

Spoeddiensten en wachtposten: de juiste zorg op het juiste moment

Voorstel voor een nieuw geïntegreerd
model voor niet-planbare zorg



COLOFON

Redactie:

Michiel Van Lysebetten, Bart Van de Velde,
Hilde De Nutte, Margot Cloet

Eindredactie:

Lieve Dhaene

Vormgeving:

Eva de Wal

2025©Zorgnet-Icuro vzw

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

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

Spoeddiensten en wachtposten: de juiste zorg op het juiste moment

Voorstel voor een nieuw geïntegreerd
model voor niet-planbare zorg

INHOUD

INLEIDING	5
1. EEN NIEUW MODEL VOOR NIET-PLANBARE ZORG.....	7
1.1. VERPLICHTE EN UNIFORME TRIAGE	7
1.2. ZELFREDZAAMHEID VERSTERKEN.....	9
1.3. CONTINUÏTEIT VAN NIET-PLANBARE ZORG: 24/7 BESCHIKBAARHEID	10
1.4. SAMENWERKING VAN SPOEDDIENSTEN EN HUISARTSENWACHTPOSTEN IS DE STANDAARD	11
1.5. EEN UNIFORM EN HERKENBAAR ZORGSYSTEEM VOOR NIET-PLANBARE ZORG.....	13
2. JURIDISCHE, FINANCIËLE EN COMMUNICATIEVE UITDAGINGEN	14
3. CONCLUSIE: EEN ONVERMIJDELIJKE EN DRINGENDE HERVORMING	16

INLEIDING

“Musa geniet samen met zijn gezin van een ontspannen weekend in Brugge. Op zaterdagavond wordt zijn dochter Noé plots ziek. Ze heeft koorts en begint te braken, waarbij er ook wat bloed in het braaksel zit. Bezorgd zoekt Musa contact met de dokter van wacht en belt naar 1733. De oproepcentrale verwijst hen door naar de huisartsenwachtpost. Bij aankomst aan de gemeenschappelijke balie van de wachtpost en spoeddienst wordt Noé ingeschreven in het gedeelde elektronisch patiëntendossier (EPD). De huisarts op de wachtpost kan haar verder helpen zoals het protocol bij 1733 heeft aangeduid.

“Pieter verzwikt zijn voet tijdens een voetbalwedstrijd en rijdt meteen naar de dichtstbijzijnde spoeddienst. Bij aankomst wordt hij eerst beoordeeld door een triageverpleegkundige, die op basis van uniforme protocollen een fysieke triage uitvoert. Uit de triage blijken de klachten erg mee te vallen en blijkt dat Pieter niet dringend medische zorg nodig heeft en door de huisarts kan geholpen worden. Hij boekt nog dezelfde dag een afspraak bij zijn huisarts, die speciaal gereserveerde tijdsloten heeft voor dergelijke niet-planbare zorg.”

“Ellen heeft al een week last van een droge hoest, maar voelt zich verder niet ziek. Op een avond belt ze naar 1733 om een consultatie bij de huisarts van wacht te regelen. Op basis van een uniform pretriage protocol wordt haar klacht als niet-dringend beoordeeld en krijgt ze het advies om een huisarts te raadplegen tijdens de reguliere consultaties.”

Niet-planbare zorg is complex georganiseerd en weinig transparant voor patiënten. Burgers weten vaak niet waar en wanneer ze met hun zorgvraag terecht kunnen, en hebben moeite om de ernst van hun medische situatie correct in te schatten. Zij kiezen vaak de weg van de minste weerstand.

De grote diversiteit in de organisatie van niet-planbare zorg in Vlaanderen leidt tot verwarring. Ook het veranderend zorglandschap met fusies, verregaande samenwerking en heroriëntatie van zorgaanbod, shift naar dag- en thuishospitalisatie... heeft een impact.

Daarnaast zorgt de toenemende vergrijzing voor een stijgende zorgvraag, terwijl de burgers hoge verwachtingen hebben om overal snel geholpen te worden.

