domus Medica, professor spoedgeneeskunde UGent, directeur spoedgevallen dispatch centrum 112 Oost- en West-Vlaanderen
Prof. Dr. Hilde Philips	Lid ED OOHC Domus Medica, professor huisartsgeneeskunde. Senior-onderzoeker OOHC en triage in de eerste lijn. Universiteit Antwerpen
Dr. Chris Van Der Mullen	Lid ED OOHC Domus Medica, vertegenwoordiger federale werkgroep protocollen, praktijkvoerend huisarts
Apr. Hendrik De Rocker	Lid ED OOHC Domus Medica, Nederlandstalige secretaris-generaal Nationale Apothekersbond (APB), apotheker
Dhr. Michiel Van Lysebetten	Expertisedomeinverantwoordelijke OOHC Domus Medica

Uit deze toekomstvisie vloeide het beleidsplan voort van de expertisegroep OOHC voor de periode van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2027 (hoofdstuk 5). We nemen u als lezer echter eerst mee in een algemene contextschets en enkele evoluties waar de niet-planbare zorg mee geconfronteerd wordt (hoofdstuk 1), een SWOT-analyse (hoofdstuk 2) en de visie en missie van het expertisedomein (hoofdstuk 3). Dit document zal een leidraad zijn voor de werking van het expertisedomein, maar het hoeft geen betoog dat we hier dynamisch mee zullen omspringen: nieuwe kansen en uitdagingen worden niet zomaar aan de kant geschoven.

En dat er veel werk aan de winkel is, wordt duidelijk doorheen dit document! We nodigen elke actor in de niet-planbare zorg daarom uit om mee te timmeren aan oplossingen voor een meer geïntegreerde, toekomstgerichte niet-planbare zorg. Samen met de expertisegroep hopen we dat dit document hierbij een leidraad kan zijn.

Dr. Bart Van de Velde

Senior-arts expertisedomein OOHC
Voorzitter Wachtposten Vlaanderen vzw

Dr Jeroen Van den Brandt

Voorzitter Domus Medica vzw

Michiel Van Lysebetten

Expertisedomeinverantwoordelijke OOHC

Inhoud

1.	Contextschets en evoluties	5
1.1	Huisartsenwachtposten	5
1.2	Spoeddiensten.....	6
1.3	Noodcentrales 112	7
1.4	Andere actoren	8
2.	SWOT-analyse.....	10
3.	Missie en visie van het expertisedomein OOHC	11
3.1	Missie.....	11
3.2	Visie	11
4.	20 voorstellen voor een geïntegreerde aanpak van niet-planbare zorg in België	12
4.1	De 20 voorstellen in vogelvlucht.....	12
4.2	Uitdieping van alle voorstellen.....	13
4.3	Een schematisch overzicht.....	21
4.4	Patiëntencasussen als illustratie bij de voorstellen	21
5.	Doelstellingen expertisegroep OOHC	24
5.1	SD 1: we brengen en houden een debat over kwaliteitsvolle OOHC en niet-planbare zorg op gang, vanuit en voor de eerste lijn maar in nauwe samenwerking met alle andere actoren, inclusief de patiënt zelf	24
5.2	SD 2: in samenwerking met alle belanghebbenden zetten we kwaliteitsverbeterende trajecten op in de niet-planbare zorg en dit zowel binnen de praktijk, het onderwijs als in onderzoek	25
5.3	SD3: we doen aan belangenverdediging voor de Vlaamse wachtposten	25
5.4	SD 4: we bieden concrete ondersteuning aan de Vlaamse wachtposten via het aanbieden van opleidingen, centraliseren van kennis en faciliteren van onderling overleg.....	26
	Bijlage 1: de urgentieniveaus van de in België gebruikte triagestandaarden	27
	Bijlage 2 KCE rapport 263A: organisatiemodel voor ongeplande acute zorg (2016)	28

1. Contextschets en evoluties

Doorheen de week 's nachts, in de weekends en op feestdagen hebben huisartsen de plicht om permanentie te voorzien voor hun patiënten: de zogenaamde out-of-hours care oftewel zorg buiten de kantooruren. Dit gebeurt doorgaans via huisartsenwachtposten en/of via de praktijken zelf in een beurtroolsysteem. De huisartsenwachtposten en -diensten zijn onderdeel van een groter geheel van 'niet-planbare zorg', waartoe we ook de spoedgevallendiensten, noodcentrales, apothekers en andere actoren rekenen. Het uitwerken van een visie voor de huisartsen-OOHC dient dan ook in relatie te staan tot het globale landschap van de niet-planbare zorg. Hieronder volgt een algemene contextschets en een overzicht van de evoluties die merkbaar zijn in deze sector.

1.1 Huisartsenwachtposten

Huisartsenwachtposten voorzien in dringende, doch niet levensbedreigende, eerstelijnszorg buiten de kantooruren, in de volksmond ook wel 'dokter van wacht' genoemd. Het zijn plaatsen waar de huisartsen hun permanentieplicht zoals bepaald in de kwaliteitswet van 22 april 2019¹ volbrengen. In quasi heel België zijn **tijdens de weekends wachtposten actief**, doorgaans van vrijdag 18u of 19u (volgens de kwaliteitswet weldra verplicht vanaf 18u) tot maandag 8u (weekendwacht), alsook bij feestdagen. In sneltempo zien we ook steeds meer regio's **de weekpermanentie volbrengen in de huisartsenwachtpost**, van 18u/19u tot 8u de volgende dag. Sommige wachtposten werken daarbij samen op specifieke momenten, voornamelijk in de 'diepe nacht' van 23u tot 8u zodat op die moment minder wachtposten moeten geopend zijn.

Dit ligt in lijn met het idee van '**functionele samenwerkingsverbanden**' (FSV's), waarbij gevraagd wordt dat alle wachtposten zich vanaf 2025 gaan groeperen en hun werking op elkaar afstemmen via nieuwe, overkoepelende vzw's. Dit zal voor de huisartsenwachtposten heel wat juridische, financiële en organisatorische uitdagingen met zich meebrengen.

Huisartsenwachtposten zijn een relatief jong concept, waarbij de eerste wachtpost in 2003 is opgestart en de laatste in 2023. Alle wachtposten werken onder de juridische vorm van een vzw, waarbij het bestuur bestaat uit lokale huisartsen. In België zijn er in 2023 105 wachtposten actief: 55 in Vlaanderen, 6 in Brussel en 44 in Wallonië, respectievelijk uitgebaat door 45, 1 en 24 vzw's². Voor hun subsidiëring zijn huisartsenwachtposten volledig afhankelijk van het RIZIV, waarbij de organisatie van de wachtpost via een subsidiereglement wordt geregeld en de vergoeding voor de dienstdoende artsen zelf via het gebruikelijke systeem van honoraria. Het huidige financieringskader is opgebouwd uit verschillende rubrieken, waarbij er op sommige van deze rubrieken sprake is van een **structurele onderfinanciering**. Dit blijkt uit een verkennende studie³. In sommige regio's dragen artsen daarom ook zelf extra bij aan de werking van de lokale wachtpost. **Een nieuw financieringskader** zal worden uitgerold parallel aan de uitrol van de functionele samenwerkingsverbanden.

¹ Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, B.S. 14 mei 2019.

² Domus Medica vzw (2023), Een (visueel) overzicht van de huisartsenwachtposten, geraadpleegd op 13 juli 2023 van <https://www.domusmedica.be/expertisedomein/out-of-hours-care/een-visueel-overzicht-van-de-huisartsenwachtposten>

³ SBB Accountants & Adviseurs, Wachtpost Vlaanderen vzw (2023), Volstaat het huidige financieringskader anno 2023 voor de Vaamse wachtposten? Een analyse, geraadpleegd op 30 september 2023.

Wachtposten hebben niet-medisch geschoold onthaalpersoneel ter beschikking en chauffeurs in functie van huisbezoeken. Fysieke triage door onthaalmedewerkers mag niet, gezien hun niet-medische achtergrond. Steeds meer wachtposten stimuleren patiënten om aan **zelftriage** te doen via digitale tools^{4,5}. Telefonisch worden burgers in verschillende regio's niet langer rechtstreeks in contact gebracht met de onthaalmedewerker, maar komen zij via het nummer **1733** terecht bij een operator van een noodcentrale waar wél een **telefonische triage** plaatsvindt (cfr infra). De daarbij gebruikte protocollen zijn effectief⁶. Op niveau van de wachtpost-vzw, werken van de 45 wachtpostorganisaties in Vlaanderen al 9 volgens dit principe ('fase 2'). Daarnaast zijn er 15 wachtpostorganisaties die het nummer 1733 al communiceren, maar waarbij men nog een onthaalmedewerker aan de lijn krijgt ('fase 1'). Tot slot gebruiken 21 wachtpostorganisaties een eigen nummer. De 24 wachtpostorganisaties die al met het nummer 1733 werken (fase 1 en 2), bedienen samen een populatie van 3.626.427 inwoners (56% van alle Vlamingen). Tijdens de eerste jaarhelft van 2023 kregen de noodcentrales voor deze wachtposten tijdens de weekendwacht (vrijdag 18u tot maandag 8u + feestdagen) 136.540 oproepen binnen⁷.

Steeds vaker zien we dat huisartsenwachtposten **verhuizen naar een algemeen ziekenhuis**. Daarbij merken we dat een grote mate van de autonome werking behouden blijft. Huisartsenwachtposten nemen soms logistieke ondersteuning af van het ziekenhuis of maken inhoudelijke afspraken omtrent patiëntenflows, maar werken voorts autonoom van het ziekenhuis. Evenwel is een evolutie waar te nemen waarbij men zoekt naar manieren om **diepgaander samen te werken**. Denk hierbij onder andere aan gezamenlijke triageafspraken, laboafspraken, enzovoort.

De huisartsentoegankelijkheid heeft ook een impact op de huisartsenwachtposten en huisartsenwachtdiensten, daar de algemene bevolkingscijfers stijgen maar het aantal artsen daalt. Toch is er ook een evolutie merkbaar waarbij **huisartsen – al dan niet tijdelijk – enkel wachtdiensten opnemen** terwijl zij dus niet actief zijn in een huisartsenpraktijk of medisch centrum. We noemen deze artsen **permanentieartsen**.

1.2 Spoeddiensten

België kent volgens de wetgeving **twee types spoeddiensten: de gespecialiseerde spoedgevallenzorg en de spoedgevallendienst voor eerste opvang**. Een gespecialiseerde spoedgevallenzorg "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 erheen wordt gevoerd en waarvan de gezondheidstoestand onmiddellijke verzorging vereist of kan vereisen"⁸. Een spoedgevallendienst voor eerste opvang daarentegen moet enkel eerste zorgen toedienen waarna kan worden doorverwezen. De

⁴ Philips H, Verhoeven V, Morreel S, Colliers A, Remmen R, Coenen S, Van Royen P. Information campaigns and trained triagists may support patients in making an appropriate choice between GP and emergency department. Eur J Gen Pract. 2019 Oct;25(4):243-244. doi: 10.1080/13814788.2019.1675630. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31663392; PMCID: PMC6853219.

