Project 1733: kostenbesparend?

Een financiële analyse van patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie voor en na de invoering van triageprotocollen

Dr. Anne-Cécile Spitz

Promotor: Prof. Dr. B. Schoenmakers
Co promotors: Prof Dr. M. Sabbe, Dr. S. Van Baelen

Master of Family Medicine Masterproef

Huisartsgeneeskunde

2016-2018

Nothing that has value, real value, has no cost.
Not freedom, not food, not shelter, not healthcare.

Dean Kamen

Inhoudsopgave

ABSTRACT **4**

DANKWOORD **5**

INLEIDING **6**

1. Onderzoeksvraag 7
2. Gegevensverzameling en design 7
3. Uitkomstmaten 8

KOSTENANALYSE **9**

1. Werkingskosten wachtpost 9
2. Werkingskosten spoedgevallendienst 9
3. Werkingskosten spoedgevallendienst versus wachtpost per patiënt 10
4. Kostprijs enkeldistorsie op de wachtpost 11
5. Kostprijs enkeldistorsie op de spoedgevallendienst 12

DISCUSSIE **14**

BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK **15**

BESPREKING EN BESLUIT **15**

VERWIJZINGEN **16**

BIJLAGEN **17**

Bijlage 1: KB 27 april 1998 17

Bijlage 2: Protocol en goedkeuring door de ethische commissie 25

ABSTRACT

Inleiding

Eind maart 2016 publiceerde het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE) een rapport over de werking van spoedgevallendiensten. Spoedgevallendiensten worden overspoeld door patiënten en het aantal spoedcontacten blijft fors stijgen. In tegenstelling tot andere Europese landen heeft België geen nationaal triagesysteem en is iedereen vrij te kiezen of hij/zij zich al dan niet naar een huisartsenwachtpost of naar een spoedgevallendienst begeeft.
Project 1733 is een proefproject waarbij patiënten volgens een 30-tal protocollen telefonisch getrieerd worden in 6 interventieniveaus. Deze studie tracht te onderzoeken of er door project 1733 een kostenreductie ontstaat voor patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie.

Methodologie

Deze studie is een retrospectief onderzoek waarbij gegevens van de wachtpost Tienen, de dienst medische facturatie van UZ Leuven, facturatiegegevens van AZ Sint-Vincentius te Deinze en uit het pilootproject 1733 werden gebruikt. Als belangrijkste uitkomstmaat wordt onderzocht of er een belangrijke kostenreductie ontstaat bij patiënten die zich met de aanmeldingsklacht enkeldistorsie aanbieden.

Conclusie

De invoering van een triage volgens de protocollen van 1733 zou tijdens de weekends op jaarbasis tot een kostenbesparing van € 1 312 518 kunnen leiden. Verder onderzoek naar de uiteindelijke kost van het triagesysteem, de veiligheid en de efficiëntie is echter nog verreist.

DANKWOORD

" Le fruit le plus agréable et le plus utile au monde est la reconnaissance." (Menander)

Nu dit eindwerk afgewerkt is, ben ik aan veel personen dank verschuldigd. Allereerst wil ik mijn promotor professor Birgitte Schoenmakers bedanken, voor de goede begeleiding, de vele reminders, het vertrouwen en de vrijheid bij het schrijven van deze thesis. Ook professor Marc Sabbe die me warm maakte voor dit onderwerp en steeds enthousiast en creatief meedacht aan de praktische uitwerking van dit project draag ik een warm hart toe. Een bijzondere dank gaat eveneens naar dokter Sabine Van Baelen en dokter Chris Van Der Mullen die nauw bij het 1733 project betrokken waren en me met veel zaken op weg konden helpen.
Evenzeer bedank ik graag de heer Frank Lippens, die me de weg wees in het financiële aspect van spoedgevallendiensten en dokter Hugo Begine die me data van de wachtpost van Tienen aanleverde. Dank u wel!

In 2de tijd zou ik graag mijn collega's Gerda, Johan en Martine bedanken voor de fantastische 2 HAIO-jaren die ik bij jullie heb mogen beleven. Werken bij jullie was elke keer een beetje thuiskomen en zowel als persoon als als arts heb ik zeer veel van jullie geleerd. Ik kijk met veel plezier terug naar deze periode en het is een eer jullie als leermeesters gehad te hebben.

Graag bedank ik ook mijn ouders, broer en zussen, voor het warme nest waar ik ben mogen opgroeien en de vele kansen die ik gekregen heb. Ik besef heel goed dat ik zonder jullie onvoorwaardelijke liefde en steun, nooit geraakt zou zijn waar ik nu ben.
Ten slotte wil ik mijn man Yannick bedanken voor zijn enthousiasme, steun, humor en relativeringsvermogen in elke avontuur dat mijn of ons pad tot nu gekruist heeft.

Anne-Cécile Spitz
22 april 2018

INLEIDING

Eind maart 2016 publiceerde het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE) een rapport over de werking van spoedgevallendiensten. Spoedgevallendiensten worden overspoeld door patiënten en het aantal spoedcontacten blijft fors stijgen; zo waren het er ongeveer 3 miljoen in 2009 en al 3,2 miljoen in 2012. Bovendien meldt 70% van de patiënten zich zonder verwijsbrief aan op de spoedgevallendienst (ter vergelijking met 42% in Nederland en 64% in Engeland). Verder kan een groot deel van de pathologie vanuit medisch standpunt door de huisarts behandeld worden. (1)

In vergelijking met andere Europese landen heeft België een groot aantal spoedcontacten per 1000 inwoners. (1)

Landen	Spoedcontacten per 1000 inwoners.	Ambulante spoedcontrolen per 1000 inwoners.	Spoedcontacten met hospitalisatie per 1000 inwoners.	Spoedcontacten met hospitalisatie/ totaal aantal spoedcontacten
Denemarken (2013)	156	111	45	28.7%
Engeland (2013-14)	264	200	70	26.7%
Frankrijk (2013)	279	218	61	21.7%
Nederland (2012)	124	84	40	32,0%
België (2012)	**290**	**222***	**67**	**23,2%**

*Dit cijfer bevat de spoedcontacten die als dagverblijf werden geregistreerd.

Tabel 1: Gebruik van spoedafdelingen. (1)

Triage

Triage wordt gedefinieerd als het proces om de prioriteit van een behandeling voor een patiënt te bepalen, afhankelijk van de ernst van zijn conditie. De term is afkomstig van het Franse werkwoord 'trier' dat sorteren betekent. (2)

In Nederland bestaat er een nationaal triagesysteem, NTS (nationale triage standaard), dat in 2009 ontwikkeld werd als project van het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, met als doel veiligheid en efficiëntie van de triage in de acute zorg te verhogen. Hierbij worden patiënten volgens de NHG (Nederlands huisartsen genootschap) -triagewijzer in 6 categorieën verdeeld (van reanimatie tot geen kans op schade) en wordt er advies gegeven voor de vervolgacties zijnde: het oproepen van een ambulance, het inschakelen van spoedeisende hulp, van de huisartsenwachtpost of gewoon zelfzorgadvies. (3)

Ook in het Verenigd Koninkrijk bestaat er sinds 2014 een telefonische triage van het National Health System (NHS), waarnaar patiënten kunnen bellen voor niet levensbedreigende urgenties buiten de kantooruren. (4)

Project 1733 is een proefproject in België waarbij patiënten volgens een aantal protocollen telefonisch getrieerd worden in 6 interventieniveaus. Deze zijn: inschakelen van de mobiele urgentiegroep (MUG), van het paramedisch interventieteam (PIT), van de ambulance, van een dringend huisartsenbezoek (binnen 1 uur), van een gepland huisartsenbezoek (binnen de 12 uur) of het voorstellen van uitgestelde zorgen (buiten de wachtdienst tenzij verergering).
Deze studie onderzoekt of project 1733 effectief tot een kostenreductie leidt. Als referentiegroep worden patiënten gevolgd die zich telefonisch aanmelden met als aanmeldingsklacht: "enkeldistorsie".