De organisatie en de hierbij horende financiering van wachtposten en spoedgevallendiensten is niet afgestemd op deze snel evoluerende zorgnoden. Alle zorgactoren die betrokken zijn bij niet-planbare zorg – waaronder spoeddiensten, huisartsenwachtposten, huisartsen, specialisten in somatische en in geestelijke gezondheidszorg – werken hierdoor onder grote druk.

Er is een dringende nood aan een **paradigmashift in de niet-planbare zorg**. Door samenwerking kunnen we de zorg efficiënter en kwalitatiever organiseren, waardoor de druk op verschillende zorgactoren afneemt. Bovendien kunnen we zo een uniform en duidelijk zorgpad creëren, zodat burgers weten waar ze met hun zorgvraag terecht kunnen.

Het uiteindelijke doel is passende zorg: **de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats.**

Zorgnet-Icuro, Domus Medica, BeSEDiM en Wachtposten Vlaanderen namen deze uitdaging op. Samen werkten we concrete beleidsaanbevelingen en praktische handvaten uit voor een betere organisatie van de niet-planbare zorg. Vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en huisartsenwachtposten (spoedartsen, huisartsen, hoofdartsen, algemeen directeurs, wachtpostcoördinatoren en psychiaters) reflecteerden over de dagelijkse knelpunten in de praktijk in drie werkgroepen: triage, 24/7 beschikbaarheid en co-locatie spoed-huisartsenwachtpost. In de tweede fase werden ook de vertegenwoordigers van de spoedverpleegkundigen betrokken. Op basis van deze inzichten werd een nieuw model ontwikkeld, dat beter inspeelt op de huidige noden.

1. EEN NIEUW MODEL VOOR NIET-PLANBARE ZORG

Het nieuwe model is opgebouwd rond vijf kernprincipes:

1. Verplichte en uniforme triage

Elke patiënt met een niet-planbare zorgvraag moet een gestandaardiseerde triage (telefonisch of fysiek) met een bindend advies doorlopen.

2. Versterkte zelfredzaamheid en betere toegang tot gezondheidsinformatie voor de burger

Volgehouden sensibiliseringscampagne inclusief tools om de zelfredzaamheid van de patiënt te verhogen.

3. Continuïteit van niet-planbare zorg: 24/7 beschikbaarheid

Alle zorgactoren moeten over een systeem beschikken om 24/7 niet-planbare zorg op te vangen.

4. Samenwerking van spoeddiensten en huisartsenwachtposten als standaard

Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de organisatie van niet planbare zorg.

5. Een uniform en herkenbaar zorgsysteem voor niet-planbare zorg in Vlaanderen

Een uniform toegankelijk en overzichtelijk aanbod voor niet-planbare zorg over het volledige grondgebied.

1.1. Verplichte en uniforme triage

Een doeltreffende triage is essentieel om patiënten met een niet-planbare zorgvraag naar de juiste zorgverlener toe te leiden. We definiëren triage als het **gestandaardiseerd proces** waarbij patiënten met een zorgnood worden beoordeeld en geprioriteerd. Dit proces zet hun zorgnood om in een concrete zorgvraag en verwijst hen binnen een bepaalde tijdsindicatie naar de juiste zorgcontext:

- Zelfzorgadvies
- Planbare zorg
- Niet-planbare zorg

De triage zal adviserend of bindend zijn naargelang het gebruikte **triagemiddel**:

- **Digitale zelftrriage**: de patiënt krijgt digitale tools aangereikt waarmee hij de ernst van zijn zorgnood zelf beter kan inschatten. Deze tools ondersteunen de patiënt in de keuze tussen zelfzorg, het raadplegen van een arts of het zoeken van dringende hulp. Digitale zelftrriage is adviserend.

- **Telefonisch via noodcentrale 112 of 1733:** de patiënt wordt telefonisch beoordeeld en geprioriteerd. Voor toegang tot een huisartsenwachtpost is dit de standaard. Telefonische triage via 112/1733 is bindend.
- **Fysieke triage:** de patiënt die zich aanmeldt op de spoeddienst wordt fysiek beoordeeld en geprioriteerd door de arts of de triageverpleegkundige. De uitkomst is bindend.