⁵ Pairon A, Philips H, Verhoeven V. A scoping review on the use and usefulness of online symptom checkers and triage systems: How to proceed? Front Med (Lausanne). 2023 Jan 6;9:1040926. doi: 10.3389/fmed.2022.1040926. PMID: 36687416; PMCID: PMC9853165.

⁶ Schoenmakers, B., Delmeiren, L., Pietermans, S., Janssens, M., Van Der Mullen, C., & Sabbe, M. (2021). The implementation of the nationwide out-of-hours phone number 1733 in Belgium: Analysis of efficiency and safety. Primary Health Care Research & Development, 22, E7. doi:10.1017/S1463423621000098

⁷ FOD Volksgezondheid dienst dringende hulpverlening (2023), persoonlijke communicatie op 14 september 2023)

⁸ Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden, B.S. 19 juni 1998.

criteria voor dergelijke spoeddiensten zijn minder streng dan bij de gespecialiseerde spoedgevallendiensten.

In 2021 telde België 122 ziekenhuizen met een gespecialiseerde spoedgevallenzorg, waarvan 62 in het Vlaamse Gewest, 14 in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en 46 in het Waalse Gewest⁹. Daarnaast waren er op dat moment nog 4 ziekenhuizen met een spoedgevallendienst voor eerste opvang¹⁰.

België kent een hoog aantal spoeddiensten per capita¹¹. Er is dan ook een trend waar te nemen waarbij sommige **gespecialiseerde spoeddiensten sluiten**. Al van voor de covidcrisis is er een **toename in het aantal aanmeldingen** op spoed merkbaar^{12,13} en die trend heeft zich ook de laatste jaren verder doorgezet¹⁴. Er is niet één oorzaak toe te schrijven aan deze stijging, al speelt de huisartstoegankelijkheid en bijhorende patiëntenstops hierin mee. Onderzoek naar alle onderliggende oorzaken hiervan is nuttig en nodig om toekomstige maatregelen correct te kunnen bepalen^{15,16,17}.

Patiënten die toekomen op spoed worden getrieerd. Triage is een dynamisch beslisproces op basis van een gevalideerd systeem dat de behoefte van een patiënt aan zorg prioriteert. Het doel hiervan is om elke patiënt de juiste zorg op het juiste moment te kunnen bieden. In de Belgische ziekenhuizen wordt **getrieerd op basis van ofwel het Manchester Triage Systeem (MTS) of de Emergency Severity Index (ESI)**. Hoewel er in de manier van werken verschillen zijn, kennen beide triagesystemen 5 urgentieklassen. Deze worden weergegeven in bijlage 1.

1.3 Noodcentrales 112

België kent anno 2023 **tien noodcentrales 112**. Zij vallen qua personeel en infrastructuur onder de bevoegdheid van de FOD Binnenlandse Zaken. De FOD Volksgezondheid is daarentegen verantwoordelijk voor de organisatie van de dringende geneeskundige hulp (DGH). Deze verdeling van bevoegdheden zorgt voor een uitdagend werkklimaat. In de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening (NRDGH) wordt door alle stakeholders van de DGH advies gegeven aan de federale minister van Volksgezondheid. Momenteel **vinden in de schoot van de NRDGH ook**

⁹ KCE Report 263As (2016), Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming, geraadpleegd op 3 mei 2023 van https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_263_As_Organisatie_en_financiering_van_spoeddiensten.pdf

¹⁰ FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (2022), Naar een gezond België, geraadpleegd op 17 juli 2023 van <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/dringende-medische-en-psychosociale-hulpverlening/organisatie/via-een-112-oproep-naar-een-ziekenhuis-zorgproces-voor-een-individu/spoedgevallendiensten>

¹¹ Morreel, S. (2022), Ill during the weekend : to the general practitioner or to the emergency department?, Antwerpen: Universiteit Antwerpen, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. 227 p.

¹² FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (2022), MZG: Spoedgevallendienst: rapport, geraadpleegd op 17 juli 2023 van <https://www.health.belgium.be/nl/mzgspoedgevallendienst-rapport>

¹³ Philips H, Michiels B, Coenen S, Remmen R. Reducing inappropriate A&E attendances. Br J Gen Pract. 2014 Feb;64(619):70. doi: 10.3399/bjgp14X677031. PMID: 24567592; PMCID: PMC3905416.

¹⁴ Dierckx, S (2022), Ziekenhuizen zien op spoed méér patiënten dan voor de coronacrisis: we kreunen onder de werklast', geraadpleegd op 17 juli 2023, van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/08/05/ziekenhuizen-spoed/>

¹⁵ Philips, H (2010): Out-of-hours primary care in Belgium. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://medialibrary.uantwerpen.be/oldcontent/container14692/files/Thesisboek%2020101029.pdf>

¹⁶ Philips, H., et al., Use of out-of-hours services : the patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. Acta clinica Belgica, 2013. 68(1): p. 1-8.

¹⁷ Philips, H., et al., Predicting the place of out-of-hours care : a market simulation based on discrete choice analysis. Health policy, 2012. 106(3): p. 284-290.

hervormingen plaats. Er wordt gepoogd dit document zoveel als mogelijk complementair te maken aan hervormingsadviezen die in de schoot van de NRDGH worden geformuleerd.

Ook de noodcentrales 112 hebben te kampen met een **steeds hoger aantal oproepen**. Bijvoorbeeld voor Oost-Vlaanderen steeg het aantal unieke medische interventies in opdracht van de noodcentrale 112 van 76.974 in 2017 naar 85.566 in 2021¹⁸.

Noodcentrales kunnen voor 112-oproepen **drie verschillende medische middelen** ter plaatse sturen:

- Mobiele urgentiegroep (**MUG**): een arts en verpleegkundige
- Paramedisch interventieteam (**PIT**): een verpleegkundige en ambulancier
- Ambulance (**AMB**): twee ambulanciers

De **PIT's zijn een relatief nieuw concept** dat gestart is in 2007 als proefproject en momenteel definitief verankerd wordt in de wetgeving. MUG's zijn sowieso verbonden aan een ziekenhuis, waarbij dit voor ambulances niet per definitie zo hoeft te zijn. Voor PIT's wordt hierrond momenteel nog regelgeving ontwikkeld.

Triage van oproepen gebeurt aan de hand van de Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie (BHMR)¹⁹ waarbij er naast algemene instructies ook een situatierapport, bilan vitale functies en themaprotocolen zijn. Ze helpen de noodoperator om de meest passende hulp te suggereren²⁰. In de meeste gevallen betekent dit een inschatting van welk hulpmiddel ter plaatse gestuurd moet worden. Er zijn acht urgentieklassen die aanleiding geven tot een verschillende uitruk. Deze urgentieklassen zijn terug te vinden in bijlage 1.

In verschillende noodcentrales in België worden ook door dezelfde operators oproepen naar het **nummer 1733**, voor het bereiken van de huisartsenwachtpost, behandeld²¹. De drie laagste urgentieklassen van de BHMR zijn hier specifiek op toegespitst met een doorverwijzing naar de huisartsenwachtpost (of het sturen van een huisarts op huisbezoek) dan wel uitstel van zorg. Het is de bedoeling om tegen **1 januari 2025 een landelijke dekking** te hebben van het nummer 1733 voor alle wachtposten, parallel aan de hervorming voor huisartsenwachtposten naar functionele samenwerkingsverbanden en een nieuw financieringskader (cfr supra). Anno 2023 is het echter een uitdaging om hiervoor voldoende personeel te vinden om alle oproepen op een kwaliteitsvolle manier te beantwoorden.

1.4 Andere actoren

1.4.1 Apothekers

Een niet te onderschatten rol binnen het landschap van out-of-hours care, ligt bij de 'apotheek van wacht'. Met een **landelijk beurtroelsysteem** wordt ervoor gezorgd dat er ook buiten de kantooruren

¹⁸ Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening (2022), persoonlijke communicatie op 1/10/2023.

¹⁹ FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (2022), Belgische handleiding voor de medische regulatie, geraadpleegd op 1 augustus 2023, van <https://www.health.belgium.be/nl/belgische-handleiding-voor-de-medische-regulatie>

²⁰ Morreel, S., et al., Performance of a new guideline for telephone triage in out-of-hours services in Belgium : a pilot study using simulated patients. Health services management research, 2020. 33(4): p. 166-171.

²¹ Van der Mullen, C., Quintens, H., Van Baelen, S., Crits, T., Wuyts, J., & Sabbe, M. (2017). De patiënt met een niet-planbare zorgvraag naar het gepaste zorgniveau verwijzen: nieuwe 112-1733 geïntegreerde telefonische triage- en regulatieprotocollen. In Tijdschrift voor Geneeskunde (Vol. 73, Issue 5, pp. 241-247). Nederlandstalige Medische Faculteiten in België. <https://doi.org/10.2143/TVG.73.05.2002284>

dringende medicatie beschikbaar is binnen de ambulante zorg. Naast patiënten die medicatie nodig hebben na een bezoek aan de spoeddienst of wachtpost (al dan niet op voorschrift), kunnen ook los daarvan burgers met dringende farmaceutische noden terecht bij de apotheek van wacht.

1.4.2 Niet-dringend liggend ziekenvervoer

Patiënten die met een **minder acuut medisch probleem naar het ziekenhuis** moeten, kunnen beroep doen op het systeem van niet-dringend liggend ziekenvervoer. Naast de mutualiteiten zijn er ook andere aanbieders van dergelijk vervoer. Afhankelijk van aanbieder tot aanbieder wordt er doorgaans verwacht minstens 24u op voorhand een aanvraag te doen. Dit maakt het systeem moeilijker bruikbaar binnen de niet-planbare zorg. Er ontstaat **soms oneigenlijk gebruik van ambulances die gevraagd worden om ongepland niet-dringend liggend ziekenvervoer uit te voeren**. Denk bijvoorbeeld aan een niet-geplande nierdialyse. Momenteel wordt daarom binnen de schoot van de NRDGH onderzocht hoe een intermediair niveau (tussen ambulance en niet-dringend liggend ziekenvervoer in) er zou kunnen uitzien om dergelijke noden op te vangen.