METHODOLOGIE

1. Onderzoeksvraag

Er wordt nagegaan of er door project 1733 een kostenreductie ontstaat voor patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie.

De klacht enkeldistorsie werd gekozen omdat dit een gemakkelijk te definiëren en relatief veel voorkomende klacht is, waarbij er een beperkte differentiaal diagnose te pas komt. Hierbij behoort het al dan niet nemen van een radiografie vaak tot de discussie. (5)
Een enkeldistorsie wordt gedefinieerd als een door geforceerde in- of eversie veroorzaakt letsel van het ligamentair apparaat, waarbij er geen definitieve verplaatsing van het gewricht gebeurt. (6) Ze werd in het ICD10-classificatiesysteem opgezocht via code S90.0: contusie van enkel.
Epidemiologische gegevens over de enkeldistorsie in België zijn niet gekend, maar in de jaren negentig schatte men het aantal op 300 per 10 000 inwoners in 3 landen waaronder Frankrijk (6000/dag) (7), Nederland (1640/dag) (8) en het Verenigd koninkrijk (5000/dag) (9). 5% van de contacten op de spoedgevallendienst zijn een enkeldistorsie (10). In de huisartsenpraktijk is de incidentie 8 per 1000 patiënten per jaar. (11)
Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden is het essentieel de gemiddelde werkingskosten van een huisartsenwachtpost te bepalen en de gemiddelde werkingskosten van een spoedgevallendienst te berekenen.
Werkingskosten worden gedefinieerd als kosten voor het uitvoeren van een activiteit, exclusief de honoraria van de artsen. De gemiddelde werkingskost van de wachtposten werd berekend als het effectief rekenkundig gemiddeld (de som van de totale werkingskosten van het aantal participerende wachtposten gedeeld door het aantal deelnemende wachtposten). Voor de gemiddelde werkingskosten van de spoedgevallendienst werd het koninklijk besluit van 27 april 1998 gebruikt en werd boekhoudkundig de gemiddelde werkingskosten van een spoedgevallendienst berekend.
Vervolgens werd bepaald hoeveel een enkeldistorsie gemiddeld op de spoedgevallen kost en hoeveel deze gemiddeld op de huisartsenwachtpost kost.
Ten slotte werden de gegevens van het pilootproject 1733 bekeken en werd bestudeerd hoeveel personen die zich effectief op de spoedgevallendienst meldden, hier volgens de protocollen thuishoorde en visa versa voor de wachtpost.

2. Gegevensverzameling en design

De studie is een retrospectief onderzoek. Voor de gegevens van de kostprijs van een enkeldistorsie werden de gegevens van de wachtpost van Tienen bekeken. Het aantal huisbezoeken, aantal consulten en de tijdstippen van aanmelding werden geregistreerd. Nadien werden de officiële RIZIV-tarieven van 2016 geraadpleegd en een kostenberekening gemaakt.
Voor de gemiddelde kostprijs van een enkeldistorsie op een spoedgevallendienst werden de facturen van het UZ Leuven voor het jaar 2016 bekeken en een rekenkundig gemiddelde gemaakt. Deze werden opgezocht in het ICD10-classificatiesysteem via code S90.00 contusie van enkel.
De werkingskosten van een wachtpost werden uit het eindrapport van Mobius 'huisartsenwachtposten' gegenereerd. (12)
Voor de werkingskosten van een spoedgevallendienst werd het koninklijk besluit van 27 april 1998 gebruikt en werd boekhoudkundig berekend hoeveel een 'minimale wettelijke spoedgevallendienst' kost. Voor een schatting van de personeelskosten, omslagkosten en andere kosten werden hier de jaarfacturen van 2016 van het AZ Sint Vincentius te Deinze bekeken.
Het officiële eindrapport van het pilootproject 1733 was bij het inleveren van dit eindwerk nog niet gepubliceerd, maar deze gegevens werden bekomen via een interview met prof. Dr. M. Sabbe.

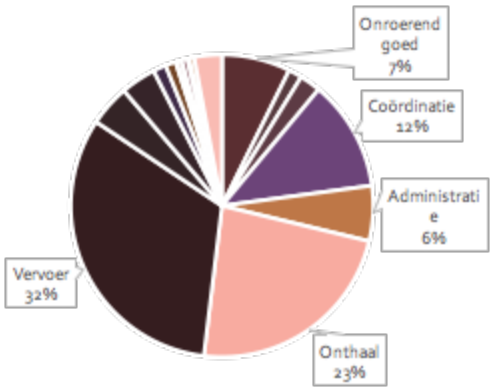
3. Uitkomstmaten

Als belangrijkste uitkomstmaat wensen we te onderzoeken of er een significante kostenreductie is wanneer patiënten gesorteerd worden volgens de protocollen van 1733.

KOSTENANALYSE

1. Werkingskosten wachtpost

Het rapport van Mobius omtrent wachtposten werd bekeken waarbij volgens 4 parameters de kosten van de Belgische wachtposten in kaart zijn gebracht: de algemene kosten (onthaal, coördinatie, administratie, gebouwen en boekhouding), de nachtdienst (aantal nachtelijke interacties), het effectief gebruik (aantal interacties per 100 000 inwoners) en de link met spoed (interacties met spoedgevallendienst, afstand,…).
Uit de financiële verslagen van 75 wachtposten van de jaren 2014 en 2015 berekende men in dit rapport de gemiddelde totale werkingskosten van een wachtpost. Deze werkingskosten omvatten alle kosten van een wachtpost buiten de honoraria en de beschikbaarheidshonoraria van de artsen. De 5 grootste werkingskostencategorieën van een gemiddelde wachtpost zijn vervoer, onthaal, coördinatie, onroerend goed en administratie. Deze staan in voor 80% van de werkingskosten van de gemiddelde wachtpost. Deze onderverdeling is weergegeven in figuur 1. De gemiddelde totale werkingskost op jaarbasis van een wachtpost werd geschat op **€286.732.**



Figuur 1: Geeft een kwantitatieve analyse van de algemene kosten. (12)

2. Werkingskosten spoedgevallendienst

Om de kosten van de spoedgevallendienst te bepalen, werd er beroep gedaan op het koninklijk besluit van 27 april 1998 (bijlage 1), waar de minimumvoorwaarden van een spoedgevallendienst in vermeld staan. De kosten van het Sint-Vincentiusziekenhuis te Deinze voor het jaar 2016 werden bekeken. Dit ziekenhuis werd gekozen omdat het een gemiddeld perifeer Belgisch ziekenhuis voorstelt met 170 erkende ziekenhuisbedden (13).