De triage wordt – ongeacht het triagemiddel – uitgevoerd volgens een gestandaardiseerd triageprotocol.

- We kiezen voor de **BHMR-specifieke protocollen** ([Belgische handleiding voor de medische regulatie](#)).
- De BHMR-specifieke protocollen moeten toepasbaar gemaakt worden voor fysieke en digitale zelftriage.
- Nadat de patiënt is toegeleid naar het juiste zorgniveau kan dat niveau een verdere interne triage toepassen. Bijvoorbeeld: een spoedgevallendienst kan de aan haar toegewezen patiënten verder triëren met de gekende eigen triagesystemen zoals het Manchester Triage Systeem (MTS) of de Emergency Severity Index (ESI).

De BHMR-triageprotocollen zijn momenteel niet voldoende specifiek om **tandproblemen en GGZ-problemen** te triëren. De protocollen moeten in samenspraak met de tandartsen en de GGZ-sector hierop aangepast worden.

Om toegang te krijgen tot niet-planbare zorg is een telefonische of fysieke **trriage verplicht**.

- Een digitale zelftriage heeft een adviserende functie en geeft geen toegang tot zorg. We sluiten niet uit dat technologische innovaties dit later wel mogelijk kunnen maken.
- Patiënten worden gestimuleerd om laag-complexe ingangsklachten voornamelijk telefonisch (1733) te laten triëren.

De triage is **bindend**. Dat betekent dat de patiënt de aan hem toegewezen triage-uitkomst volgt.

- De resultaten van de triage (telefonisch of fysiek) worden elektronisch geregistreerd en zijn zichtbaar voor alle betrokken zorgactoren via een ticketingsysteem (analoog aan de CTPC-code bij COVID-19 bijvoorbeeld). Dit bepaalt de toegang tot het juiste zorgniveau.
- De patiënt blijft het recht op een hertriage behouden. In het bijzonder bij een veranderend klinisch beeld vindt een hertriage plaats.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ):

- Ook personen met een GGZ -problematiek doorlopen het vaste triageproces.
- Als er bij telefonische of fysieke aanmelding voldoende elementen beschikbaar zijn voor een beslissing, volgen GGZ-patiënten de triage op basis van BHMR (met aangepaste protocollen).
- Als er niet voldoende elementen zijn voor beslissing, is een 24/7 telefonische permanentie beschikbaar voor overleg rond aanmelding en verwijzing.
- Bij aanmelding van een persoon met GGZ-problematiek kan de GGZ-zorgprofessional via de telefoon een eerste inschatting doen van de urgentie (gevaar, context, sociaal netwerk...). Het intercollegiaal overleg bepaalt het tijdstip, de outcome en de plaats van de verdere evaluatie en opvang van de patiënt.

- De zorgprofessional kan op basis van dat overleg het mobiel crisisteam inschakelen voor:
 - Een onmiddellijke interventie ter plaatse voor een evaluatie en het opzetten van een vervolgtraject. Het vervolgtraject kan zijn: reguliere crisisinterventie mobiel team, doorverwijzen naar spoed (somatische urgentie), PZ-PAAZ (residentiële opname), parket (beschermende observatiemaatregel) of verwijzing naar de reguliere GGZ-diensten.
 - Een klinische kortdurende evaluatie (maximum 4 uur) door het mobiel crisisteam op een veilige locatie (spoeddiensten, verslavingszorg, PZ, crisis en time-out in voorzieningen voor personen met een mentale handicap, kinderen en jongeren, welzijnswerk).
- De invulling van deze overlegfunctie wordt geregeld binnen het netwerk GGZ.
- Dit voorstel ligt in lijn met de projectoproep 24/7 outreachende urgentiepsychiatrie met triagefunctie en klinische evaluatie- en observatiefunctie.
- De rol van de spoeddienst en huisartsenwachtpost is niet fundamenteel gewijzigd door de aanpassing van de wet op de bescherming van de personen met een psychiatrische aandoening – nu wet beschermende observatiemaatregelen genoemd, noch in de [gewone procedure](#) via de vrederechter, noch in de [spoedprocedure](#) via het parket.
- De enige wijziging is dat een behandelende arts zelf een verzoek kan indienen (wat vóór 1/1/2025 niet kon) en dat er nu gewerkt wordt met een vast sjabloon van uniform omstandig medisch verslag.