1.4.3 Overige actoren

Tot slot zien we ook andere actoren die een rol hebben buiten de kantooruren. Wij denken hierbij onder andere aan (niet-limitatieve lijst):

- **Tandartsen:** zij hebben eveneens een (Vlaams) **wachtdienstsysteem**. Onder andere het tandartsentekort maakt het echter uitdagend om in sommige regio's bij acute noden snel geholpen te worden.
- **Thuisverpleegkundigen:** naast geplande zorg buiten de kantooruren krijgen ook thuisverpleegkundigen te maken met niet-planbare zorg buiten de kantooruren. Denk hierbij onder andere aan acute eerstelijnsopathie, maar zeker ook aan ziekenhuisontslagen op vrijdagmiddag, waarvoor in de weekends verpleegkundige zorgen noodzakelijk zijn. Er bestaat **geen uniform wachtdienstsysteem** onder de thuisverpleegkundigen in Vlaanderen.
- **Mobiele crisisteams geestelijke gezondheid:** mobiele crisisteams bieden ambulante kortdurende interventies op maat in de thuisomgeving voor personen met acute psychische en psychiatrische problemen. Zij bieden ook zorg buiten de kantooruren. **Wachtdiensten zijn regionaal geregeld**, per netwerk geestelijke gezondheid.
- **Palliatieve thuisbegeleidingsequipes:** in Vlaanderen en Brussel zijn er vijftien netwerken palliatieve zorg actief die palliatieve thuisbegeleidingsequipes ter beschikking hebben. Deze hulpverleners zijn 24/7 beschikbaar en willen de zorgverleners in de eerste lijn ondersteunen in het bieden van de best mogelijke palliatieve zorg²².
- **Extra muros tweedelijnsactoren:** dit zijn zorgverleners die doorgaans tot de tweedelijnszorg worden gerekend, maar soms enkel een ambulante praktijk hebben en in feite op de scheidingslijn tussen eerste en tweede lijn actief zijn. Voorbeelden hiervan zijn: pediaters, oftalmologen,

²² Veerhoek, O., et al., Continuïteit van informatieoverdracht over palliatieve patiënten op de huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Tijdschrift voor geneeskunde, 2019. 75(13): p. 829-838.

2. SWOT-analyse

De expertisegroep analyseerde de huidige OOHC en niet-planbare zorg aan de hand van een SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

STERKTES - Hoge toegankelijkheid en kwaliteit van niet-planbare zorg (spoed/ noodcentrales/ eerste lijn) - Aanzet tot één toegangspoort over de zorgniveaus heen via 112-1733 en beginnende afspraken spoed-wachtposten - Wachtposten zijn voor de gemiddelde huisarts een logische keuze - Individueel georganiseerde wachtposten zijn verenigd in een koepelorganisatie: bereidheid tot samenwerking	ZWAKTES - Manco's bij uitrol 1733 (personeelstekorten, geen afspraken m.b.t. kwaliteitsindicatoren) - Geen uniformiteit m.b.t. organisatie van wachtposten (dit zorgt voor minder transparantie naar de patiënt toe) - Drempels voor patiënten die wel de nodige zorg zouden moeten krijgen – afhankelijk van de specifieke wachtpost (administratieve supplementen, betalend 0900-wachtnummer, ...) ²³ - Geen uniformiteit in te behandelen pathologieën op wachtpost (bv. hechtingen) - Elke discipline (binnen eerste lijn) en elk zorgniveau organiseert zich apart = onduidelijk voor de patiënt - Visieverschillen o.a. op het vlak van wachtpostorganisatie in Vlaanderen, Brussel, Wallonië - Perceptie van de patiënt dat zorg op spoed beter is dan zorg op de wachtpost
KANSEN - Tendens tot samenwerken over lijnen en disciplines heen, waardoor een geïntegreerd verhaal mogelijk is - Digitale innovaties in OOHC (beeldbellen, AI, speech recognition, ...) - Dankzij zelftriage kan de patiënt zijn zorg meer in eigen handen nemen. - Zorgsubstitutie (het rationeel herverdelen van taken tussen zorgverleners) - Herdenken financiering OOHC op wachtpostniveau, maar ook breder	BEDREIGINGEN - Zorgverlenerstekort/ overbevraging zorgverleners - 24/7 maatschappij: burgers verwachten steeds vaker hier en nu hulp - Meerdere regio-indelingen m.b.t. gezondheidsstructuren (ziekenhuisnetwerken, ELZ, huisartsenkringen, ...) waardoor afstemming moeilijker is - Soms onveilig werkklimaat zorgverleners: stijgende agressie t.a.v. zorgpersoneel - Corporatisme binnen en tussen groepen van actoren OOHC - Aparte organisatie van planbare en niet-planbare zorg kan hiaten veroorzaken

²³ Philips, H., et al., Accessibility and use of primary health care : how conclusive is the social-economical situation in Antwerp? Acta clinica Belgica, 2015. 70(2): p. 100-104.

3. Missie en visie van het expertisedomein OOHC

3.1 Missie



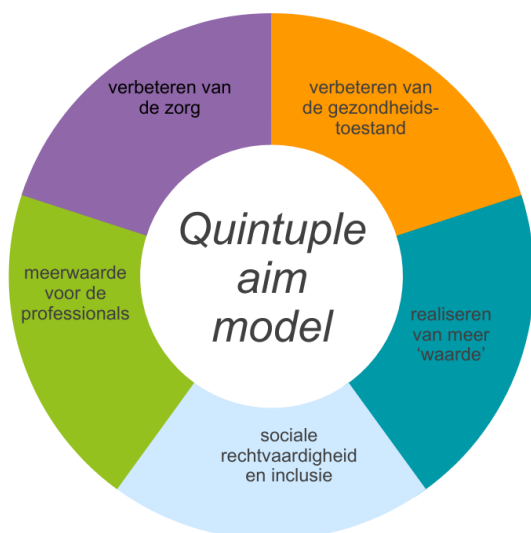
Het expertisedomein out-of-hours care professionaliseert de huisartsenwachtposten en bij uitbreiding de sector van de niet-planbare zorg in Vlaanderen, vanuit en voor de eerste lijn maar in relatie tot andere actoren en met de patiënt als centraal vertrekpunt.



3.2 Visie

We geloven dat deze missie het best bereikt kan worden door te kiezen voor:

- Een **overlegmodel** en het leggen van verbinding tussen actoren (professionals en patiënten) in de niet-planbare zorg (netwerkstrategie)
- Inzet op **data en onderzoek**, zodat vertrokken wordt vanuit een wetenschappelijke basis²⁴
- Het gebruik van het **quintuple aim model**²⁵ als toetssteen in alles wat we doen:
 - o Verbeteren van de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau
 - o Met de ingezette middelen meer 'waarde' creëren voor burgers
 - o Waarbij er extra aandacht is voor de meest kwetsbaren
 - o Het verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren
 - o Dat professionals hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen



²⁴ Colliers, A., et al., Improving Care And Research Electronic Data Trust Antwerp (iCAREdata) : a research database of linked data on out-of-hours primary care. BMC research notes, 2016. 9: p. 1-7.

²⁵ National Academy of Medicine. 2019. Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27111>

4. 20 voorstellen voor een geïntegreerde aanpak van niet-planbare zorg in België

4.1 De 20 voorstellen in vogelvlucht

1. Er is meer **afstemming tussen de triagestandaarden** die in België worden gebruikt.
2. **Elke triage wordt gelogd** en is toegankelijk voor zorgverleners en patiënten.
3. Triage kent **9 mogelijke ernstniveaus**. Het zorgniveau dat daaraan gekoppeld wordt, is **bindend**. Triage is een apart en **volwaardig onderdeel van de zorg**.
4. Er is een duidelijk afsprakenkader onder hulpverleners voor een **'fast lane' doorverwijzing** binnen OOHG.
5. **Zelftriage** is een volledig geïntegreerd onderdeel van triage.
6. Te onderzoeken: **huisbezoeken** buiten de kantooruren worden niet langer door de individuele huisartsenwachtposten geregeld maar via een **centrale aansturing**, al dan niet binnen hetzelfde systeem van de noodcentrales.
7. Te onderzoeken: patiënten hoeven niet langer naar de huisartsenwachtpost te gaan waartoe hun gemeente behoort, maar worden steeds naar de **dichtstbijzijnde wachtpost** gestuurd.
8. Te onderzoeken: **wachtposten en spoeddiensten** bevinden zich op één locatie en hebben een **gezamenlijke triage** en doorverwijsafspraken. Er is een duidelijke visie voor de regio's waar dit niet mogelijk is.
9. De huisartsenwachtpost wordt een **eerstelijnswachtpost** waar ook andere disciplines actief zijn.
10. Er worden **bijkomende vervoersmodaliteiten** uitgewerkt voor niet-planbare zorg.
11. Patiënten die 'dringend nood aan zorg van een huisarts' als triage-uitkomst krijgen, ontvangen een **digitale triagecode** waarmee ze een afspraak kunnen maken in de huisartsenwachtpost. Eenzelfde systeem is mogelijk ook nuttig op de spoeddiensten.
12. De **huisartsenwachtpost** blijft ook **actief tijdens de diepe nacht** (23u-8u). Afhankelijk van het aantal contacten tijdens die diepe nacht, wordt de meest passende organisatie hiervoor aangewend.
13. **Digitale innovaties** worden in kaart gebracht die de **workload verlagen** van de huisarts op de wachtpost, zowel qua triage en toeleiding als tijdens het wachtpostconsult zelf
14. Er is een **uniforme lijst met vaardigheden en competenties op de huisartsenwachtpost**. Dit vormt een basis voor afspraken tussen spoeddiensten en wachtposten en moet ervoor zorgen dat artsen de juiste basisvorming krijgen om hun taken kwalitatief te kunnen uitvoeren.
15. Om het huisartsenberoep aantrekkelijker te maken, dient een adequate financiering voor de wachtarts voorzien te worden.
16. Er is een **kwaliteitsafsprakenkader** tussen de huisartsenwachtposten en de noodcentrales voor de oproepen van **1733**.
17. **Studenten** geneeskunde en beroepsactieve artsen worden beter voorbereid op het leveren van **zorg buiten de kantooruren**.
18. Er is een landelijke **sensibiliseringscampagne** rond correct gebruik van spoed en wachtdienst.
19. **Organisatiestructuren en organogrammen worden herbekeken** in functie van genoemde reorganisaties.
20. **Wachtposten streven naar verdere professionalisering** en zoeken naar synergieën om als één sterk merk naar buiten te treden.

4.2 Uitdieping van alle voorstellen

1. De verschillende gebruikte triagestandaarden in België worden meer op elkaar afgestemd

Zoals in hoofdstuk 1 geschetst zijn er momenteel verschillende triagesystemen in omloop in België. Op de spoeddiensten wordt getrieerd aan de hand van het Manchester Triage Systeem (MTS) of de Emergency Severity Index (ESI), waarbij er fysieke aanwezigheid van de patiënt is. Bij de noodcentrales wordt getrieerd aan de hand van de Belgische Handleiding voor Medische Regulatie (BHMR) waarbij louter op basis van een telefoongesprek dient te worden getrieerd. We stellen voor om deze triagestandaarden meer op elkaar af te stemmen. In geen geval mogen triagesystemen elkaar tegenspreken. De analogie kan gemaakt worden met het Nederlands triagesysteem dat door de Nederlandse spoeddiensten, huisartsenwachtposten, noodcentrales en bij zelftriage gebruikt wordt waardoor de verschillende actoren meer 'dezelfde taal' spreken. Ook MTS kan zowel voor telefonische als fysieke triage gebruikt worden, maar in België wordt MTS enkel gebruikt voor fysieke triage in de ziekenhuizen.