2.1 Personeelskosten

Doorslaggevend in deze kosten in de werkingskosten zijn de personeelskosten.
Wettelijk gezien moeten er op een spoedgevallendienst 24uur op 24uur en 7dagen op 7 dagen 2 verpleegkundigen aanwezig zijn. Als men rekening houdt met shiften van 6u, recuperatie na nachten, ziekten en afwezigheden komt dit overeen met 12FTE (1FTE = 28 werkuren/week). Bovendien moet minstens 1 van de verpleegkundigen de bijzondere beroepstitel spoedgevallenzorg en intensieve zorgen hebben (en is deze dus duurder). Om de waarde van 1FTE te berekenen bekeek men de personeelskost van de spoedgevallendienst van het Sint-Vincentius in Deinze waar de loonkosten in 2016 1 465 000€ bedroeg voor 18.31 FTE waarbij 1 FTE op de spoedgevallendienst dus met 80 000€ (=1.465 000€/18.31) per jaar overeenkomt. Bovendien is er op de spoedgevallendienst ook een hoofdverpleegkundige aanwezig die tegenwoordig vaak niet in de shiften meedraait maar

voornamelijk leiding geeft en organisatorisch handelt.
Voor onderhoud en administratie rekenen we ook 2FTE dewelke gemiddeld 35 000€ per jaar kosten.

De totale personeelskosten vandeze spoedgevallendienst beslaan dan:
- 12 FTE verpleging : 12x 80 0000 € = 960 000
- 1FTE hoofdverpleging = 1 x80 000€ = 80 0000
- 2FTE administratie en onderhoud = 2 x 35 000€ = 70 000€
of in he totaal € 1 110 000€

2.2 Omslagkosten

Dit zijn kosten die door de spoedgevallendienst gedragen worden proportioneel op basis van het aantal m² of FTE. Dit zijn kosten zoals water, elektriciteit, gas, stookolie etc die voor het geheel van het ziekenhuis omgeslagen worden en nadien verdeeld worden over alle diensten om tot de juiste kostprijs te komen.
In het Sint-Vincentiusziekenhuis te Deinze bedroegen deze 279 000€ op te splitsen in financiële lasten (400€), algemene kosten (11 000€), brandveiligheid (800€), afvalverwerking (2300€), onderhoud (25 000€), verwarming (3000€), administratie (186 000€), informatica (45 500€) en internaat (5 500€).

2.3 Andere rechtstreekse kosten op jaarbasis

Dit gaat over gebouwen, medische en niet medische investeringen, informatica, hardware en software,… In het Sint Vincentius te Deinze bedroeg dit 235 000€ bestaande uit algemene kosten (24 500€), onderhoud (23 000€), administratieve kosten (11 000€), wasserij en linnen (6000€) en medische kosten (142 500€).

2.4 Totale jaarlijkse werkingskosten spoedgevallendienst

De som van bovenstaande posten geeft ons uiteindelijk een globale kost voor de spoedgevallendienst van 1 110 000€ + 235 000€ + 279 000€ = 1 614 000€

3. Werkingskosten spoedgevallendienst versus wachtpost per patiënt

Gemiddeld ziet een wachtpost 5897 patiënten per jaar en is hij 3292 uur per jaar geopend (12) (52 weekends, 7 feestdagen en 3 nachten voorafgaand aan een feestdag). Gemiddeld zijn er dus 1.79 consulten per uur waarbij de werkingskost per patiënt op 48,62€ komt.
Een spoedgevallendienst daarentegen heeft gemiddeld 50 consultaties per 24h (1) wat met een gemiddeld aantal jaarlijkse contacten van 18250 overeenkomt. (50 patiënten/d x365d).
De gemiddelde werkingskost per patiënt komt dus overeen met 88,44€.

	Wachtpost	**Spoed**
Kosten / jaar	286.732,00 €	1.614.000,00 €
Gemiddeld aantal patiënten per jaar	5.897,00	18.250,00
Totaal aantal uren geopend per jaar	3292	8.760,00
Werkingskost /uur	87,10 €	184,25 €
Gem. aantal patiënten/ per uur	1,79	2,08
Kost per patiënt	48,62 €	88,44 €

Tabel 2: Samenvatting werkingskost per Patiënt

4. Kostprijs enkeldistorsie op de wachtpost

In een wachtpost beperken de kosten zich tot de honoraria van de artsen dewelke afhankelijk zijn van het uur dat de patiënt zich aanmeldt en of er al dan niet een huisbezoek aangevraagd wordt. De gegevens van de wachtpost van Tienen werden bekeken voor het jaar 2016 en de officiële honoraria van het RIZIV van 2016 werden gebruikt. In onderstaande tabel staan zij samengevat. De cijfers werden op 1 decimaal nauwkeurig afgerond.

	Aantal	Prijs	Totale prijs
Consultaties vrijdag tussen 19u-21u	251	€ 28,50	€ 7.153,50
Huisbezoeken vrijdag tussen 19u-21u	67	€ 48,90	€ 3.276,30
Consultaties vrijdag tussen 21u-8u	267	€ 49,50	€ 13.216,50
Huisbezoeken vrijdag tussen 21u-8u	201	€ 84,60	€ 17.004,60
Consultaties zaterdag tussen 8u-21u	3113	€ 36,60	€ 113.935,80
Huisbezoeken zaterdag tussen 8u-21u	860	€ 55,10	€ 47.386,00
Consultaties zaterdag tussen 21u-8u	222	€ 49,50	€ 10.989,00
Huisbezoeken zaterdag tussen 21u-8u	209	€ 84,60	€ 17.681,40
Consultaties zondag tussen 8u-21u	2736	€ 36,60	€ 100.137,60
Huisbezoeken zondag tussen 8u-21u	859	€ 55,10	€ 47.330,90
Consultaties zondag tussen 21u-8u	201	€ 49,50	€ 9.949,50
Huisbezoeken zondag tussen 21u-8u	146	€ 84,60	€ 12.351,60
TOTAAL	**9132**		**€ 400.412,70**

Tabel 3: Aanmeldingen op de wachtpost van Tienen in 2016

In 2016 meldden 9132 personen zich op de wachtpost van Tienen tussen vrijdagavond 19u en zondagmorgen 8u (de openingsuren van een wachtpost). Vrijdagavond tussen 19u en 21u waren er 251 consulten en 67 huisbezoeken (0,7%). 5849 personen (64%) boden zich overdag aan en 690 personen (7,6%) 's nachts. Er werden 1719 (18,8%) aantal huisbezoeken overdag aangevraagd en 556 (6,1%) huisbezoeken 's nachts aangevraagd.
Met deze data rekening houdend kost een gemiddeld honorarium op de wachtpost **€ 43,80** waarvan €9.70 door de patiënt betaald en €34.10 door het ziekenfonds.

	Aantal	Percentage
Huisbezoeken vrijdagavond	67	0,7%
Consulten vrijdagavond	251	2,0%
Consulten 's nachts	690	7,6%
Consulten overdag	5849	64,0%
Huisbezoeken 's nachts	556	6,1%
Huisbezoeken overdag	1719	18,8%
Totaal	**9132**	**99,2%**

Tabel 4:Verhouding huisbezoeken versus consulten.

5. Kostprijs enkeldistorsie op de spoedgevallendienst

Via de diensten medische facturatie werden 230 facturen bekeken van patiënten die zich in 2016 op de spoedgevallendienst van het UZ Leuven meldden en waarbij de diagnose 'contusie van de enkel' werd geregistreerd. Gemiddeld kost een enkeldistorsie 126,75 euro, waarbij er €24,22 ten koste van de patiënt is en €102,53 door het ziekenfonds wordt betaald.