1.2. Zelfredzaamheid versterken

We willen de patiënt op verschillende manieren stimuleren en ondersteunen in het opnemen van een actieve rol in zijn zorgpad door:

- **Gevalideerde en wetenschappelijk onderbouwde digitale tools die zelftriage mogelijk maken.** De patiënt krijgt digitale tools aangereikt waarmee hij de ernst van zijn zorgnood zelf beter kan inschatten.
- **Zelfzorg als uitkomst van triage:** niet elke zorgvraag hoeft na triage verdere opvolging van een arts. Soms volstaat een zelfzorgadvies, eventueel aangevuld met een voorstel voor vrij verkrijgbare geneesmiddelen.
- **Vlot beschikbare gezondheidsinformatie:** al te vaak is gezondheidsinformatie – ook praktische informatie over het gebruik van niet-planbare zorg – versnipperd terug te vinden. Gezondheidsinformatie moet centraal, duidelijk en toegankelijk worden aangeboden. Een uitgebreide en volgehouden sensibiliseringscampagne is noodzakelijk om burgers wegwijs te maken in het zorgsysteem en om hun vaardigheden in gezondheidsgeletterdheid te verbeteren. (Zie verder)

1.3.Continuiteit van niet-planbare zorg: 24/7 beschikbaarheid

Alle zorgactoren beschikken in de toekomst over een systeem om niet-planbare zorg 24/7 op te vangen en efficiënt door te verwijzen.

Huisartsen

Tijdens de kantooruren (= op weekdays tussen 8u en 18u) moet de patiënt na telefonische of fysieke triage (als de patiënt zich aanmeldt op de spoed) altijd met de nodige urgentie (conform triage) kunnen doorverwezen worden naar de huisarts. Concreet zal dat betekenen:

- De GMD-houdende huisarts moet dagelijks specifieke tijdsloten in zijn agenda voorzien voor dringende patiënten.
- Voor patiënten zonder een vaste huisarts moet op kringniveau een doorverwijssysteem uitgewerkt worden.
- Daarnaast zijn nog andere acties mogelijk en nodig rond de globale organisatie van niet-planbare zorg in de huisartsenpraktijk. Die worden in deze nota niet behandeld.

Randvoorwaarden:

- De GMD-houdende huisarts moet gekend zijn bij elke zorgverlener.
- Er is een globaal spreidingsplan nodig voor huisartsenzorg.
- Een elektronisch ticketingsysteem maakt het mogelijk dat de patiënt na een triage-uitkomst met specifiek ernstniveau een versnelde afspraak kan inboeken in het agendasysteem van de eigen huisarts. Dat systeem moet zo ontwikkeld worden dat misbruik zoveel als mogelijk beperkt wordt.

Spoeddiensten en ziekenhuizen

Huisartsen moeten te allen tijde patiënten kunnen doorverwijzen naar de spoeddienst of naar een gepaste tweedelijnsdienst. De spoeddiensten fungeren niet als toegangspoort voor niet-dringende of planbare consultaties.

Randvoorwaarde:

- Specialisten voorzien voldoende consultatiesloten voor (sub)acute zorg, die enkel kunnen worden ingeboekt na dringende verwijzing door de huisarts.

Bereikbaarheid van tandartsen en GGZ

Er moet een volwaardige permanentieplicht voor tandartsen en psychologen uitgebouwd worden en waar mogelijk geïntegreerd met de lokale spoeddienst en huisartsenwachtpost.

