Vrije Universiteit Brussel

VUB - Faculteit Geneeskunde en Farmacie

ICHO - Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding

Eindwerk tot het behalen van het diploma van
Master in de Huisartsgeneeskunde

Wat is de haalbaarheid van een huisartsenwachtpost in Vilvoorde?

Dr. Geentjens Pieter

Promotor: prof. dr. Jan Kartounian

Praktijkopleiders: dr. De Moor Kristine, dr. Van Haver Katrin

Academiejaren 2010-2011 en 2011-2012

Inhoudstafel

1. Inleiding 3
2. Methodiek 5
2.1. Literatuurstudie 5
2.2. Bestudeerd gebied 5
2.3. Huidige situatie 7
2.4. Toekomstige situatie 7
2.5. Bevraging tevredenheid en toekomstvisie 8
2.6. Haalbaarheid van een wachtpost in Vilvoorde 8
2.7. Dataverwerking 9
3. Literatuurstudie 10
3.1. Problematiek 10
3.2. Oplossingen 13
3.3. Standpunt van beroepsverenigingen 19
3.4. tevredenheid van de patiënt 20
4. Resultaten 22
4.1. Huidige situatie 22
4.2. Toekomstige situatie 28
4.3. Bevraging tevredenheid en toekomstvisie 31
4.4. Voorstel van de werkgroep 39
5. Discussie 42
5.1. Sterktes en zwaktes van het onderzoek 42
5.2. Resultaten 43
5.3. Verder verloop in deze regio 47
6. Conclusie 49
7. Referenties 54
8. Dankwoord 54
9. Bijlagen 55

1. Inleiding

De Belgische huisarts is verplicht om een continuïteit van zorgen te voorzien. Dit doet hij door na de werkuren een wachtdienst te organiseren. Op de meeste plaatsen wordt deze wachtdienst georganiseerd door de huisartsenkringen. Deze stellen meestal een beurtrol op zodanig dat elke huisarts om de beurt ‘s avonds en in het weekend bereikbaar is voor noodgevallen. Er wordt meestal gewerkt vanuit de eigen praktijk.

Het huisartsenlandschap is echter de laatste jaren enorm aan het veranderen. Dit brengt dit klassieke systeem van de wachtdienst op de helling. Er is namelijk een belangrijke veroudering van de huisartsenpopulatie aan de gang, terwijl de instroom van jonge huisartsen beperkt blijft. Ook het aantal jonge huisartsen die binnen de vijf jaar met hun beroepsactiviteit stoppen stijgt. Dit zorgt ervoor dat er steeds minder huisartsen ter beschikking zijn om het klassieke beurtrolsysteem in te vullen.

In België hebben patiënten vrije toegang tot medische hulp in eerste, tweede en derde lijn. Om verschillende redenen kiezen patiënten in het weekend steeds vaker om voor medische hulp direct naar de spoedgevallen te gaan zonder bij de huisarts langs te gaan. Terwijl deze in de meerderheid van de gevallen zelf de nodige hulp kan bieden en de graad van urgentie in kan schatten, zo dat hij de patiënten naar de tweede of derde lijn kan doorsturen indien dit nodig zou zijn.

De twee bovenstaande factoren zorgen ervoor dat de huisarts steeds vaker wachtdienst heeft terwijl steeds minder mensen van deze wachtdienst gebruik maken. Dit komt de levenskwaliteit van de huisarts niet ten goede en dit kan de instroom van jonge huisartsen zelfs verder remmen.

Door deze redenen organiseren meer en meer huisartsenkringen zich op een andere manier, bijvoorbeeld door het oprichten van huisartsenwachtposten. Bij deze relatief nieuwe vorm van de wachtdienst wordt het wachtgebied sterk uitgebreid. Hierdoor zijn er veel meer deelnemende artsen per gebied en komen er meer oproepen binnen per wacht. Op deze manier kan men veel efficiënter werken met het aantal beschikbare artsen, zo moeten de artsen van dit gebied minder uren wachtdienst per jaar presteren en wordt de wachtdienst rendabeler. Men werkt meestal vanuit een herkenbare plaats met professionele telefonische ondersteuning en vervoer.