Volgende nomenclatuurnummers werden op de spoedgevallendienst het meest gebruikt:

Nomen clatuurnummer	Prestatie	Prijs ZIV	Prijs patiënt	Totale prijs
455173	Radiografie van de middelvoet met visualisatie van de metatarsalen en de voetwortelbeenderen, minimum twee clichés	€12.4	€1.7	€14.1
455195	Radiografie van de enkel met visualisatie van het gewricht en distale tibia/fibula, minimum twee clichés	€12.4	€1.7	€14.1
460972	Forfaitair honorarium per voorschrift en per dag voor alle technische verstrekkingen inzake medische beeldvorming van artikel 17, §1 die ambulant worden uitgevoerd behoudens wanneer minstens één van de verstrekkingen vermeld onder 460994 of 461016 uitgevoerd word	€12.6	€0	€12.6
599616	Supplement bij weekend, feestdag of nacht	€42.70	€2.48	€45.18
145250	Dringend voorlopig aanleggen van een contentietoestel bij # of luxaties	€11.24	€3.74	€14.98
299176	Gipslaars/toestel van Delbet	€58.71	€0	€58.71
599594	Supplement bij weekend, feestdag of nacht	€67.77	€0	€67.77
690454	Gipsmateriaal voet en been tot helft been	€4.44	€0.23	€4.67
761036	Gebruik gipskamer	€29.95	€0	€ 29.95

Tabel 5: Meest gebruikte nomenclatuurnummers op de spoedgevallendienst.

6. Impact van het 1733-triagesysteem op de kostprijs van een enkeldistorsie.

Gedurende 2 weken werden patiënten met een onplanbare zorgvraag in Tienen en Leuven ondervraagd. Patiënten met een onplanbare klacht werden voor deze studie als volgt gedefinieerd:
- patiënten bij de huisarts die hun afspraak minder dan 24u op voorhand maken, niet komen voor administratieve zaken, een vaccinatie, opvolgcontact e.d.
- patiënten bij de huisarts van wacht tijdens de week
- patiënten op de wachtpost
- patiënten op de spoedgevallendienst

Van vrijdag 21 oktober 8u tot vrijdag 28 oktober 8u werden patiënten bevraagd op de spoedafdeling van het RZ Heilig Hart Tienen, binnen de huisartsenpraktijk Houtemveld en op de huisartsenwachtpost te Tienen. Op de spoedafdeling werd de hele week gemeten, in de praktijk op weekdagen en op de wachtpost vanaf vrijdagavond 19u tot maandagmorgen 8u in de huisartsenwachtpost.
Van maandag 7 november 8u tot en met maandag 14 november om 8u werden patiënten bevraagd op de spoedgevallendienst van UZ Gasthuisberg en het RZ Heilig Hart Leuven. Op weekdagen werden metingen gedaan in huisartsenpraktijk Van 't Sestich en vanaf vrijdag 11 november 8u tot en met

maandag 14 november 8u. Patiënten werden met behulp van een vragenlijst bevraagd, verschillende patiëntenkarakteristieken alsook of de klacht al dan niet dringend is voor de patiënt werd geregistreerd. Nadien werd gevraagd aan de patiënt naar het telefoonnummer 1733 te bellen en werd hij/zij volgens de protocollen getrieerd en werd dit geregistreerd.
Uit een interview met prof. dr. Marc Sabbe blijkt dat gedurende deze 2 meetweken 1354 patiënten geregistreerd werden, waarvan 645 patiënten zich op de spoedgevallendienst (RZ Tienen, Heilig Hart Leuven of UZ Leuven) en 709 zich bij de huisarts (wachtpost Tienen, wachtpost Leuven, huisartsenpraktijk Van 't Sestich en huisartsenpraktijk Houtemveld) aanmeldden (of huisbezoek door de wachtpost).

Na gebruik van de protocollen zou een derde van de patiënten naar een ander niveau verwezen worden, 4,9% naar een hoger niveau (van huisarts naar spoedgevallendienst) en 27,7% naar een lager niveau (van spoedgevallendienst naar huisarts).

	Zonder 1733	Met 1733
Wachtpost/huisarts	709 patiënten (52.36%)	1018 patiënten (75.16%)
Spoedgevallendienst	645 patiënten (47.64%)	336 patiënten (24.84%)
Som	**1354**	**1354**

Tabel 6:Verdeling patiënten wachtpost vs. spoedgevallendienst voor en na 1733.

In België zijn er in 2017 139 spoedgevallendiensten (1) en 73 wachtposten (14). Gezien een wachtpost gemiddeld 5.897 contacten per jaar heeft en de incidentie van een enkeldistorsie bij de huisarts 8 per 1000 patiënt bedraagt, zien huisartsen op de wachtpost gemiddeld 3431 enkeldistorsies per paar. Een spoedgevallendiensten in België heeft jaarlijks gemiddeld 18 250 contacten. Gezien de prevalentie van een enkeldistorsie 5% is op de spoedgevallendienst (10) zijn er dus met de 139 spoedgevallendiensten 126 768 patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie. Als men dit naar een weekend herrekend van vrijdagavond 19u tot zondagmorgen 8u zijn dit 21 592 enkeldistorsies per jaar op de spoedgevallendienst gedurende de openingsuren van een wachtpost. Uit het interview met prof. dr. M. Sabbe op 8-4-2018 over het tussentijds rapport, leren we dat na de hoger gespecifieerde meetperiode van het project 1733, 4% van de patiënten die zich aanvankelijk bij de huisartsen zouden aanbieden naar de spoedgevallendienst zouden verwezen worden en dat 27% van de patiënten die zich op de spoedgevallendienst aanmeldden zou zich bij de huisarts hadden moeten aanbieden.
Gezien de totale kost op de spoedgevallendienst voor een enkeldistorsie €215.2 per patiënt bedraagt (€126,8 honoraria en € 88,5 werkingskost) en op een wachtpost €92.4 (€43.8 honoraria en €48.6 werkingskost) kunnen de protocollen van 1733 voor patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie tot een kostenreductie van €1 312 518,2 leiden.

	VOOR 1733	**NA 1733**
Aantal enkeldistorsies op de spoedgevallendienst per jaar gedurende de weekenden	21 592	15 762
Aantal enkeldistorsies op de wachtpost per jaar	3431	3643
Kostprijs totaal aantal enkeldistorsies op de spoedgevallendienst	€ 4.724.070,4	€ 3.391.982,4
Kostprijs totaal aantal enkeldistorsies op de wachtpost	€ 317.161,64	€ 336.731,19
TOTAAL	€ 5.041.231,8	€ 3.728.713,6
Besparing	**€ 1.312.518,2**	

Tabel 7: Kostenbesparing na gebruik 1733 protocollen

DISCUSSIE

Triage volgens de protocollen van 1733 leidt op jaarbasis uit deze steekproef tot een kostenreductie van €1 312 518,2 bij patiënten die zich gedurende het weekend (van vrijdagavond 20h tot en met zondagmorgen 8h) aanmelden met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie. Gezien enkeldistorsies slechts 5% van de aanmeldingen op de spoedgevallendienst voorstellen, zou de invoering van het 1733-project bij extrapolatie naar andere aandoeningen vermoedelijk voor een grote maatschappelijke besparing kunnen zorgen.