Het belangrijkste voordeel hierbij is dat ongeacht of een patiënt aan zelftriage deed, er telefonisch of fysiek getrieerd is, de urgentiegraden gelijk zijn. Dit bevordert uniforme informatie-uitwisseling, zorgt voor meer duidelijkheid en kan zorgen voor kostenefficiëntie in de organisatie van de zorg. Aan patiëntzijde biedt dit ook meer transparantie.

Tot slot wordt ook best naar een systematische feedback gekeken die de triage als het ware 'continu' kan valideren.

2. Elke triage wordt gelogd en is toegankelijk voor zorgverleners en patiënten

Elke triage wordt gelogd (bijvoorbeeld via XML-files) en is toegankelijk voor alle belanghebbende zorgverleners en patiënten. Zo moeten niet enkel op spoed en in de wachtposten de logs gelezen kunnen worden, maar moet dit bijvoorbeeld ook voor de apotheker mogelijk zijn. Wanneer de patiënt zich aanbiedt in de apotheek nadat een (zelf)triage plaatsvond, kan de apotheker hiermee rekening houden.

3. Triage kent 9 mogelijke ernstniveaus. Het zorgniveau dat daaraan gekoppeld wordt, is bindend. Triage is een apart en volwaardig onderdeel van de zorg

Voortbouwend op de BHMR zien we acht mogelijke ernstniveaus waarbij een verdere medische inschatting nodig is. Daar voegen we nog één ernstniveau aan toe waarbij geen medische inschatting noodzakelijk is.

1. Situatie is onmiddellijk levens- of orgaanbedreigend; hoogste prioriteit
2. Situatie is mogelijk levens- of orgaanbedreigend; toestand die urgente medische bijstand vraagt
3. Situatie kan op korte termijn evolueren naar levens- of orgaanbedreigend; toestand die urgente medische bijstand vraagt binnen een gekend protocol
4. Situatie kan evolueren naar levens- of orgaanbedreigend; toestand die evenwel geen urgente medische bijstand vraagt
5. Situatie is niet levens- of orgaanbedreigend, doch toestand vraagt snelle ziekenhuisopname voor diagnose, therapie of observatie

6. Situatie is niet levens- of orgaanbedreigend, doch toestand vraagt snelle medische inschatting (binnen 1u tot 2u max.) voor diagnose of therapie
7. Situatie is niet bedreigend, doch toestand vraagt medische inschatting (binnen 12u max.) voor diagnose of therapie
8. Situatie is planbaar, doch toestand vraagt medische inschatting voor diagnose of therapie; patiënt maakt een afspraak met betreffende zorgverlener. Patiënt kan in afwachting een zelfzorgadvies/vangnetadvies krijgen. Daarbij kan ook verwezen worden naar de apotheker.
9. Situatie vereist geen medische inschatting voor diagnose of therapie. Patiënt krijgt louter een zelfzorgadvies/vangnetadvies. Daarbij kan ook verwezen worden naar de apotheker.

Indien zorg ter plaatse moet worden gestuurd, kunnen daar de betreffende vervoersmiddelen aan gekoppeld worden, zoals door de BHMR geregeld:

- Medische Urgentie Groep (MUG) 1 & 2 ~ niveaus 1 & 2
- Paramedisch Interventie Team (PIT) 1 & 2 ~ niveaus 3 & 4
- Ambulance ~ niveau 5
- Huisbezoek huisarts 1 & 2 ~ niveaus 6 & 7

Elke patiënt die dit vraagt, kan op heden gezien worden op het zorgniveau dat die verkiest (wachtpost, spoed, ...). Dit recht moet overeind blijven tot op niveau van triage. De uitkomst van de triage is bindend. Dit wil zeggen dat een zelfzorgadvies of uitstel van zorg ook gehandhaafd wordt tenzij de medische situatie verandert. De open deur blijft dus aanwezig tot op niveau van triage, waarbij spontane aanmelding met lage urgentie wel sterk wordt afgeraden. Door triage te benoemen als een apart en volwaardig deel van een zorgproces, wordt duidelijker gemaakt dat de patiënt effectief beluisterd wordt en aangepaste professionele zorg krijgt.

4. Er is een duidelijk afsprakenkader onder hulpverleners voor een ‘fast lane’ doorverwijzing binnen OOHc

Doorverwijzing door professionele hulpverleners krijgt een duidelijke plaats binnen de triageprotocollen. Bij een niet-pluisgevoel door een andere zorgverlener (bijvoorbeeld apotheker al dan niet tijdens de wachtdienst) kan zinvolle tijd worden gewonnen door na te denken over een flow die toelaat om in dergelijke gevallen een persoon meer rechtstreeks door te verwijzen naar de meest gepaste vorm van OOHc. Dit op een -voor beide partijen- efficiënte manier. In het bijzonder moet er aandacht gaan naar samenwerking over de lijnen heen waarbij eerstelijnsactoren, zoals huisartsen buiten de kantooruren, rechtstreeks moeten kunnen doorverwijzen naar tweedelijnsactoren zonder daarbij systematisch een patiënt via de spoed te laten aanmelden.

We stellen bovendien vast dat zorgverleners die actief zijn in de niet-planbare zorg, niet altijd vlot met elkaar kunnen communiceren over lijnen en disciplines heen en dus ook niet vlot kunnen doorverwijzen (bijvoorbeeld naar wie, hoe, met welke verwachting, ...). Denk hierbij aan communicatie tussen de apotheker en de huisarts of het ziekenhuis, tussen de huisarts en het ziekenhuis, tussen de operatoren van 1733/112 en de artsen of andere disciplines/organisaties (zoals woonzorgcentra), enzovoort. De communicatielijnen en -mogelijkheden dienen hierbij herbekeken en geoptimaliseerd te worden. Ook wat betreft onderlinge doorverwijzing is een systematische feedbackloop nuttig.

5. Zelftriage is een volledig geïntegreerd onderdeel van triage

Zelftriagetools vinden steeds meer hun weg richting huisartsenwachtposten en huisartsenpraktijken. Het zijn instrumenten die de patiënt helpen beslissen welke zorg meest adequaat kan zijn²⁶. Momenteel staan zij los van officiële Belgische triagesystemen en de werking van de Belgische dringende geneeskundige hulpverlening. In Nederland is 'Moet ik naar de dokter' veilig en effectief bevonden en bijvoorbeeld wel afgestemd met de Nederlandse Triage Standaard²⁷. Vaak worden dergelijke tools ook omschreven als een 'pre-triage'²⁸. Zelftriage moet als een geïntegreerd onderdeel worden aanzien van triage. De mogelijke uitkomsten van zelftriage zijn dezelfde als de telefonische of fysieke triage (9 triageniveaus). De sector is vragende partij om een zelftriagetool te voorzien die volledig gekoppeld is aan 1733.

Zelftriage waarbij de triage uitkomt op niveau 1 tot en met 6, wordt telefonisch gevalideerd via 112/1733. Daar waar de zelftriage gebeurde via een smartphone kan, mits akkoord van de patiënt, direct doorgeschakeld worden naar de noodcentrale. Bij een zelftriage op een ander toestel wordt gevraagd om zelf contact op te nemen. Bij triageniveau 7 buiten de kantooruren kan men automatisch een afspraak maken in de wachtpost. Tijdens de kantooruren wordt doorverwezen naar de huisarts die zich hierop adequaat dient te organiseren. Er dient onderzocht te worden of ook bij uitkomst van ernstniveau 6 een automatische afspraak in de wachtpost gemaakt kan worden.

Een kwaliteits- en financieringskader rond zelftriagetools en bij uitbreiding zelfzorgtools (binnen OOHC) dient verder uitgewerkt te worden. Men dient een visie en richtlijnen te ontwikkelen over minimale kwaliteitseisen en over hoe de financiering van dergelijke tools moet verlopen.

6. Te onderzoeken: huisbezoeken buiten de kantooruren worden niet langer door de individuele huisartsenwachtposten geregeld maar via een centrale aansturing, al dan niet binnen hetzelfde systeem van de noodcentrales

Het plannen van huisbezoeken buiten de kantooruren gebeurt nu door de huisartsenwachtpost. Daarbij houdt elke wachtpost slechts rekening met het eigen werkingsgebied. Wellicht kan de organisatie van de huisbezoeken efficiënter gebeuren door dit centraal aan te sturen. Daarbij wordt – rekening houdend met urgentiegraden – steeds het dichtstbijzijnde voertuig naar de patiënt gestuurd (ermee rekening houdend dat er nooit te lange aanrijtijden mogen ontstaan bij latere huisbezoeken). Eén mogelijkheid is dat wachtposten dit zelf gecentraliseerd organiseren. Een andere mogelijkheid is dat dit mee vanuit de noodcentrales wordt aangestuurd naar analogie met de vervoersmiddelen van 112.

De uren van de diepe nacht (23u-8u) lijken daarbij het meest ideaal om dit voorstel te onderzoeken daar het aantal huisbezoeken op dat moment zeer beperkt zijn. Dit onderzoek dient vanzelfsprekend in overleg met de huisartsenwachtposten zelf te gebeuren. De 'rijdende huisartsen' ondersteunen immers de 'zittende huisartsen' op de wachtpost door ook consultaties voor hun rekening te nemen wanneer zij

²⁶ Gilbert A, Diep AN, Boufraioua M, Pétré B, Donneau AF, Ghuysen A. Patients' self-triage for unscheduled urgent care: a preliminary study on the accuracy and factors affecting the performance of a Belgian self-triage platform. BMC Health Serv Res. 2022 Sep 23;22(1):1199. doi: 10.1186/s12913-022-08571-5. PMID: 36151563; PMCID: PMC9508742.

²⁷ Verzaantvoort NCM, Teunis T, Verheij TJM, van der Velden AW. Self-triage for acute primary care via a smartphone application: Practical, safe and efficient? PLoS One. 2018 Jun 26;13(6):e0199284. doi: 10.1371/journal.pone.0199284. PMID: 29944708; PMCID: PMC6019095.

²⁸ Pairon, A., H. Philips, and V. Verhoeven, A scoping review on the use and usefulness of online symptom checkers and triage systems : how to proceed? Frontiers in Medicine, 2023. 9: p. 1-12.

niet op de baan zijn. Bovendien moet een constante communicatie tussen de arts en de dispatching mogelijk zijn om een vlotte werking te kunnen behouden.