- De tandarts van wacht is bereikbaar op weekdays van 18u tot 8u, en 24/7 in het weekend en op feestdagen.

- Voor acute psychische en psychiatrische problemen wordt een wachtdienstmodel uitgewerkt, zodat spoeddiensten en wachtposten patiënten met acute psychische nood correct kunnen doorverwijzen. (Zie eerder)
- Als de patiënt zich aanmeldt op de spoed of huisartsenwachtpost moet de persoon altijd met de nodige urgentie (conform triage) binnen het netwerk GGZ doorverwezen kunnen worden naar een ambulante crisisraadpleging bij een GGZ hulpverlener. Concreet zal dat betekenen dat er binnen het GGZ-netwerk afspraken worden gemaakt welke actor specifieke tijdsloten in zijn agenda voor dringende patiënten voorziet.

Integratie van andere disciplines

We brengen de mogelijke voordelen van verdere multidisciplinaire samenwerking in kaart om de toegankelijkheid en efficiëntie van niet-planbare zorg te optimaliseren.

1.4.Samenwerking van spoeddiensten en huisartsenwachtposten is de standaard

Steeds meer huisartsenwachtposten zijn gevestigd op een ziekenhuissite met gespecialiseerde spoedgevallendienst: in 2025 is dat het geval bij 30 van de 54 Vlaamse wachtposten. Toch blijft inhoudelijke samenwerking vaak nog beperkt tot afspraken over door- en terugverwijzen of over afname van logistieke diensten. In het nieuwe model moeten spoeddiensten en huisartsenwachtposten **samen de strategische lijnen** uitzetten voor de organisatie van de niet-planbare zorg in hun regio, met oog voor een continuüm van samenwerking – gaande van nauwe samenwerking tot fysieke co-locatie. Hiervoor zijn verschillende acties nodig:

Spreidingsplan en samenwerkingsprotocol

- Er wordt een spreidingsplan vastgelegd voor spoeddiensten en huisartsenwachtposten op basis van aanrijtijden en regionale zorgbehoeften. De spoeddienst(en), huisartsenwachtpost(en) en huisartsenkringen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van de niet-planbare zorg binnen een duidelijk afgebakende regio.
- De lokale spoeddienst(en) en huisartsenwachtpost(en) formaliseren hun samenwerking in een samenwerkingsprotocol en operationaliseren de gemaakte afspraken. Er dient o.a. ingezet te worden op directe communicatielijnen tussen de dienstdoende spoedarts en de dienstdoende huisarts, systematisch overleg en duidelijke afspraken over taakafspraken en doorverwijzing.

Fysieke co-locatie spoed – wachtpost

Een fysieke co-locatie van spoeddienst en huisartsenwachtpost biedt kansen om tot een meer **geïntegreerd afsprakenkader** te komen. Een goed doordachte ruimtelijke inplanting op de ziekenhuissite is hierbij belangrijk zodat beide diensten tot een effectieve, efficiënte en kwalitatieve samenwerking kunnen komen.

Om de impact van de fysieke samenwerking op zowel het aantal contacten met de spoeddienst en huisartsenwachtpost als op zorguitkomsten te objectiveren, is het essentieel om een **gestructureerde dataverzameling** op te zetten. Deze gegevens vormen de basis voor een wetenschappelijk onderbouwde evaluatie en verdere optimalisatie van de werking.

Niet in elke regio zal een co-locatie mogelijk of wenselijk zijn. Het afwezig zijn van een fysieke co-locatie mag echter geen excuus zijn om niet tot een vlotte en nauwe samenwerking te komen (cfr. samenwerkingsprotocol). Ook hier moet de samenwerking ervoor zorgen dat de juiste patiënt op het juiste moment op het juiste zorgniveau gezien wordt, los van de aanmeldlocatie van de patiënt.