HARNO is de huisartsenkring van de noordrand van Brussel. Voor de wachtdienst is deze grote kring opgedeeld in verschillende wachtdienstonderdelen. Enkele van deze onderdelen zouden door de vergrijzing van de artsenpopulatie en de beperkte

instroom in de problemen kunnen komen om de wachtdienst te kunnen invullen. Daarom rees de vraag of het oprichten van een wachtpost in deze regio haalbaar was. In dit onderzoek probeer ik een antwoord te vinden op deze vraag. Deze studie spitst zich dan ook toe op de problematiek van één bepaalde regio en vertrekt vooral vanuit het oogpunt van de huisartsen van deze regio. Het is vooral een pilootstudie waarmee ik deze huisartsenkring wil bijstaan in het nemen van beslissingen omtrent de toekomst van de organisatie van hun wachtdienst.

2. Methodiek

In dit onderdeel wordt er toegelicht hoe ik te werk ben gegaan. Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvraag werden enkele voorafgaande onderzoeksvragen vooropgesteld: ‘Hoe ziet de huidige situatie van de wachtdienst in deze regio er uit?’, ‘Hoe zal de toekomstige situatie er uit zien?’ en ‘Wat is de tevredenheid en toekomstvisie van de huisartsen van deze regio?’ Aan de hand van de antwoorden op deze vragen probeer ik een antwoord te vinden op onze hoofdonderzoeksvraag: ‘Wat is de haalbaarheid van een wachtpost in Vilvoorde?’ Aangezien de discussie zeer actueel en levendig was tijdens het uitvoeren van deze studie heb ik het vooropgesteld studieprotocol niet stipt kunnen volgen.

2.1. Literatuurstudie

In een eerste fase ben ik gaan kijken naar de bestaande literatuur over de problematiek rond de wachtdienst en het wachtpostmodel in binnen -en buitenland. De literatuur over dit onderwerp was eerder beperkt. Toch zijn er enkele recente studies verschenen die problematiek rond dit onderwerp goed samenvatten: het doctoraat van Hilde Philips, ‘After-hours primary care in Belgium’ en studie 171A van het federaal kenniscentrum, ‘Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen?’.

2.2. Bestudeerd gebied

Eerst moest het gebied bepaald worden dat ik zou gaan bestuderen in deze studie. Om dit gebied te bepalen heb ik gewerkt met de bestaande wachtdienstonderdelen als entiteiten. Verder heb ik rekening gehouden met het aantal inwoners van het gebied, de huidige patiëntenstromen, aanrijtijden naar een eventuele wachtpost, hospitalen en andere wachtposten in de buurt en de bereidwilligheid van de wachtdienstonderdelen om deel te nemen aan de studie. Zo heb ik Vilvoorde als centrum genomen omdat dit het grootst aantal inwoners heeft. In de regio is er een grote bestaande patiëntenstroom naar het ziekenhuis AZ Jan Portaels te Vilvoorde. Vilvoorde is ook centraal gelegen in het gebied waar nog geen wachtposten bestaan. Er zijn namelijk bestaande wachtposten in Puurs en Brussel, en er zouden plannen zijn voor

wachtposten in Mechelen, Jette en Tervuren. Vervolgens heb ik alle omliggende wachtdienstonderdelen genomen die binnen de 20 à 30 minuten aanrijbaar zijn vanuit het centrum van Vilvoorde.

Op onderstaande kaart (figuur 1) staat het bestudeerde gebied aangegeven. Het omvat de volgende wachtdienstonderdelen: Meise-Wolvertem, Wemmel, Grimbergen, Strombeek-Koningslo, Vilvoorde, Zaventem, Zemst, Machelen-Diegem en Kampenhout-Steenokkerzeel-Elewijt (Kastel).

Naarmate de studie vorderde werd het duidelijker welke wachtdienstonderdelen zouden kunnen en/of willen deelnemen aan een huisartsenwachtpost.

In het wachtdienstonderdeel Wemmel was reeds een bevraging gebeurd bij hun leden en daar wou men de huidig beurtrolsysteem momenteel behouden. Daar was men ook meer geïnteresseerd om te wachten op een eventuele wachtpost in Jette. Zaventem was eerder te vinden voor zich aan te sluiten bij een mogelijke wachtpost in Tervuren. In Zemst was er nog geen duidelijk over de eventuele aansluiting bij wachtposten in Vilvoorde of Mechelen. De artsen die ik gesproken heb van het 'Kastel' gebied vonden Vilvoorde net te ver en waren eigenlijk nog zeer tevreden over de huidige situatie en hadden vandaar weinig interesse om mee te werken aan dit onderzoek. Ongeveer dezelfde argumenten hoorde ik van wachtdienstonderdeel Meise-Wolvertem.