7. Te onderzoeken: patiënten hoeven niet langer naar de huisartsenwachtpost te gaan waartoe hun gemeente behoort, maar worden steeds naar de dichtstbijzijnde wachtpost gestuurd.

Momenteel is de postcode van waar de patiënt zich op dat moment bevindt, leidend om te bepalen naar welke huisartsenwachtpost de patiënt zich dient te begeven. Het verdient onderzoek naar wat de impact voor de huisartsenwachtposten zou zijn wanneer we dit principe (werken met postcode) loslaten en in de plaats daarvan het exacte adres (GPS-coördinaten) van de patiënt leidend wordt om de wachtpost te definiëren waarnaar de patiënt zich dient te begeven. Indien de impact voor de huisartsen qua workload in kaart is gebracht en hiertoe oplossingen geformuleerd kunnen worden, dan verhoogt naar alle waarschijnlijkheid de patiënttevredenheid omdat die zich naar de dichtstbijzijnde wachtpost kan begeven. Dat is met het huidige systeem niet altijd het geval.

8. Te onderzoeken: wachtposten en spoeddiensten bevinden zich op één locatie en hebben een gezamenlijke triage en doorverwijsafspraken. Er is een duidelijke visie voor de regio's waar dit niet mogelijk is.

Steeds meer wachtposten bevinden zich al op een ziekenhuissite, maar de inhoudelijke werking verloopt doorgaans bijna volledig gescheiden. Slechts in beperkte situaties zijn er gezamenlijke triageafspraken. Interne doorverwijsafspraken na diagnosestelling komen wel vaker voor. In de literatuur vinden we gemengde evidentie over de voordelen van een volledig geïntegreerde werking spoeddienst-wachtpost met gezamenlijke triage^{29,30,31,32}. Evenwel mogen we op basis van buitenlandse literatuur niet zomaar algemene conclusies trekken voor de Belgische situatie gezien elk gezondheidszorgsysteem zijn eigen kenmerken heeft. Er dient dan ook onderzocht te worden door middel van proefprojecten hoe een volledig gezamenlijke fysieke triage binnen de Belgische context er kan uitzien en waar er nog kansen liggen in de algemene samenwerking. Het is hierbij noodzakelijk dat een triageverpleegkundige niet louter aangestuurd wordt vanuit het ziekenhuis, maar dat er een wisselwerking is tussen wachtpost en spoeddienst.

Bovendien moet fysieke triage voor patiënten met minder urgente aanmeldingsklachten (die dus in hoofdzaak op de wachtpost zullen belanden) zo veel als mogelijk vermeden worden. Zelftrage en telefonische triage via 1733 moet voor deze patiënten de gebruikelijke toegangspoort zijn voor verdere hulp.

²⁹ Schoenmakers, B., Van Crielinge, J., Boeve, T. et al. Co-location of out of hours primary care and emergency department in Belgium: patients' and physicians' view. BMC Health Serv Res 21, 282 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06281-y>

³⁰ Wackers EME, Stadhouders NW, Maessen MFH, Tanke MAC, Gaakeer MI, van Dulmen SA, Jeurissen PPT. Association between acute care collaborations and health care utilization as compared to stand-alone facilities in the Netherlands: a quasi-experimental study. Eur J Emerg Med. 2023 Feb 1;30(1):15-20. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000969. Epub 2022 Aug 22. PMID: 35989654; PMCID: PMC9770117.

³¹ Cooper A, Davies F, Edwards M, et al The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review BMJ Open 2019;9:e024501. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024501

³² Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD002097. doi: 10.1002/14651858.CD002097.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 13;2:CD002097. PMID: 23152213; PMCID: PMC4164956.

De wachtpost blijft na de triage autonoom functioneren ten opzichte van de spoeddienst. Dit wil zeggen dat een eigen rechtspersoon behouden blijft en de wachtpost niet gezien kan worden als een onderdeel van het ziekenhuis. Wel wordt er sterk ingezet op uitwisseling, waarbij een feedbackcultuur opgezet wordt met betrekking tot de samenwerking. Bovendien kan men ook op andere manieren drempelverlagend werken, zoals een gemeenschappelijke lunchruimte/ontspanningsruimte voor medewerkers van spoed en wachtpost.

Als dit onderzoek aantoont dat er voordelen zijn voor een colocatie van spoed en wachtpost, dient er nog steeds een alternatief mogelijk te zijn: in sommige regio's is een colocatie immers niet mogelijk of wenselijk gezien de specifieke geografische inplanting van de spoeddienst ten opzichte van de wachtpost.

9. De huisartsenwachtpost wordt een eerstelijns-wachtpost waar ook andere disciplines actief zijn

We stellen voor om ook permanenties van andere actoren te organiseren binnen een wachtpost. Denk hierbij bijvoorbeeld aan tandzorg en geestelijke gezondheidszorg. Elke discipline blijft na de algemene triage wel een autonome werking behouden (cfr supra). Hiervoor dienen we gesprekken met de betreffende beroepsgroepen op te starten.

Daarnaast zijn er disciplines waarbij, als alternatief voor het on site plaatsen, het misschien voldoende is als de huisarts ondersteund wordt door betreffende disciplines. Denk bijvoorbeeld aan oftalmologie waarbij de huisarts extra getraind wordt in het opvolgen van acute eerstelijns oogproblemen, zodat hij goed kan inschatten wanneer door te verwijzen naar de oftalmoloog van wacht (via spoed) en wanneer dit opgevangen kan worden binnen de eerste lijn.

De huisartsenwachtposten zijn ook vragende partij om het afhalen van medicatie, na een afspraak in de wachtpost, te vereenvoudigen. In overleg met de apothekers dient onderzocht te worden welke mogelijkheden geschikt en haalbaar zijn om minstens veelgebruikte medicatie altijd nabij de wachtpost ter beschikking te stellen.

Ook passend binnen dit voorstel is de mogelijke inzet van verpleegkundigen op de wachtpost ter ondersteuning van de huisarts (naar analogie met verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk - VIHP). Er dient onderzocht te worden of VIHP's op de wachtpost een meerwaarde kunnen zijn.

Het uitbouwen van een volwaardige eerstelijns-wachtpost heeft als voordeel voor de patiënt dat verschillende disciplines op eenzelfde locatie gegroepeerd zijn. Voor de hulpverlener ontstaan er (fysiek) korte lijnen wat de interprofessionele samenwerking kan verhogen.

10. Er worden bijkomende vervoersmodaliteiten uitgewerkt voor niet-planbare zorg

Er is nood aan een bijkomende vervoersdienst die een antwoord biedt op vervoersvragen die te urgent zijn voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer, maar te weinig urgent zijn voor de middelen 112. Momenteel worden semi-urgente vragen soms opgevangen door ambulances wat oneigenlijk gebruik van middelen inhoudt. Evenwel kunnen eerstelijns-hulpverleners situaties definiëren die een opname vereisen via aangepast vervoer en dit binnen een periode die korter is dan waarvoor het niet-dringend liggend ziekenvervoer aangewend kan worden.

11. Patiënten die ‘dringend nood aan zorg van een huisarts’ als triage-uitkomst krijgen, ontvangen een digitale triagecode waarmee ze een afspraak kunnen maken in de huisartsenwachtpost. Eenzelfde systeem is mogelijk ook nuttig op de spoeddiensten.

Patiënten die via 1733 getrieerd worden richting een consult op de wachtpost, ontvangen per sms een code waarmee zij online een afspraak kunnen maken in de betreffende huisartsenwachtpost. Patiënten die digitaal onvoldoende vaardig zijn, hebben nog steeds de mogelijkheid om de wachtpost op te bellen. Ook bij fysieke triage kunnen dergelijke codes gecreëerd worden.

Huisartsenpraktijken dienen bijkomend na te denken over hoe er tijdens de kantooruren ook sluitende oplossingen zijn om niet-planbare eerstelijnszorg vlot op te vangen. De huisartsenkringen kunnen hierbij faciliterend werken. Spoeddiensten en noodcentrales zijn vragende partij voor een ‘single point of contact’ (SPOC) tijdens de kantooruren.

Wellicht kunnen dergelijke codes ook relevant zijn voor de eigen werking van de spoeddiensten, waarbij de patiënt die zich naar de spoed begeeft deze code kan doorgeven bij aankomst. Dit stelt spoeddiensten in staat om de info die vergaard werd door de 112-operator op te halen en te koppelen aan het dossier van de patiënt.

12. De huisartsenwachtpost blijft ook actief tijdens de diepe nacht (23u-08u). Afhankelijk van het aantal contacten tijdens die diepe nacht wordt de meest passende organisatie hiervoor aangewend.

In lijn met het visiedocument Huisarts 2030 van Domus Medica³³, blijven huisartsenwachtposten niveau 6 en 7 urgenties zien tijdens de diepe nacht. Op vrijdagen en zaterdagen, aan het einde van de diepe nacht, kunnen niveau 7 urgenties uitgesteld worden om gezien te worden op de wachtpost na 8 uur ‘s ochtends. Exacte richtlijnen hierrond dienen nog uitgewerkt te worden. Dergelijke afspraken kunnen ook op andere weekdays gemaakt worden, al vraagt dit de juiste organisatie van de huisartsenpraktijken om deze uitgestelde niveau 7 interventies dan prioritair te zien in de huisartsenpraktijk tijdens de kantooruren.

Hoe huisartsenwachtposten zich organiseren tijdens de diepe nacht, moet lokaal ingevuld worden en is afhankelijk van de context. Het aantal contacten dat gemiddeld in een specifieke periode binnenkomt, is hiervoor leidend. Zo zou men, bij wijze van voorbeeld, moeten kunnen kiezen voor flexibele systemen, waarbij er tijdens rustige periodes (bv. tijdens de zomermaanden) minder artsen actief zijn die huisbezoeken en consultaties combineren, terwijl in drukke periodes deze functies gescheiden blijven.

13. Digitale innovaties worden in kaart gebracht die de workload verlagen van de huisarts op de wachtpost, zowel qua triage en toeleiding als tijdens het wachtpostconsult zelf

De werklast voor de Vlaamse huisarts ligt hoog. Het volbrengen van de permanentie is vaak een extra belasting die het huisartsenberoep minder aantrekkelijk maakt. De permanentie zelf wordt niet in vraag gesteld, maar naast een bindende triage, zien we in andere landen digitale innovaties die de werkdruk kunnen verlagen tijdens het volbrengen van de permanentie. Deze innovaties kunnen ervoor zorgen dat

³³ Domus Medica vzw (2022), Huisarts 2030, geraadpleegd op 20 juli 2023 van <https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/Huisarts%202030%20-%20visiedocument%20%28website%29.pdf>

men minder patiënten fysiek hoeft te zien op de wachtpost of dat het wachtpostconsult vlotter afgehandeld kan worden. Het verdient het nodige onderzoek om dergelijke innovaties in kaart te brengen en – indien passend binnen onze gezondheidscontext – de implementatie ervan voor te bereiden.