Kenmerken van inhoudelijk geïntegreerde werking spoed – wachtpost

Belangrijke succesfactor is het principe van **gelijkwaardigheid**: zowel de spoeddienst als de huisartsenwachtpost moet de richting van de samenwerking kunnen bepalen. Die samenwerking kan verschillende vormen aannemen, van een gedeelde strategische aansturing tot een nieuwe juridische structuur. Er is een blauwdruk nodig voor de sector hoe een gelijkwaardige samenwerking er schriftelijk en op de werkvloer kan uitzien.

Een inhoudelijke samenwerking van een co-locatie spoed – wachtpost, zou volgende elementen kunnen bevatten:

- **Eén uniforme triage** voor alle patiënten volgens de gestelde protocollen (cfr. supra)
- **Gedeelde verpleegkundigen verantwoordelijk** voor de fysieke triage
- **Gedeeld onthaalpersoneel** tijdens de openingsuren van de wachtpost waar nuttig en mogelijk.
- Mogelijke meerwaarde van **uniforme medische en/of administratieve en/of financiële afhandeling** binnen de spoed-wachtpoststructuur moet verder onderzocht worden.

Het spreekt voor zich dat de vooropgestelde maatregelen enkel kans op slagen hebben als de lokale actoren geloven in de meerwaarde ervan. Uit een bevraging bij de bestaande wachtposten leren we dat veel wachtposten momenteel geen meerwaarde zien in de laatste twee maatregelen.

1.5. Een uniform en herkenbaar zorgsysteem voor niet-planbare zorg

Er wordt een **uniform en herkenbaar systeem** geïmplementeerd voor niet-planbare zorg, dat zowel op weekdays als in het weekend op dezelfde manier functioneert in heel Vlaanderen. Om burgers op een juiste manier te laten omgaan met het zorgsysteem, is het cruciaal dat de organisatie van niet-planbare zorg **24/7 consistent en eenduidig** verloopt, ongeacht tijdstip of locatie. Daarvoor zijn een aantal aanpassingen nodig.

Uniforme huisartsenpermanentie

- Er is nood aan **uniforme openingsuren** in de wachtposten. Net zoals in het weekend zal daarom op termijn de huisartspermanentie op weekavonden en -nachten via de huisartsenwachtposten moeten verlopen. Dat is essentieel om 1733 volledig te kunnen uitrollen.
- Er is nood aan uniforme patiëntenzorg in de wachtposten: het moet via taakomschrijving duidelijk zijn **welke ingangsklachten gezien worden op de eerste lijn** (huisartsenpraktijk/wachtpost) en welke op de tweede lijn (spoed/specialistenzorg). Die afspraak is uniform over het grondgebied en in lijn met de triageprotocollen.
- Deze uniforme werking is nodig om het **triagesysteem 1733** volledig uit te rollen en efficiënt te laten functioneren.

Kwalitatieve spoedgevallenzorg

- Er is nood aan initiatieven om een adequate bestaffing van de spoedgevallendiensten (kwantitatief en kwalitatief) op lange termijn te garanderen.
- Het is belangrijk te beseffen dat een gedeeltelijke verschuiving van urgente eerstelijnszorg naar de huisartswachtpost niet kan leiden tot een verminderde bestaffingsnood op spoedgevallendiensten, aangezien zij instaan voor de meer complexe urgente zorg (24/7 onvoorspelbaar).
- Er is nood aan een verdere reorganisatie van het landschap van de spoedgevallendiensten in functie van de regionale noden, de netwerking tussen verschillende ziekenhuizen en de beschikbare (hooggespecialiseerde) zorg in elk respectievelijk ziekenhuis.

Wetenschappelijk onderzoek naar niet-planbare zorg

Meer data en studies zijn nodig om beleidsbeslissingen te onderbouwen, met bijzondere focus op:

- De verschillen tussen **zorgvraag en zorgnood**
- De factoren die leiden tot zorggebruik binnen niet-planbare zorg
- Verschillen tussen verschillende zorgmomenten (reguliere praktijken, wachtdienst, nachtdienst...)

Er moet ingezet worden op permanente evaluatie en bijsturing waar nodig.