De artsen van het hele gebied werden telkens uitgenodigd voor de bijeenkomsten tijdens dit onderzoek en tot het deelnemen aan de enquête, maar de respons kwam toch vooral van de wachtdienstonderdelen Grimbergen, Vilvoorde, Zemst, Machelen-Diegem en Strombeek-Koningslo. Ik heb me in dit onderzoek dan ook toegespitst op deze wachtdienstonderdelen.



Figuur 1 Bestuurde regio

2.3. Huidige situatie

Om de huidige situatie van de wachtdienst in de bestudeerde regio zo goed mogelijk in kaart te brengen heb ik verschillende data verzameld: de registraties van de patiëntencontacten tijdens de huisartsenwachtdienst tijdens de weekends, de registraties van de patiëntencontacten op spoedgevallen tijdens de dezelfde weekends, het aantal inwoners, het aantal huisartsen en de leeftijd van de huisartsen. Met deze data heb ik voor elk wachtdienstonderdeel verschillende parameters berekend zoals o.a. aantal patiëntencontacten per wacht, aantal wachturen per jaar, aandeel huisbezoeken, inkomsten en uurloon tijdens de wachtdienst, aantal huisartsen per 10.000 inwoners en de gemiddelde leeftijd van de huisartsen.

2.4. Toekomstige situatie

In een volgende fase ben ik de mogelijkheden nagegaan hoe het wachtsysteem zou kunnen aangepast worden om een oplossing te kunnen bieden aan de bestaande en

dreigende problemen. Aan de hand van de verzamelde en berekende gegevens heb ik een simulatie gemaakt van de toekomstige situatie in het huidige systeem of in een wachtpostsysteem. Dit is slechts een simulatie en kan de echte toekomstige situatie geenszins voorspellen. In deze simulatie ben ik uitgegaan van een pessimistisch maar niet onrealistisch scenario dat de instroom van jonge huisartsen in deze regio dezelfde zou blijven als de voorbije tien jaar, en dat huisartsen zouden deelnemen aan de wachtdienst tot hun 65 jaar. Al deze gegevens zijn verwerkt in een presentatie die ik ben gaan voorstellen aan de betrokken huisartsen.

2.5. Bevraging tevredenheid en toekomstvisie

Vervolgens is een bevraging gebeurd over de tevredenheid over de huidige situatie en over hun toekomstvisie op de problematiek rond de wachtdienst. Er werd ook bevraagd naar de wensen over de faciliteiten van een mogelijke wachtpost en eventuele drempels om in een wachtpost mee te werken.
Om een zo groot mogelijk aantal artsen te bereiken was in het studieprotocol gepland om mijn gegevens te presenteren en de bevraging te doen via de LOK's (lokaal kwaliteitsoverleg tussen artsen), maar omdat de discussie zeer actueel was en sneller liep dan gepland, is de presentatie over de huidige en toekomstige situatie van de wachtdienst gebeurd op een extra wachtvergadering waarop alle huisartsen van de bestudeerde regio werden uitgenodigd. De bevraging is vervolgens gebeurd via een online enquête die werd gestuurd naar alle huisartsen van de bestudeerde regio.

2.6. Haalbaarheid van een wachtpost in Vilvoorde

In januari 2012 is er een werkgroep gestart die zich zou bezighouden met de oprichting van een wachtpost in Vilvoorde. Deze werkgroep bestond uit verschillende huisartsen van elk mogelijk deelnemend wachtdienstonderdeel en mezelf. Aan de hand van de verkregen resultaten in deze pilootstudie werd een finaal voorstel gedaan voor het oprichten van een wachtpost in Vilvoorde. In april 2012 zal een bindende stemming worden georganiseerd over het al dan niet oprichten van een wachtpost in deze regio. Elke wachtdoende huisarts van de deelnemende wachtdienstonderdelen zal één stem krijgen. Bij een meerderheid voor een wachtpost in elk deelnemend wachtdienstonderdeel zou er gestart worden met de oprichting van een wachtpost. De

streefdatum voor opening zou juni 2013 zijn. Het resultaat van deze stemming geeft ook een antwoord op mijn onderzoeksvraag.

2.7. Dataverwerking

De verzamelde data is gecodeerd en ingevoerd in Excel. Deze informatie is verwerkt met beschrijvende statistiek.