14. Er is een uniforme lijst met vaardigheden en competenties op de huisartsenwachtpost. Dit vormt een basis voor afspraken tussen spoeddiensten en wachtposten en moet ervoor zorgen dat artsen de juiste basisvorming krijgen om hun taken kwalitatief te kunnen uitvoeren

Momenteel is er – afhankelijk van de dienstdoende huisarts op de wachtpost – differentiatie merkbaar in de pathologieën die op de wachtpost zelf behandeld worden dan wel dewelke worden doorverwezen naar spoed. Een uniforme lijst met vaardigheden en competenties in de huisartsenwachtpost, afgestemd met de basiscompetenties voor huisartsen, kan dit verduidelijken. Het biedt spoeddiensten en wachtposten een duidelijk kader van welke pathologieën zij dienen door te verwijzen naar elkaar en welke niet. Huisartsen ontvangen de nodige ondersteuning/bijscholing om hun competenties rond huisarts-urgentiegeneskunde aan te scherpen.

15. Om het huisartsenberoep aantrekkelijker te maken, dient een adequate financiering voor de wachtarts voorzien te worden.

De huisarts van wacht oefent buiten de kantooruren volledig een functie uit binnen de niet-planbare zorg. Inkomsten moeten dan ook gegarandeerd zijn, ongeacht het aantal interventies dat uitgevoerd wordt. De inkomsten van de arts van wacht worden nu opgebouwd volgens drie pijlers: een forfaitaire permanentievergoeding, een vergoeding voor de intellectuele prestaties volgens nomenclatuurnummer en een vergoeding voor technische prestaties. De huidige opbouw van de honoraria voor de arts zijn echter ondermaats. Om dit aan te pakken, vragen we een grondige herziening van de drie pijlers. Een alignering van deze financiering met het nieuwe wetgevend kader van de kwaliteitwet waarin gestipuleerd wordt op welke tijdstippen er permanentie voorzien moet worden, is eveneens nodig.

Een adequate financiering is niet het enige noodzakelijke om de permanentie aantrekkelijker te maken. Het aantal te presteren wachten dient zo laag mogelijk te worden gehouden en deze kunnen zo veel als mogelijk lokaal gepresteerd worden. Onderzoek naar drempels en incentives om wacht te doen is nuttig.

16. Er is een kwaliteitsafsprakenkader tussen de huisartsenwachtposten en de noodcentrales voor de oproepen van 1733

De operatoren van de noodcentrales zijn de eerste zorgverleners die aangesproken worden en nemen dus (onder andere) de rol van poortwachters op voor de huisartsenwachtposten. Het is dan ook logisch dat er kwaliteitsnormen worden vastgelegd in een afsprakenkader, zodat beide partijen weten wat ze van elkaar kunnen verwachten. Volgende zaken dienen minimaal (doch niet limitatief) uitgewerkt te worden in een afsprakenkader en desgevallend vertaald te worden naar kwaliteitsnormen:

- Een goed werkende noodprocedure indien de noodcentrales de oproepen van 1733 uitzonderlijk niet kunnen afhandelen (inclusief taakverdeling en financiering hiervoor).
- Een duidelijk, realtime overzicht voor elke wachtpost met relevante data zodat op basis van deze data beleid gevoerd kan worden (bijvoorbeeld wachttijden, aantallen per dag, per uur, gemiddelden, per postcode, enzovoort)

- Een overzicht van het aantal getrieerde patiënten per urgentieniveau. Voor de huisartsenwachtposten zijn dan met name categorieën 6, 7 en 8 van de BHMR van belang.
- Duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld bij klachten van burgers en bij incidenten (o.a. patiënt is fout getrieerd met medische gevolgen)
- Monitoring en evaluatiecycli om problemen aan te pakken. Systematisch overleg tussen elke noodcentrale en betreffende huisartsenwachtposten is noodzakelijk.

17. Studenten huisartsgeneeskunde en beroepsactieve huisartsen worden beter voorbereid op het leveren van zorg buiten de kantooruren

Een wachtpostconsult is per definitie verschillend van een praktijkconsult. Daar waar het eerste gericht is op het stabiliseren van een dringende eerstelijns pathologie, kan bij een praktijkconsult meer aandacht gaan naar een volwaardige blik op de patiënt waar ook uitgebreid aandacht is voor preventie, chronische aandoeningen, enzovoort.

Niet alle huisartsen voelen zich even vertrouwd om specifieke zorgen te verlenen op een wachtpost, terwijl deze wel van hen verwacht worden (bijvoorbeeld hechtingen plaatsen). In lijn met de lijst van te behandelen pathologieën op de wachtpost, wordt hierrond specifieke en permanente vorming opgezet.

Bovendien blijkt uit onderzoek dat haio's (huisartsen in opleiding) zich vaak onvoldoende voorbereid voelen om wachten te lopen³⁴. Dit vraagt een aangepast curriculum vanuit de opleidingsinstellingen in samenwerking met de lokale huisartsenkringen en de wachtposten.

18. Er is een landelijke sensibiliseringscampagne rond correct gebruik van spoed en wachtdienst

Patiënten weten niet altijd met welke problemen ze naar respectievelijk de wachtpost of spoeddienst kunnen. Een sensibiliseringscampagne rond het correct gebruik van de spoed en de wachtdienst, is alvast een eerste stap om dit probleem aan te pakken en is ook effectief³⁵. Hiermee samengaan moet ook de bekendheid van het nummer 1733 vergroot worden. We kijken hiervoor naar de federale overheid om, in afspraak met het werkveld, een landelijke aanpak uit te rollen.

19. Organisatiestructuren en organogrammen worden herbekeken in functie van genoemde reorganisaties

Sommige van bovengenoemde hervormingsvoorstellen vragen ook het herdenken van bestaande organisatiestructuren en organogrammen. Een voorbeeld hiervan is het verhaal van 1733 waar verschillende partners bij betrokken zijn. Dit vraagt een uitgetekende organisatiestructuur waarbij duidelijk is welke partner op welk niveau zeggenschap en dus impact heeft.

Niet alleen zijn afspraken nodig tussen de verschillende actoren binnen de niet-planbare zorg, ook moet er aandacht gaan naar voldoende afstemming met de planbare zorg. Hierbij horen duidelijke mandaten voor organisaties om deze brugfunctie op te nemen.

³⁴Lourijns A, Migchielsen W, Remmen R. Zijn haio's in Nederland beter voorbereid op de wachtdienst? Focusgroepenonderzoek: vergelijking tussen Nederland en Vlaanderen. Huisarts Nu 2023;52:168-72.

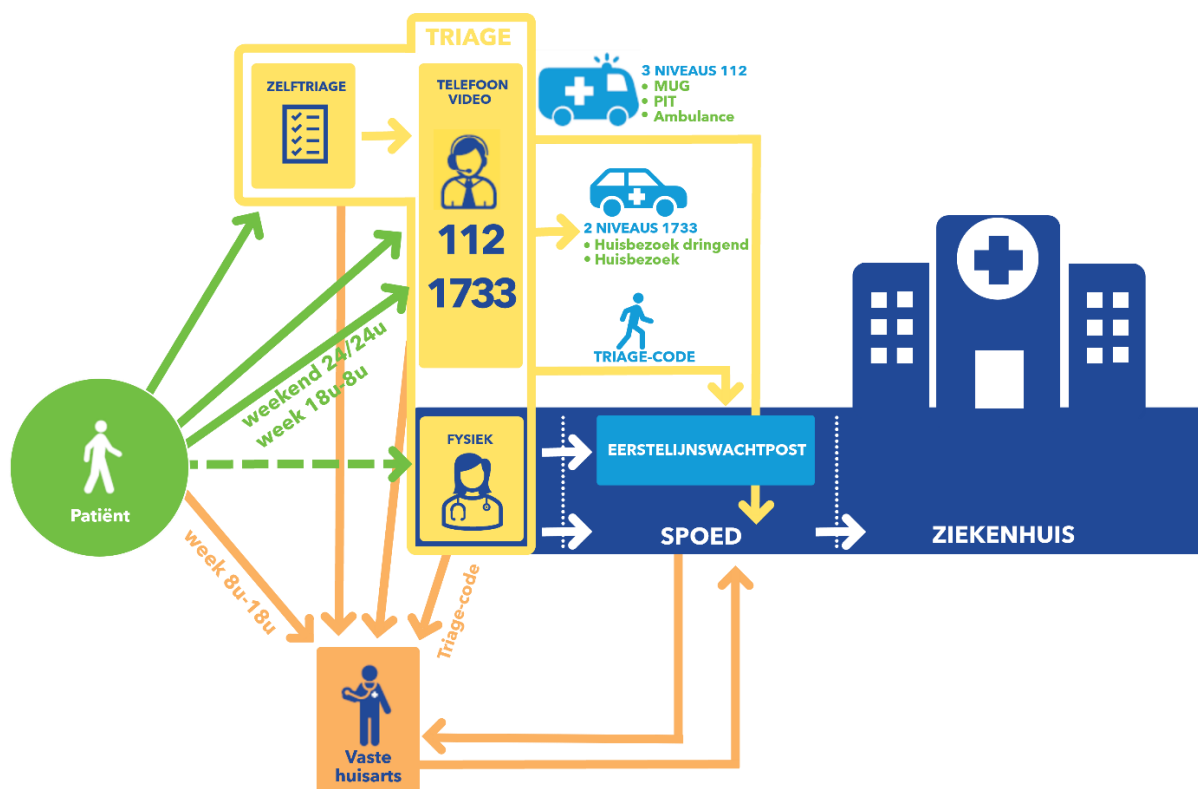
³⁵Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Self-triage at an urgent care collaboration with and without information campaign. J Emerg Manag. 2019 Nov/Dec;17(6):511-516. doi: 10.5055/jem.2019.0443. PMID: 31903540.

20. Wachtposten streven naar verdere professionalisering en zoeken naar synergieën om als één sterk merk naar buiten te treden.

Hoewel er gelijkenissen zijn tussen de wachtposten in Vlaanderen, is de hoge mate van diversiteit toch kenmerkend voor de sector. Elke wachtpostorganisatie heeft eigen klemtonen en sterktes, uitgewerkt door het lokale bestuur van artsen. Er is uitwisseling van *best practices* tussen wachtposten waarmee elke wachtpost vrijblijvend aan de slag kan. Het drukken van een lokale stempel moet mogelijk blijven, maar tegelijkertijd stellen we voor om te streven naar meer afstemming en samenwerking tussen de organisaties in functie van een verdere professionalisering. Daarbij gaat er ook aandacht naar het in kaart brengen van toekomstige uitdagingen voor de wachtposten. Het zou de wachtposten tot slot ook ten goede komen om visueel als één sterk merk naar buiten te treden.