2. ETHISCHE, JURIDISCHE, FINANCIËLE EN COMMUNICATIEVE UITDAGINGEN

Een dergelijke ingrijpende hervorming brengt onvermijdelijk ethische, juridische, financiële en communicatieve uitdagingen met zich mee. Daarom verdienen deze aspecten afzonderlijke aandacht.

Maatschappelijk en ethisch debat over niet-planbare zorg

Er is nood aan een diepgaande maatschappelijke discussie over ethische keuzes binnen de zorg, met specifieke aandacht voor:

- Geriatrische zorg
- Spoed- en intensieve zorg
- Levensindevraagstukken
- Derde- en vierde opinies
- Therapeutische hardnekkigheid

Juridisch kader en aansprakelijkheid

- Om triage goed te laten verlopen, moeten de triageverpleegkundige en operatoren **medico-legaal beschermd** worden.
- In het bijzonder voor telefonische triage moet bekeken worden om **operator als zorgberoep** te erkennen.
- Opleidingen voor zorgprofessionals ter voorbereiding van triage moeten gestroomlijnd worden voor zowel telefonische operatoren, triageverpleegkundigen, praktijkmedewerkers...
- Er is **specifiek juridisch advies** ingewonnen over de **medische verantwoordelijkheid bij de doorverwijzing van patiënten na triage** door een verpleegkundige zonder consult van een arts. Dit advies onderzoekt zowel de huidige wettelijke mogelijkheden als de noodzakelijke aanpassingen om het nieuwe systeem juridisch te verankeren zonder de aansprakelijkheid van zorgverleners in gevaar te brengen. We sommen hierbij de belangrijkste aanbevelingen uit het advies op:
 - De spoedverpleegkundige is niet bevoegd om de patiënt door te verwijzen en/of te ontslaan uit de spoedgevallendienst. Een (spoed)arts is wel gerechtigd om de patiënt door te verwijzen of te ontslaan. Cruciaal is alleszins dat de continuïteit van zorg afdoende wordt verzekerd.
 - Door de verpleegtechnische verstrekking B1 “onthaal, evaluatie, triage en oriëntatie van de patiënten”, die door de spoedverpleegkundige mag uitgevoerd worden, ruimer te omschrijven, kan de spoedverpleegkundige de patiënt doorverwijzen en/of ontslaan.

- Daarbij moeten binnen de spoedgevallendiensten wel goed uitgeschreven protocollen en richtlijnen worden voorzien om de spoedverpleegkundigen te ondersteunen in deze uitgebreide bevoegdheden.
- De uitgebreide juridische analyse is in bijlage toegevoegd.
- De aanbevelingen in dit advies moeten worden omgezet in regelgeving.

Financiering: ondersteuning van samenwerking

Het voorgestelde model vereist een **nieuw financieringsmechanisme** dat samenwerking en complementariteit tussen spoeddiensten en wachtposten stimuleert en de realisatie van de vijf kernprincipes mogelijk maakt. Het financieringsmechanisme moet het principe “de juiste zorg, op de juiste plaats, op het juiste moment” ondersteunen.

- De financiering van de spoeddiensten moet herbekeken worden wanneer patiënten met lagere urgente ingangsklachten enkel nog op de huisartsenwachtpost (of huisartsenpraktijk tijdens de kantooruren) gezien worden. (Zie eerder)
- Financiële incentives voor een verbeterde organisatie van de huisartsenwachtposten (o.a. uniforme openingsuren).
- Financiële incentives voor infrastructuur, zowel binnen de financiering van wachtposten (investeringsdossiers) en ziekenhuizen (VIPA-financiering) kunnen overwogen worden.
- Adequate financiering van specifieke zaken die samenwerking met zich meebrengt.
- De geplande hervormingen van de ziekenhuis- en wachtpostfinanciering bieden een strategisch momentum om deze veranderingen door te voeren.