3. Literatuurstudie

3.1. Problematiek

3.1.1. Stijgend aantal wachturen

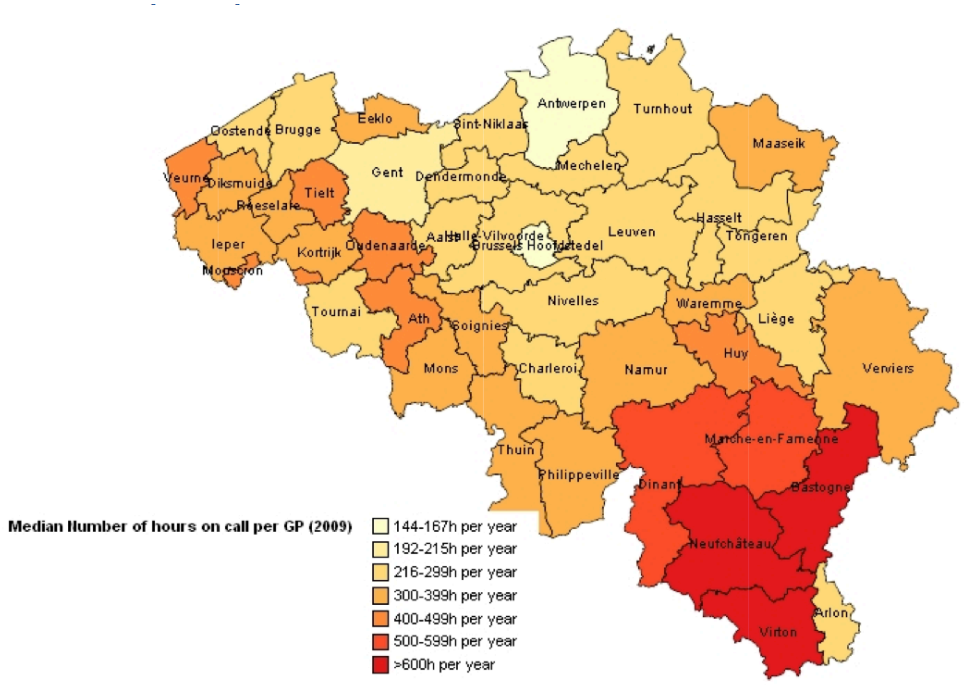
Het probleem van het dalend aantal wachtdoende huisartsen bestaat niet enkel in de bestudeerde regio. In heel het land is er een vergrijzing van de artsenpopulatie bezig en blijft de instroom van jonge huisartsen beperkt. Ook de groep die vroegtijdig met het beroep stopt, groeit.[1,2,3,4,5,6] In tabel 1 staat een overzicht van de demografische gegevens van de Belgische huisartsen geregistreerd in de MEDEGA database in 2009.

Characteristics		n (%)
Gender	Female	2 825 (32%)
	Male	5 877 (68%)
Age	30-40 y	1 645 (19%)
	40-50 y	2 051 (24%)
	50-60 y	3 484 (40%)
	60-70y	1 003 (12%)
	Others	518 (6%)
Accredited GPs	No	1 081 (12%)
	Yes	7 621 (88%)
Flanders	Urban	2 822 (53%)
	Semi-rural	2 481 (46.6%)
	Rural	28 (0.4%)
Wallonia	Urban	1 405 (43.2%)
	Semi-rural	1 415 (43.6%)
	Rural	429 (13.2%)

Source: NIHDI and MEDEGA database 2009

Tabel 1. Demografische gegevens van de Belgische huisartsen

Het aantal uur wachtdienst dat een huisarts per jaar moet presteren verschilt sterk naargelang het type zone. Zo presteren huisartsen van landelijke gebieden gemiddeld 630 uur wachturen per jaar, in halfstedelijke gebieden 326 uur en in stedelijke gebieden 224 uur. Concreet betekent dit dat een huisarts in een landelijk gebied drie tot vier nachten per maand van wacht is. In een halfstedelijk gebied zijn dit gemiddeld twee nachten, in een stedelijk gebied één tot twee nachten per maand.[2] Figuur 2 toont een kaart van België volgens het aantal gepresteerde nachtdiensten per jaar per huisarts.



Source: MEDEGA database (2009).