Vermoedelijk zal men wel moeten evolueren naar een situatie waarbij er ook overdag bij de huisarts een wachtregeling bestaat zodat patiënten met acute problemen 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 bij de huisarts terecht kunnen en dit niet enkel tijdens de wachturen.

Indien uit verder onderzoek blijkt dat telefonisch triage naar uitgestelde zorg (buiten de wachturen tenzij verergering) veilig is en hier een wettelijke regeling omtrent ontstaat, zal dit bijkomend tot een nog grotere kostenbesparing leiden, gezien de beschikbaarheidshonoraria dan wegvallen en de artsenhonoraria zo lager worden.

Verder zou een mentaliteitsverandering bij zowel patiënten als artsen het aantal radiografieën drastisch kunnen doen verminderen, wat ook een daling van de honoraria op de spoedgevallendienst zou veroorzaken. Artsen nemen vaak een röntgenfoto uit angst voor een mogelijke schadeclaim, wegens de verwachtingen van de patiënt en om reden van verzekeringskwesties (arbeids-of sportongeval). (6)

Een sensibilisatiecampagne vanuit de overheid zou hier voor een extra motivatie kunnen leiden.

Indien 1733 geïmplementeerd wordt, zal er de eerste jaren natuurlijk geïnvesteerd moeten worden in de geleidelijke opbouw van dit triagesysteem en in opleiding van operatoren die de triage uitvoeren en wachtpostmedewerkers. De kostprijs van het effectieve triagesysteem zoals opleiding van personeel, personeelskost, installatie van hardware en software zal dus nog in rekening gebracht moeten worden. Ook zullen de wachtposten een grotere capaciteit patiënten moeten kunnen verwerken, wat initieel tot een daling van de werkingskosten per patiënt zal leiden, maar op termijn hoogstwaarschijnlijk tot re-investeringen wat opnieuw kosten met zich zal meebrengen.

Voor patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie lijkt uit onze studie het project 1733 zeker kostenbesparend, maar verder onderzoek naar andere pathologieën, de uiteindelijk effectieve kostprijs van het triagesysteem en de veiligheid van de protocollen zal nodig zijn.

BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK

Gezien 1733 nog maar heel recent en partieel gelanceerd is, is dit werk voornamelijk een eerste denkoefeningen, een aanzet voor verdere verdieping door bijkomend onderzoek.
Een eerste grote beperking is alvast dat de kostprijs van een consult op de spoedgevallendienst slechts met gegevens van UZ Leuven berekend kon worden, een tertiair ziekenhuis en deze daardoor niet representatief zou kunnen zijn voor de ziekenhuisfactuur van een doorsnee-ziekenhuis. Herhaalde pogingen om andere hospitalen hierbij te betrekken mislukten spijtig genoeg. Verdere gegevensverzameling van secundaire centra blijft nodig zijn om deze gegevens te optimaliseren.
Een tweede beperking is dat de gemiddelde kosten van een spoedgevallendienst berekend werden met de gegevens van het Sint-Vincentiusziekenhuis te Deinze. Wat het aantal erkende bedden (170) betreft is dit eerder een klein ziekenhuis met een 'beperkte' spoed, wat naar representativiteit vragen kan doen stellen. Een effectief gemiddeld berekenen zou beter zijn geweest, maar weinig centra zijn bereid deze gegevens door te geven. Indien de nodige gegevens van het RIZIV kunnen bekomen worden, is het zeker interessant om zowel de ziekenhuisfactuur als de werkingskosten van een spoedgevallendienst te herrekenen.
Een 3de beperking van deze studie is dat "gemiddeld" een relatief begrip. Zo bestaat er wat de wachtposten betreft een zeer grote variatie in werkingskosten, zelfs bij wachtposten met een zelfde aantal inwoners (12). Voor spoedgevallendiensten zal dit hoogstwaarschijnlijk ook zo zijn.
Een laatste essentiële beperking van dit onderzoek is dat het eindrapport van project 1733 nog niet gepubliceerd was bij afleveren van deze masterproef. Gegevens werden dus gegeneerd via een interview met prof. dr. Sabbe en waren afkomstig uit het tussentijds rapport. Een herberekening na publicatie van het officiële rapport dient dan ook nog te gebeuren.

BESPREKING EN BESLUIT

In een maatschappij waarbinnen de gezondheidszorg steeds meer onder druk staat, is het zeer belangrijk om nieuwe projecten te evalueren op basis van veiligheid, efficiëntie en kostprijs.
In deze paper blijkt dat het protocol van 1733 voor patiënten met als aanmeldingsklacht enkeldistorsie wachtpost tot een belangrijke kostreductie leidt. Verder onderzoek naar de andere pathologiëen, de veiligheid van de protocollen en naar de uiteindelijk effectieve kostprijs van het triagesysteem zijn echter verreist.

VERWIJZINGEN

1. *Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming – Synthese.* **Koen Van den Heede (KCE), Cécile Dubois (KCE), Stephan Devriese (KCE).** 2016, Colofon, p. 46.

2. *Triage in medicine, part I: Concept, history, and types.* **Iserson, KV en Moskop, JC.** 49, 2007, Annals of Emergency Medicine, pp. 275-81.

3. **Officiële website NTS.** Nederlandse triage standaard. [Online] 2014. https://www.de-nts.nl/.

4. *Acceptability of NHS 111 the telephone service for urgent health care: cross sectional postal survey of users' vieuw.* **Cathein, Alicia, et al.** 2, 2014, Family Practice, Vol. 31, pp. 193-200.

5. **Roosen P, Willems T, De Ridder R, San Miguel L, Holdt Henningsen K, Paulus D, De Sutter A, Jonckheer P.** *Ankle Sprain: diagnosis and treatment.* Brussels : KCE Reports 197C, 2013.

6. *Reconnaître et traiter les entorses simples de cheville.* **247, sl : 24, 2004, La revue prescrire, Vol. 24, pp. 129-134.**

7. *L'entorse de cheville au service d'accueil et d'urgence.* Bertini , N, et al. 4, 1995, Urg., Vol. 4, p. 11.

8. De Bie , R.A en Et all. *Richtlijn acuut lateraal enkelbandletsel.* Amersfoort : Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2011.

9. *Ankle ligament healing after an acute ankle sprain: an evidence-based approach.* Hubbard, TJ en Hicks-Little, CA. 5, 2008, J Athl Train, Vol. 43, pp. 523-9.

10. *Ottawa ankle rules for the injured.* Heyworth, J. 2003, Br J Sports Med, Vol. 37, p. 194.

11. *Sprains about the foot and ankle encountered in the workmans' compensation patient.* Abidi, NA. 2, 2002, Foot and ankle Clinics, Vol. 7, pp. 305-22.

12. Mobius. *Audit Huisartsenwachtposten.* sl : RIZIV, 2017.

13. Officiële website zorg en gezondheid . *Algemene ziekenhuizen : erkenningssituatie : hospitalisatiediensten : huidig aantal erkende bedden per* vestigingsplaats*.* 2016.