4.3 Een schematisch overzicht

Het KCE bracht in 2016 een rapport uit over de organisatie van de spoeddiensten. Daarbij gaven zij hun belangrijkste suggesties tot reorganisatie schematisch weer. De aanbevelingen in dit document sluiten ten dele aan bij het KCE-rapport. We maakten echter ook nieuwe suggesties. We vertrekken daarom van het initiële KCE-schema (bijlage 2) en maakten aanpassingen waar nodig zodat het schema de suggesties uit dit document volgt.

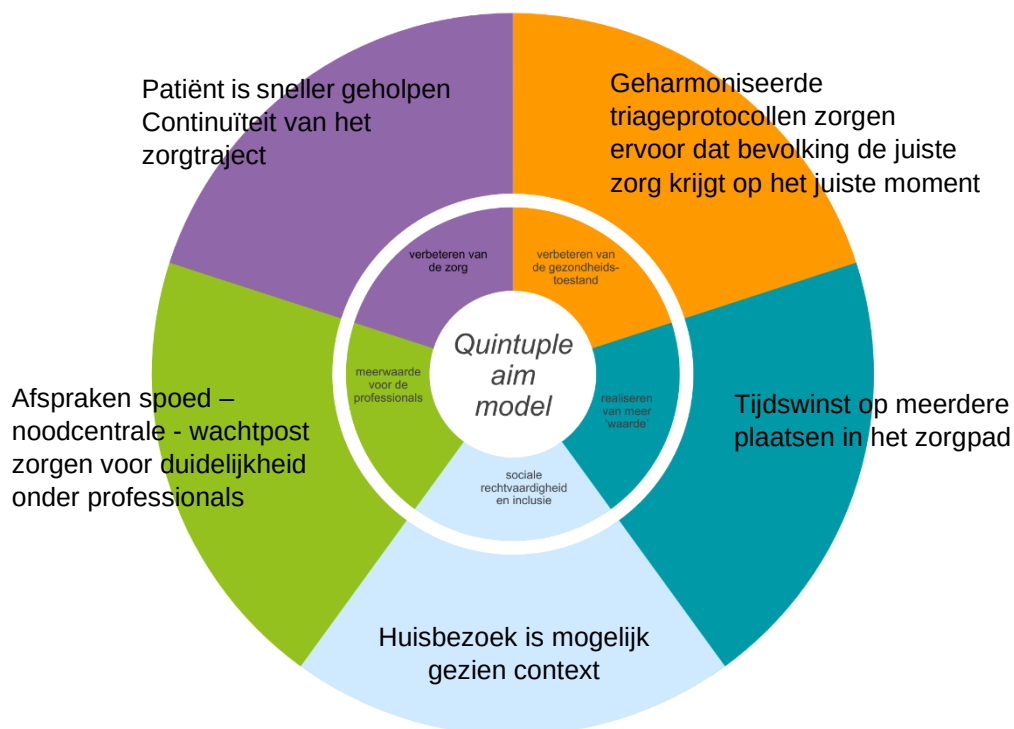


4.4 Patiëntencasussen als illustratie bij de voorstellen

Ter verduidelijking van de twintig voorstellen voor een geïntegreerde aanpak van niet-planbare zorg, worden hieronder twee fictieve casussen geschetst. Ze benadrukken het verschil voor de patiënt in het te doorlopen zorgpad.

Patiënt A.S. is 3 jaar en woont in Leffinge. Haar moeder belt op een zaterdag omstreeks 17u de wachtpost omdat ze last heeft van misselijkheid en kortademigheid. Ze heeft ook 39°C koorts.

Huidige situatie	Toekomstige situatie
De moeder van A.S. belt het lokale wachtpostnummer van wachtpost IJzerstreek en Westkust. Wachtpost Middenkust (Oostende) is eigenlijk dichterbij, maar Leffinge behoort tot de wachtpost IJzerstreek en Westkust.	De moeder van A.S. belt het nummer 1733.
A.S. wordt niet getrieerd.	De operator schat op basis van het gevalideerde protocol in dat de klachten een snelle tussenkomst van een huisarts vragen (ernstniveau 6 BHMR).
Op basis van bijkomende info tijdens het gesprek concludeert de onthaalbediende dat een huisbezoek gerechtvaardigd is. De onthaalmedewerker plant de afspraak in voor de rijdende arts van wachtpost IJzerstreek en Westkust. De rijdende arts werkte juist een huisbezoek af in Beveren aan de IJzer. De aanrijdtijd bedraagt 40 minuten.	Op basis van bijkomende info tijdens het gesprek concludeert de operator dat een huisbezoek gerechtvaardigd is. Een rijdende arts van wachtpost Houtland en Polder werkte juist een huisbezoek af in Gistel en is het dichtstbij (aanrijdtijd 10 minuten). De afspraak wordt aan deze wagen toegewezen door de operator. De huisarts bekijkt onderweg alvast de triage-logfile.
Na onderzoek van de huisarts is een doorverwijzing naar de spoed toch gewenst. De huisarts neemt contact op met de 112 noodcentrale. De huisarts doet opnieuw het volledige verhaal, waarna een ambulance ter plaatse wordt gestuurd (ernstniveau 5 BHMR).	Na onderzoek van de huisarts is een doorverwijzing naar de spoed toch gewenst. De huisarts neemt contact op met de 112 noodcentrale. Na het doorgeven van het identificatienummer van de triage-logfile, kan dit dossier opnieuw worden geopend. De huisarts geeft bijkomende informatie en op basis daarvan wordt een ambulance ter plaatse gestuurd (ernstniveau 5 BHMR).
A.S. komt aan in het ziekenhuis. De ambulanciers doen een briefing.	A.S. krijgt ter plaatse de eerste verdere zorgen waarna de ambulance richting spoed rijdt. De ambulanciers vullen de informatie verder aan in de logfile. Op de spoed wordt opnieuw de logfile geopend om alle reeds verzamelde informatie te kennen. Door de uniforme triageafspraken wordt de situatie van A.S. ingeschaald volgens ernstniveau 4 MTS. Na versnelde fysieke triage blijft dit ernstniveau gehandhaafd.
A.S. wordt verder behandeld en mag dezelfde dag naar huis.	A.S. wordt verder behandeld en mag dezelfde dag naar huis.

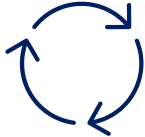
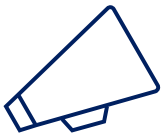


Patiënt G.V.L. is 56 jaar, vrouw en woont in Sint-Niklaas. Op dinsdagochtend omstreeks 8.30u begeeft zij zich naar de spoeddienst in Sint-Niklaas omwille van acute rugpijn met uitstraling.

Huidige situatie	Toekomstige situatie
G.V.L. wordt getrieerd op de spoeddienst zelf. Daar wordt vastgesteld dat de klachten niet ernstig zijn en niet op spoed gezien hoeven worden. Evenwel krijgt zij volgens het Manchester Triage Systeem niveau 5 toegewezen.	G.V.L. wordt getrieerd op de triageafdeling van het ziekenhuis en de wachtpost. Daar wordt vastgesteld dat er best een arts binnen de 12u een verdere medische inschatting doet. Volgens het Manchester triagesysteem in het ziekenhuis is dit ernstniveau 5. Dankzij afstemming tussen de protocollen betekent dit een ernstniveau 7 volgens de BHMR.
Het is erg druk op de spoeddienst. G.V.L. wordt verder geholpen om 11.30u, na 3 uur wachten.	De triageverpleegkundige stelt G.V.L. gerust en geeft aan dat haar klachten beter door haar vaste huisarts opgevolgd worden. De triageverpleegkundige ziet echter dat G.V.L. geen GMD-houdende huisarts heeft.
	Binnen de lokale huisartsenkring in het Waasland is er gekozen om te werken met een stratenplan om niet-planbare eerstelijnszorg op te vangen voor patiënten zonder GMD. De verpleegkundige laat digitaal een bericht na voor de overeenstemmende huisartsenpraktijk.
	G.V.L. contacteert de betreffende huisartsenpraktijk. Die ziet het digitale bericht van het ziekenhuis. De praktijk heeft dagelijks verspreid over de dag enkele gaatjes vrijgehouden in de agenda voor dringende interventies. De medisch secretaresse plant een afspraak in. G.V.L. kan om 10u langs gaan bij de huisartsenpraktijk.



5. Doelstellingen expertisegroep OOHC

 SD 1: we brengen en houden een debat op gang over kwaliteitsvolle OOHC en niet-planbare zorg, vanuit en voor de eerste lijn, maar in nauwe samenwerking met alle andere actoren, inclusief de patiënt zelf.	 SD 2: in samenwerking met alle belanghebbenden zetten we kwaliteitsverbeterende trajecten op in de niet-planbare zorg en dit zowel binnen de praktijk, het onderwijs als in onderzoek.
 SD3: we doen aan belangenverdediging voor de Vlaamse wachtposten.	 SD 4: we bieden concrete ondersteuning aan de Vlaamse wachtposten via het aanbieden van opleidingen, centraliseren van kennis en faciliteren van onderling overleg.

5.1 SD 1: we brengen en houden een debat over kwaliteitsvolle OOHC en niet-planbare zorg op gang, vanuit en voor de eerste lijn maar in nauwe samenwerking met alle andere actoren, inclusief de patiënt zelf

OD 1.1 We brengen experten in niet-planbare zorg samen en zorgen voor impulsen in onderzoek rond OOHC

ACTIE: we organiseren 5 tot 10 keer per jaar een expertisegroep OOHC (doorlopend). De samenstelling van deze expertisegroep kan naargelang de noden worden bijgestuurd.

ACTIE: we brengen met de expertisegroep een visiedocument naar buiten met voorstellen tot hervormingen binnen de niet-planbare zorg (2024).

ACTIE: we brengen onderzoeksnoden op vlak van OOHC in kaart en bespreken dit met onderzoekers van de universiteiten (niet enkel binnen gezondheidszorg). Er is ook een beter zicht op lopend onderzoek rond OOHC binnen de universiteiten (doorlopend).

OD 1.2 We organiseren een symposium over huisartsenwachtposten en niet-planbare zorg

ACTIE: samen met een werkgroep van wachtpostmanagers, -bestuurders en experten in de niet-planbare zorg, wordt een programma samengesteld (2025).

ACTIE: in 2026 vindt een symposium niet-planbare zorg plaats (vanuit de eerste lijn, maar in verbinding met alle actoren in de niet-planbare zorg).