Communicatie: draagvlak en duidelijkheid

Een **intensieve en langdurige communicatiestrategie** is noodzakelijk om zowel zorgprofessionals als burgers te laten wennen aan het nieuwe zorgsysteem. Dit traject moet helder maken hoe niet-planbare zorg georganiseerd is en toegankelijk blijft voor elke patiënt. Belangrijke thema's binnen deze communicatiecampagne:

- Correct gebruik van het zorgsysteem
- Zelfredzaamheid van de patiënt, gezondheidsvaardigheden en gebruik van zelftriage
- Verantwoordelijkheid van burgers en hun familie
- Duidelijke communicatie tussen zorgverstrekkers
- Afstemming tussen spoeddiensten en huisartsen

Ook het uitwerken van een systeem dat deling van informatie over de patiënt, de zorgvraag en de outcome van de triage mogelijk maakt, is een belangrijke sleutel in het proces. Er moet daarnaast blijvend ingezet worden op digitalisering en AI ten dienste van patiënten en zorgverleners.

3.CONCLUSIE: EEN ONVERMIJDELIJKE EN DRINGENDE HERVORMING

Dat de zorg, en in het bijzonder ook de niet-planbare zorg, onder druk staat is een open deur intrappen. We stellen een toename vast in de vraag naar huisartsgeneeskunde, een stijging van het aantal patiënten dat rechtstreeks aanklopt bij spoedafdelingen van ziekenhuizen en een beperking van mankracht en middelen om op al deze vragen een antwoord te geven. De demografische situatie waar we de volgende decennia mee geconfronteerd worden, zal deze druk alleen maar doen toenemen.

Zorgnet-Icuro, Domus Medica, Wachtposten Vlaanderen en BeSEDiM willen niet lijdzaam toekijken. We slaan de handen in elkaar en formuleren in deze beleidsnota toekomstgerichte voorstellen voor een betere organisatie van de niet-planbare zorg. We focussen op de samenwerking tussen huisartsen, huisartsenwachtposten, spoedgevallendiensten en het aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Zonder afbreuk te doen aan de rol en de verantwoordelijkheid van eenieder doen we aanbevelingen inzake:

- Een verplichte en uniforme triage
- De versterking van de zelfredzaamheid van en betere toegang tot gezondheidsinformatie voor de burger
- De 24/7 beschikbaarheid en continuïteit van niet-planbare zorg
- De versterkte samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsenwachtposten als standaard
- Een uniform en herkenbaar zorgsysteem voor niet-planbare zorg in Vlaanderen

We weten dat deze hervorming **ingrijpend** is. Ze doorbreekt **jarenlange gewoontes** en stelt bestaande structuren in vraag. Dat brengt onvermijdelijk spanningen en weerstand met zich mee, zowel binnen de zorgsector als bij de bevolking. Precies daarom is dit traject **bottom-up** opgebouwd en dient het verder bottom-up uitgewerkt te worden, met input van zorgverleners die dagelijks in de praktijk staan. Hun ervaring vormt het **fundament van dit nieuwe model** voor niet-planbare zorg.

De druk op zorgverleners in de niet-planbare zorg is groot en blijft toenemen. Zonder structurele hervorming loopt het systeem vast. De combinatie van een stijgende zorgvraag, personeelstekorten en organisatorische versnippering maakt **verder uitstel onhoudbaar**. Het huidige zorgmodel is niet langer aangepast aan de noden van vandaag en morgen.

De richting is duidelijk. De implementatie vergt nog verdere uitwerking, maar wij zijn vastberaden om deze hervorming te realiseren.

Laat ons samen werk maken van deze hervorming en meebouwen aan een toekomstbestendig systeem voor niet-planbare zorg ten dienste van zowel de bevolking als de zorgverleners. Om dit effectief te realiseren staan we voor ethische, juridische, financiële en communicatieve uitdagingen. Die willen we niet uit de weg gaan. Zorgnet-Icuro, Domus Medica, BeSEDiM en Wachtpost Vlaanderen engageren zich om, in samenwerking met de beleidsverantwoordelijken, de voorstellen verder te concretiseren.