14. D'Hoore, J. Huisartsenwachtposten zien 's nachts amper patiënten. *De Tijd.* 14 07 2017.

BIJLAGEN

1. Bijlage 1: KB 27 april 1998

Koninklijke besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden. (B.S. 19.06.1998) Gecoördineerde tekst: laatste tekstbijwerking: 11.03.2013

HOOFDSTUK I. - Architectonische normen en uitrusting Afdeling 1. - Algemene bepalingen

Art. 1. De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" bestaat uit een administratief en een technisch gedeelte die, zowel architectonisch als functioneel een geheel vormen. Ze beschikt over een eigen duidelijk aangegeven ingang bestaande uit een toegang voor voetgangers en uit een overdekte en verwarmde zone voor ziekenwagens die kan afgesloten worden.

Zij moet toegankelijk zijn voor mindervaliden.

Afdeling 2. - Het administratief gedeelte

Art. 2. Het administratief gedeelte bestaat uit : 1° een inkomhal; 2° een ruimte voor de administratieve formaliteiten; 3° een wachtzaal; 4° sanitaire installaties voor het personeel; 5° afzonderlijke sanitaire installaties voor bezoekers die toegankelijk moeten zijn voor mindervaliden; 6° een spreekkamer voor de opvang van de patiënten en hun familie; 7° een werkruimte voor de geneesheren en verpleegkundigen van de functie; 8° lokalen voor het opslaan van linnen, voorraad, kledij en waardevolle voorwerpen; 9° een ontspanningslokaal voor het personeel van de functie; 10° een rustkamer voor de arts die de permanentie in de functie waarneemt. De in 4°, 5°, 8° en 9° bedoelde accommodaties mogen worden gedeeld met een andere dienst, functie of afdeling, mits deze architectonisch grenst aan de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg". De in 10° bedoelde rustkamer mag buiten de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" gelokaliseerd zijn. (De Koning bepaalt de voorwaarden en modaliteiten volgens welke de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beurtelings georganiseerd kan worden op één of meerdere vestigingsplaatsen van een ziekenhuis.)

Afdeling 3. - Het technisch gedeelte

Art. 3. § 1. Het technische gedeelte bestaat minstens uit : 1° onderzoekslokalen die ontworpen zijn om de intimiteit van de patiënt te vrijwaren en die uitgerust zijn voor het toedienen van geneeskundige zorg; 2° een of meer lokalen die uitgerust zijn voor de vrijwaring, de stabilisering en het herstel van de vitale functies van minstens twee patiënten in kritieke toestand; 3° een zaal

uitgerust voor kleine chirurgie onder loco-regionale anesthesie; 4° een lokaal met minstens 4 bedden voor de observatie, bedoeld in artikel 2, tweede lid, 4°, van het koninklijk besluit van 27 april 1998 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", waarvan ten minste één bed is voorzien van de nodige uitrusting voor de bewaking van een patiënt in kritieke toestand. De uitrusting is te onderscheiden van de uitrusting bedoeld in 2°;

1

5° een ruimte die als sorteerruimte kan dienen in geval van massale toestroom van slachtoffers; dit kan de ruimte zijn bedoeld in artikel 2, 1°, 3° of 6° alsook de in artikel 1, tweede lid, bedoelde zone voor ziekenwagens; 6° een lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen auto-mutilatie kunnen beschermd worden en van de andere patiënten kunnen worden afgezonderd;

7° een zaal voor het aanleggen van gipsverbanden; 8° een lokaal waar hygiënische zorg kan worden toegediend aan bedlegerige of ambulante patiënten. De in punt 1° tot 5° bedoelde plaatsen moeten zo zijn ontworpen dat er een mobiel radiografietoestel kan worden gebruikt.

§ 2. De in § 1, 2° en 4°, bedoelde uitrusting waarvan het gebruik strikt beperkt is tot de functie zelf, bestaat minstens uit : 1° apparatuur voor kunstmatige beademing; 2° defibrillator met beeldscherm voor de monitoring van het hartritme;

3° apparatuur voor gastro-intestinale aspiratie; 4° apparatuur voor endotracheale aspiratie; 5° apparatuur voor monitoring van de perifere O2 concentratie van een patiënt; 6° apparatuur voor de monitoring van het uitgeademde CO2-gehalte van een patiënt.

§ 3. De functie moet eveneens over de volgende apparaten beschikken : 1° een E.K.G.-toestel met twaalf afleidingen; 2° het nodige materiaal voor de cardiorespiratoire reanimatie van de volwassene en van het kind; 3° verschillende draagbare zuurstofbronnen voor de beademing van patiënten die binnen het ziekenhuis worden vervoerd; 4° een voldoende aantal mobiele brancards.

§ 4. Met het oog op het in dienst houden van de hierbovenvermelde apparaten in geval van het uitvallen van de normaal gebruikte stroombron(nen) dient de functie aangesloten te zijn op de autonome noodstroombron van het ziekenhuis.

HOOFDSTUK II. - Functionele normen

Art. 4. § 1. De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet, binnen het algemeen ziekenhuis waarvan het deel uitmaakt, op ieder ogenblik een beroep kunnen doen : 1° op minstens 3 bedden voor intensieve verzorging, aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" en aan de behoeften van de behandelde patiënten, of op een

erkende functie voor intensieve zorg;

2° op een polyvalent operatiekwartier uitgerust en georganiseerd voor dringende chirurgische interventies; 3° op een laboratorium van klinische biologie uitgerust en georganiseerd om ter plaatse en op elk ogenblik de noodzakelijke analyses uit te voeren;

4° op een dienst voor medische beeldvorming beschikkend over de nodige apparatuur voor diagnostische, radiologische en echografische onderzoeken met inbegrip van een mobiel radiologisch apparaat en een transversale axiale tomograaf georganiseerd om ter plaatste en op elk moment de nodige diagnostische onderzoeken uit te voeren;

5° op een dienst voor archivering van medische dossiers die 24 uur op 24 toegankelijk is.

§ 2. In de functie zelf moet een voorraad rode bloedcellenconcentraat, inbegrepen een voorraad O-Rh-negatief rode bloedcellenconcentraat, en plasmavervangmiddelen voorhanden zijn tenzij het ziekenhuis beschikt over een bloedbank die op ieder ogenblik voor de toelevering van deze produkten kan instaan.

In de functie zelf dient er eveneens een voorraad geneesmiddelen, noodzakelijk om het hoofd te bieden aan urgenties, voorhanden te zijn.

Art. 5. De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet beschikken over : 1° een telefonische buitenlijn die onafhankelijk van de centrale van het ziekenhuis functioneert en die uitsluitend bestemd is om onmiddellijk oproepen te kunnen ontvangen van het eenvormig oproepstelsel; 2° radiocommunicatiemiddelen zoals bedoeld in de wet van 8 juni 1998 betreffende de radiocommunicatie van de hulp- en veiligheidsdiensten.

Met het oog op een verbinding met het in voormelde wet bedoelde radiocommunicatienetwerk, sluit het ziekenhuis een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 2, § 1, derde lid, van het koninklijk besluit van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel.

Er dient een telefaxtoestel aanwezig te zijn.

Art. 6. De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet binnen het ziekenhuis waar het deel van uitmaakt beroep kunnen doen op een aangepaste infrastructuur voor de permanente vorming in de urgentiezorg van zijn medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel.