5.2 SD 2: in samenwerking met alle belanghebbenden zetten we kwaliteitsverbeterende trajecten op in de niet-planbare zorg en dit zowel binnen de praktijk, het onderwijs als in onderzoek

OD 2.1 Er is een duidelijk afgelijnd takenpakket op de huisartsenwachtposten en huisartsen (in opleiding) zijn hiervoor voldoende opgeleid

ACTIE: samen met het expertisedomein Kwaliteit & Vorming worden adviezen opgesteld, enerzijds over het werk op de huisartsenwachtpost, anderzijds hoe tijdens de kantooruren patiënten snel gezien kunnen worden in de eigen huisartsenpraktijk. Ook verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk en praktijkondersteuners krijgen hierbij de nodige aandacht. (2024-2026).

ACTIE: samen met het ICHO, de haio's, praktijkopleiders, de Vlaamse wachtposten en de universiteiten wordt gekeken hoe haio's beter voorbereid kunnen worden op het doen van wachtdienst (2025-2026).

ACTIE: er worden *best practices* geformuleerd die de taakverdeling tussen spoed en wachtpost kunnen ondersteunen (2024-2025). De verkregen inzichten worden vervolgens ingezet om de opleiding van de artsen te optimaliseren (2026).

OD 2.2 We bekijken samen met andere actoren hoe de noodcentrales, spoeddiensten en wachtposten meer en beter kunnen samenwerken

ACTIE: we pleiten voor overleg op federaal niveau tussen noodcentrales, spoeddiensten en wachtposten (2024). Hierop worden verschillende topics besproken, zoals onderzoek naar harmonisering triageprotocollen en het feit dat triage bindend is.

ACTIE: in de schoot van dit overleg pleiten we voor proefprojecten rond volledig geïntegreerde werking spoed-wachtpost, waarbij via onderzoek deze projecten worden geëvalueerd (2025-2027).

ACTIE: we bepleiten een gezamenlijke, landelijke sensibiliseringscampagne voor correct gebruik van de wachtposten, spoeddiensten en noodcentrales (doorlopend). In de marge hiervan onderzoeken we samen met de wachtposten hoe er visueel meer naar buiten kan worden getreden als één sterk merk (2024-2026).

5.3 SD3: we doen aan belangenverdediging voor de Vlaamse wachtposten

OD 3.1 We vertegenwoordigen de wachtposten op het Begeleidingsplatform Wacht (BPW) in de schoot van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen (NCAZ) en bij uitbreiding in alle overlegorganen die er bestaan rond OOHC.

ACTIE: we bevragen systematisch de Vlaamse wachtposten om hun standpunten te kennen in dossiers. Omgekeerd koppelen we zo transparant mogelijk terug over de thema's die op de beleidstafel komen (doorlopend).

ACTIE: we volgen de hervorming naar functionele samenwerkingsverbanden op en zorgen ervoor dat de wachtposten de juiste ondersteuning krijgen om deze transitie te kunnen doormaken (2024-2027).

ACTIE: In functie van een vlot overleg op federaal niveau leren we de collega's van de Waalse en Brusselse wachtposten beter kennen (2024-2027).

OD 3.2 We vergroten onze impact als Wachtpostkoepel binnen het project 1733

ACTIE: we pleiten voor een wijziging in aansturing, zodat de huisartsenwachtposten meer zeggenschap hebben in het project 1733 (2024).

ACTIE: we pleiten voor en werken mee aan een kwaliteitskader tussen 1733 en de wachtposten (2024-2025).

ACTIE: we leggen het idee op de beleidstafel om na triage door 1733 een afspraak te kunnen maken in de huisartsenwachtpost via een code (2025).

5.4 SD 4: we bieden concrete ondersteuning aan de Vlaamse wachtposten via het aanbieden van opleidingen, centraliseren van kennis en faciliteren van onderling overleg

OD 4.1 We organiseren systematisch overleg tussen en opleiding voor de Vlaamse wachtposten

ACTIE: we organiseren vier keer per jaar een bijeenkomst voor alle Vlaamse wachtpostbesturen en -managers waar strategische keuzes worden gemaakt ('koepelvergaderingen'). Vernieuwingen en uitdagingen in de sector worden gezamenlijk opgevolgd en aangepakt. (doorlopend).

ACTIE: we organiseren zes keer per jaar een bijeenkomst voor wachtpostmanagers ('managersoverleg') waar ze *best practices* kunnen uitwisselen (doorlopend).

ACTIE: we organiseren minstens vijf keer per jaar een opleiding voor wachtpostmanagers en/of -bestuurders (doorlopend).

OD 4.2 We zorgen voor een informatieverzamelings- en informatiedelingsplatform onder de wachtposten waardoor zij gemakkelijker documenten en info van elkaar en Wachtposten Vlaanderen kunnen terugvinden, ze vragen aan elkaar kunnen stellen en er data over de wachtpostorganisatie verzameld kan worden.

ACTIE: samen met een werkgroep van wachtpostmanagers wordt een projectplan opgesteld, een externe IT-partner aangesteld en wordt het infoplatform effectief ontwikkeld tegen eind 2024.

ACTIE: we organiseren opstartmomenten voor de wachtposten om met het platform aan de slag te gaan (2025).

ACTIE: we zorgen voor geautomatiseerde analyses van de wachtpostdata en doen op basis daarvan aanbevelingen (2025-2027). We leggen daarnaast meer linken met het iCAREdataplatform en onderzoeken hoe ook deze data de wachtposten verder kunnen professionaliseren en beleidsaanbevelingen kunnen opleveren (2025-2027).

Bijlage 1: de urgentieniveaus van de in België gebruikte triagestandaarden

Manchester Triage Systeem:

Level	Benaming	Wachttijd	Kleur
1	Onmiddellijk	0 minuten	Rood
2	Zeer urgent	10 minuten	Oranje
3	Urgent	60 minuten	Geel
4	Standaard	120 minuten	Groen
5	Niet-urgent	240 minuten	Blauw

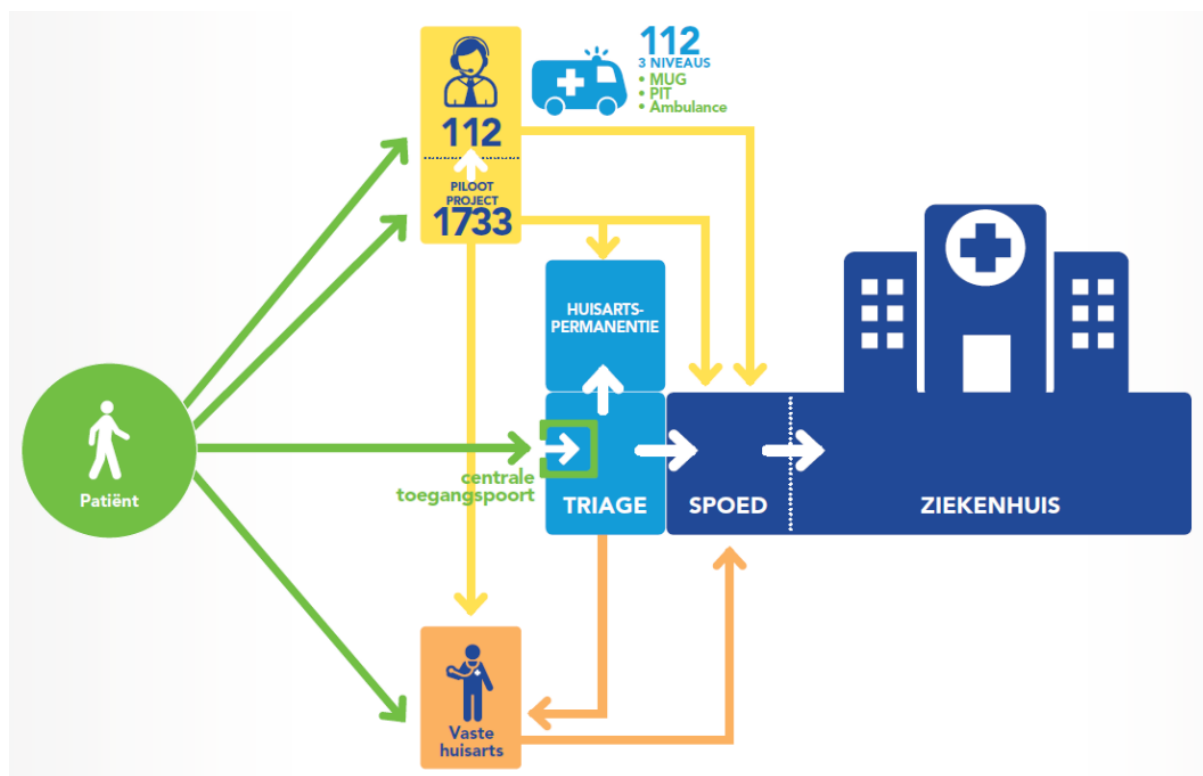
Emergency Severity Index:

Level	Benaming	Wachttijd/beschrijving
1	Resuscitation	0 minuten
2	Emergency	10 minuten
3	Urgent	>1 middel voor diagnose
4	Less urgent	Één middel voor diagnose
5	Non-urgent	Geen middelen nodig

Belgische Handleiding voor Medische Regulatie:

Level	Beschrijving	Kleur
MUG 1	Onmiddellijk levens of orgaanbedreigend; hoogste prioriteit	Rood
MUG 2	Mogelijk levens of orgaanbedreigend, toestand die urgente medische bijstand vraagt	Rood
PIT 3	Kan op korte termijn evolueren naar levens- of orgaanbedreigend, toestand die urgente medische bijstand binnen een gekend protocol vraagt	Oranje
PIT 4	Kan evolueren naar levens of orgaanbedreigend, toestand die evenwel geen urgente medische bijstand vraagt	Oranje
ZW 5	Niet levens of orgaanbedreigend, doch toestand vraagt snelle ziekenhuisopname voor diagnose of therapie of observatie	Geel
HA 6	Dringend: niet levens- of orgaanbedreigend, doch toestand vraagt snelle medische inschatting (binnen 1-2u max) voor diagnose of therapie	Groen
HA 7	Wachtdienst: niet bedreigend, doch toestand vraagt medische inschatting (binnen de wachtdienst/ 12u max.) voor diagnose of therapie	Blauw
HA 8	Planbare zorg: doorverwijzing naar de eigen huisarts buiten de wachtdienst is mogelijk; een nieuwe oproep bij verergeren van de klachten is steeds aangewezen.	Grijs

Bijlage 2 KCE rapport 263A: organisatiemodel voor ongeplande acute zorg (2016)





**DOMUS
MEDICA**

Domus Medica VZW

Lange Leemstraat 187
2018 Antwerpen

www.domusmedica.be
info@domusmedica.be
03 425 76 76



Wachtposten Vlaanderen VZW

Lange Leemstraat 187
2018 Antwerpen

www.wachtposten.be
info@wachtpostenvlaanderen.be
03 425 76 74