Art. 7. De functie moet deelnemen aan een specifieke registratie van de activiteiten in de functie

"gespecialiseerde spoedgevallenzorg" volgens de modaliteiten voorgeschreven door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

HOOFDSTUK III. - Organisatorische normen Afdeling 1. - Medische staf

Art. 8. (De geneesheer-diensthoofd van de functie is een erkend geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde, zoals bedoeld in artikel 2, 1° of 2°, van het ministerieel besluit van 14 februari 2005 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, van geneesheren-specialisten in de urgentiegeneeskunde en van geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde, alsook van de stagemeesters en stagediensten in deze disciplines. Hij is voltijds aan het ziekenhuis verbonden en besteedt meer dan de helft van zijn werktijd aan de activiteit in de functie en aan de permanente vorming van het personeel verbonden aan zijn functie.)

(De geneesheer-diensthoofd, bedoeld in dit artikel kan tegelijkertijd de geneesheer zijn die de leiding heeft van de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG), zoals bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.)

Art. 8bis. Het ziekenhuis dat beschikt over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening moet, overeenkomstig artikel 4 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend, een protocol sluiten met de overige ziekenhuizen van dezelfde provincie of in het administratief arrondissement Brussel-Hoofdstad, die beschikken over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" die ingeschakeld is in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening.

Art. 9. § 1. (De medische permanentie wordt waargenomen door minstens één, minstens halftijds aan het ziekenhuis verbonden geneesheer met één van de volgende kwalificaties :

1° geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde, zoals bedoeld in artikel 2, 1° en 2°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005; 2° geneesheer-specialist in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 2, 3°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005;

3° geneesheer die houder is van het brevet in de acute geneeskunde, bedoeld in artikel 6, § 3, 2°, van hetzelfde ministerieel besluit; 4° kandidaat-geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde, bedoeld in 1°, of in de acute geneeskunde bedoeld in 2°, in opleiding, voor zover de betrokkene reeds geneesheer-specialist is in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van voornoemd ministerieel besluit van 14 februari 2005, hetzij reeds gedurende tenminste een jaar voornoemde

opleiding heeft genoten.)

§ 2. Het aantal geneesheren dat deelneemt aan de medische permanentie moet worden aangepast aan de intensiteit van de activiteit van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg". Voor die aangepaste permanentie komen in aanmerking de in § 1 bedoelde geneesheren-artsen alsook de geneesheren-specialisten en de kandidaat-geneesheer-specialisten met minstens twee jaar opleiding, in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van het ministerieel besluit van 12 november 1993 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, alsook van de stagemeesters en stagediensten in de urgentiegeneeskunde.

§ 3. De in § 1 en § 2 bedoelde geneesheren verzekeren de medische permanentie uitsluitend in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" (en mogen, met uitzondering van de toepassing van het tweede lid, tegelijkertijd geen andere medische permanentie uitvoeren, zoals bedoeld in artikel 14 van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie voor intensieve zorg moet voldoen om erkend te worden en in artikel 6 van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" moeten voldoen om te worden erkend).

(Indien er op de bedoelde vestigingsplaats een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg", een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) en een functie voor intensieve zorg worden uitgebaat, mogen de geneesheren die de permanentie waarnemen in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" tegelijkertijd de medische permanentie waarnemen in de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG), als bedoeld in artikel 6 van het voornoemde koninklijk besluit van 10 augustus 1998, voorzover een bijkomende geneesheer, die beantwoordt aan de vereisten bedoeld in § 1, in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" aanwezig is binnen vijftien minuten nadat de eerstgenoemde geneesheer de bedoelde functie heeft verlaten ingevolge een oproep van de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG). Zolang die geneesheer niet ter plaatse is, dient een geneesheer die, met toepassing van de artikelen 14 en 15 van het voornoemde koninklijk besluit van 27 april 1998, de permanentie waarneemt in de functie voor intensieve zorg, eveneens de permanentie waar te nemen in de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg.)

(De in § 1, bedoelde geneesheren mogen tegelijkertijd de permanente aanwezigheid vervullen, zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 4°, van het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van ziekenhuisgroeperingen en bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.)

§ 4. De medische permanentie in de gespecialiseerde functie voor spoedgevallen moet 24 uur op 24 waargenomen worden.

§ 5. (De geneesheren die aan de medische permanentie deelnemen mogen niet langer dan 24 uur na elkaar een medische permanentie in een ziekenhuis vervullen.)

4

Art. 10. § 1. De geneesheer die de permanentie waarneemt moet d.m.v. vooraf opgestelde modaliteiten te allen tijde minstens beroep kunnen doen op : 1° een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde; 2° een geneesheer-specialist in de heelkunde;

3° een geneesheer-specialist in de anesthesiologie en reanimatie; 4° een geneesheer-specialist in de röntgendiagnose; 5° een geneesheer-specialist in de pediatrie; 6° een geneesheer-specialist in de orthopedische heelkunde;

7° een geneesheer-specialist in de gynaecologie-verloskunde; 8° een geneesheer-specialist in de otorhinolaryngologie; 9° een geneesheer-specialist in de oftalmologie; 10° een geneesheer-specialist in de psychiatrie of de neuropsychiatrie; 11° een geneesheer-specialist in de neurologie of de neuropsychiatrie.

§ 2. De in § 1 bedoelde geneesheren moeten binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep ter plaatse kunnen zijn.

Afdeling 2. - Het verpleegkundig personeel

Art. 11. § 1. De hoofdverpleegkundige is drager van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg tenzij hij/zij gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster is en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben in deze functie op datum van de inwerkingtreding van dit besluit (of hij/zij gebrevetteerde verpleger of verpleegster is en kan bewijzen minstens 5 jaar ervaring te hebben in deze functie van hoofdverpleegkundige, op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit).

Bedoelde ervaring dient opgedaan te zijn hetzij in een erkende dienst voor intensieve verzorging, hetzij in een dienst voor intensieve behandeling die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 3 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, hetzij in een spoedgevallendienst die beantwoordt aan de omschrijving in de bijlage 1 bij voormeld besluit van 28 november 1986.

§ 2. De functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" beschikt over een eigen specifiek verpleegkundig team waarbij een permanentie van 24 uur op 24 uur wordt verzekerd door ten minste 2 verpleegkundigen, waaronder minstens 1 drager is van de bijzondere beroepstitel van

gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in intensieve zorg en spoedgevallenzorg (tenzij hij/zij als gegradueerd of gebrevetteerd verpleger of verpleegster kan bewijzen dat hij/zij), op het ogenblik van de bekendmaking van onderhavig besluit, minstens 5 jaar ervaring heeft opgedaan in één van de diensten bedoeld in § 1, tweede lid.

Het verpleegkundig team moet aangepast worden naar gelang van de activiteiten van de dienst; hierbij gelden dezelfde bekwaamheidsvereisten als bedoeld in het eerste lid.

Afdeling 3. - Permanente vorming

Art. 12. Het medisch en verpleegkundig personeel van de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" staat voor het ganse ziekenhuis in voor de permanente vorming in de basisbeginselen van de reanimatie.

HOOFDSTUK IV. - (V in de op het Staatsblad gepubliceerde versie) Overgangsmaatregelen

Art. 13. § 1. Tot 31 december 2005 kan het in artikel 8 bedoelde diensthoofd ook een geneesheer-specialist zijn, in een van de disciplines bedoeld in artikel 2, § 1, van voornoemd ministerieel besluit van 12 november 1993.

§ 2. (Tot 31 december 2016 kan de medische permanentie ook worden waargenomen door een geneesheer-specialist in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van hetzelfde ministerieel besluitvan 14 februari 2005 of door een geneesheer-specialist in de geriatrie.)

§ 3. (Tot 31 december 2016 mag de medische permanentie eveneens worden waargenomen door een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding, in één van de disciplines bedoeld in artikel 2, 1°, van hetzelfde ministerieel besluit van 14 februari 2005 of door een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding in de geriatrie voor zover deze ten minste twee jaar opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt is opgenomen in zijn stageprogramma en dat hij in een spoedgevallendienst of een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van reanimatie en dringende geneeskundige behandeling.)

§ 4. De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, kan de in §§ 1, 2 en 3 bedoelde overgangstermijnen verlengen indien zou blijken dat bij het verstrijken van deze termijnen nog niet voldoende geneesheren beantwoorden aan de voorwaarden bedoeld in de artikelen 8 en 9 van dit besluit.

HOOFDSTUK V. - (VI in de op het Staatsblad gepubliceerde versie) Slotbepalingen

Art. 14. De bijlage 1 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de

normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 6bis, § 2, 6°bis, van de wet op de ziekenhuizen, gewijzigd door het koninklijk besluit van 12 augustus 1991, wordt opgeheven.

Art. 15. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de zesde maand volgend op deze gedurende welke het in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt, met uitzondering van de artikelen 1, 2 en 3, § 1, eerste lid, 1°, 3°, 5°, 6°, 7°, en 8°, en tweede lid, die in werking treden de eerste dag van de vierentwintigste maand volgend op deze gedurende welke dit besluit in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Art. 16. Onze Minister van Volksgezondheid en Pensioenen en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 april 1998. ALBERT Van Koningswege : De Minister van Volksgezondheid en Pensioenen, M. COLLA

De Minister van Sociale Zaken, Mevr. M. DE GALAN

Bijlage 2: Protocol en goedkeuring door de ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef " Is verwijzing naar planbare zorg anno 2017 verbeterbaar en pathologie-afhankelijk?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.
Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal " Is verwijzing naar planbare zorg anno 2017 verbeterbaar en pathologie-afhankelijk?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

De OBC keurt de aanvraag goed maar merkt op dat er steeds sprake is van Leuven-Tienen en dan plots op einde St Jan Brugge wordt vermeld. Kan dit verduidelijkt worden?

Met vriendelijke groeten
Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Student(en):

Anne-Cécile Spitz

Promotor:

Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit:

Geneeskunde

Opleiding:

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:

Het onderzoek is onderdeel van een groter project waarvoor reeds goedkeuring van de Ethische commissie werd bekomen.

CTC s-nummer:

S59385

Het onderzoek valt volledig binnen het groter project.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

Eind maart 2016 publiceerde het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE) een rapport over de werking van spoedgevallendiensten. Spoedgevallendiensten worden overspoeld door patiënten en het aantal spoedcontacten stijgt jaarlijks fors. Deze stijging gaat gepaard met hogere kosten. Bovendien meldt 70% van de patiënten zich zonder verwijsbrief op de spoedgevallendienst. In tegenstelling tot de meeste buurlanden bestaat er in België geen nationaal triagesysteem en mag de patiënt op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst gaan. Daarenboven kan vanuit medisch standpunt veel pathologie van op de spoedgevallendienst door de huisarts behandeld worden 1

In navolging van buitenlandse en binnenlandse projecten ontstaan er steeds meer samenwerkingsverbanden en fysiek "buurmanschap" tussen de spoedgevallendiensten en de huisartsenwachtposten. Op meerdere plaatsen ligt de wachtpost vlak naast de spoedgevallendienst en bij sommigen is er zelfs één fysieke ingang voor beide gezondheidszorg functies. De logische vraag ontstaat of men de patiënt zelf of zijn/haar begeleider finaal laat kiezen voor één van beide gezondheidszorg functies of men een onthaal en oriëntatiesysteem wil instellen om de patiënt naar de meest adequate functie te verwijzen?

Voor het ogenblik loopt er een wetenschappelijk beleidsondersteunend 1733 onderzoek in de regio Leuven-Tienen waar een werkgroep, samengesteld uit de verschillende stakeholders op het terrein, een nieuw regulatiehandboek heeft ontworpen voor telefonische triage van ALLE niet-planbare zorgvragen. Dit handboek ambieert de triage van zowel levensbedreigende 112 oproepen als van niet-levensbedreigende 1733 oproepen. Op die manier voorziet men een optimaal gebruik van slechts één call center bij het uitsturen van de meest adequate hulp. Deze telefonische triage protocollen worden nu uitgetest op haalbaarheid, veiligheid en efficiëntie maar ook worden de mogelijke verschuivingen in zorg geregistreerd in de regio Leuven-Tienen.

Terwijl het 1733 Project Leuven-Tienen deze protocollen nog moet valideren, stelt zich reeds de vraag of deze protocollen ook kunnen gebruikt worden voor fysieke triage in het hierboven vermelde onthaal en oriëntatiesysteem waar spoedgevallendienst en huisartsenwachtpost fysiek aan elkaar grenzen. Het zou weinig efficiënt zijn als beide (telefonische en fysieke pre-) triagesystemen niet gestoeld zijn op dezelfde concepten. Bijgevolg is het logisch om de telefonische triage protocollen ook uit te testen in de fysieke pre-triage zoals die nu opgestart is aan de gemeenschappelijke ingang van de spoedgevallendienst AZ Sint-Jan en de huisartsenwachtpost Brugge.

Vraagstelling:

1. Wat zijn de epidemiologische karakteristieken van de patiënten die zich aanmelden?

1. Registratie patiënten karakteristieken (geslacht, leeftijd, opleiding)
2. Met welke zorgvraag bieden zij zich aan?
3. Voor welke zorgfunctie hadden zij initieel gekozen?

4. Voor welke zorgfunctie binnen het voorgestelde geïntegreerde systeem kiezen ze nu zelf?
    1. W8P
    2. Spoed

1. Doorverwijzingsverhouding en acceptatie ratio:

1. Welk deel van de patiënten die zich aanmelden voor fysieke pre-triage wordt naar welke functie doorverwezen?
2. Welk deel van de patiënten gaat niet akkoord met de outcome van de fysieke pre-triage en waarom?
    1. Was het bestaan van een pre-triagesysteem vooraf gekend?
    2. Waarom gaan ze niet akkoord?
3. Welk deel van de patiënten verleent geen medewerking?
    1. Was het bestaan van een pre-triagesysteem vooraf gekend?
    2. Waarom verlenen ze geen medewerking?

1. Welk deel van de patiënten doorverwezen naar de huisartsenwachtpost wordt secundair doorverwezen naar de spoedgevallendienst?

1. Welk deel van de patiënten doorverwezen naar de spoedgevallendienst werd door de behandelende arts beschouwd als overgetrieerd?

1. Is het project 1733 voor de maatschappij een financieel aantrekkelijk optie of zorgt de pre-triage net voor extra kosten.

Methodologie:

Vanaf november worden de patiënte die zich gedurende het weekend in Sint-Jan Brugge aanbieden, geregisteerd (epidemiologische gegevens, oorspronkelijk keuze, dienst naar waar ze verwezen worden,..) met toestemming van het lokaal ethisch comité van Sint-Jan.
Deze gegevens zullen door ons in een database gegooid worden en via SPSS geanalyseerd