Figuur 2. Aantal wachturen per huisarts per jaar per regio

Op bovenstaande kaart kan men per regio bekijken hoeveel uren wachtdienst een huisarts van deze regio per jaar presteert. De kleuren geven de mediaan van het aantal wachturen per regio weer. Ze verschillen per regio ook nog sterk afhankelijk van de verstedelijking binnen dit gebied. Uit de cijfers van de MEDEGA database blijkt ook duidelijk dat huisartsen uit rurale gebieden veel meer wachturen presteren dan collega's uit meer verstedelijkte gebieden. Ze hebben ook minder contacten per wacht dan hun collega's uit de steden.[2]

In 2009 gebeurde een bevraging bij 65 franstalige huisartsenkringen die 154 wachtdienstonderdelen en 2219 huisartsen vertegenwoordigen[7]. Iets minder dan de helft van deze huisartsen waren tevreden over de wachtdienst. De voornaamste problemen die de huisartsen aangaven waren de leeftijdspyramide (80,3%), het tekort aan huisartsen (35%) en problemen rond wachtverzuim (15%). Ongeveer een op drie huisartsen vond dat ze te vaak van wacht waren. 64% vond dat de vele wachtdiensten het onaantrekkelijk maakte om zich in de regio te vestigen. In landen waar reeds hervormingen gebeurden op vlak van de 'after-hours care' was de drijfveer van de huisartsen ook de ontevredenheid over de werkdruk, de vele niet-urgente oproepen, de lage verloning en het gebrek aan logistiek tijdens de wachtdienst in het klassieke beurtolsysteem[8]. Vanuit de overheden waren de drijfveren tot hervorming vooral het tekort aan huisartsen, de stijgende kost van de 'after-hours care' en de problematiek

rond veiligheid tijdens de wachtdienst. Een andere KCE studie stelde vast dat de vele uren wachtdienst van huisartsen het beroep onaantrekkelijk maakt voor jonge artsen.[3] Dit werkt het probleem mee in de hand.

3.1.2. Aantal patiëntencontacten op de huisartsenwachtdienst

De studie 171A van het Federaal Kenniscentrum (KCE) bestudeerde het aantal oproepen tijdens de wachtdienst in 26 huisartsenkringen. 6 kringen registreerden de oproepen per oproepuur. Hier werd duidelijk dat 80% van de oproepen gebeurt tussen 7u en 20u. 15% gebeurt tussen 20u en 23u, en slecht 5% tussen 23u en 7u. Dit komt neer op 1 a 2 oproepen per 100.000 inwoners in het holst van de nacht. Dit aantal was vrij gelijklopend in al de bestudeerde kringen. Tijdens de dag varieerde het aantal oproepen tussen 11 en 39 oproepen per 100.000 inwoners, tijdens de avond kwamen er tussen de 3 en de 8 oproepen per 100.000 inwoners. Deze cijfers kwamen overeen met de registratie van de nomenclatuurnummers die de Belgische huisartsen gebruikten om avond- en nachtconsultaties aan te rekenen[9].
Uit de studie bij de franstalige huisartsenkringen[7] bleek dat 73% tevreden was met het aantal patiëntencontacten. 17% vond het te laag, 10% te hoog. Het aantal huisbezoeken lag rond de 50% overdag, rond 85% ‘s nachts.

3.1.3. Oneigenlijk gebruik van de spoedgevallen

Patiënten hebben in ons land vrije toegang tot de 2e en 3e lijn van de gezondheidszorg. Ze lopen dan ook zeer geregeld voor kleine kwaaltjes naar de spoedgevallen die in de meeste gevallen ook door een huisarts kunnen behandeld worden[10]. De consultaties op de spoedgevallen zijn vaak gebonden aan uitgebreidere technische onderzoeken zoals labo en beeldvorming, dit is een grote kost voor de gezondheidszorg[11,12]. Patiënten worden niet gesensibiliseerd doordat ze niets moeten betalen op de spoedgevallen, ze betalen enkel het remgeld enkele weken tot maanden later. Bij de huisarts van wacht dienen ze onmiddelijk het honorarium en het remgeld cash te betalen. Een studie uit 2003 in 6 grote ziekenhuizen[12] toonde aan dat een consultatie op spoedgevallen gemiddeld 101 euro meer kost dan een consultatie bij de huisarts. Dit verschil wordt voornamelijk verklaard door het veelvuldig gebruik van medische beeldvorming en labo op de spoedgevallen. Het aanrekenen van extra remgeld op de

spoedgevallen bleek geen invloed te hebben op de keuze van hulpverlener bij de patiënten[13].

Er zijn al verschillende studies gebeurd over oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst met zeer uiteenlopende cijfers[11,14,15,16,17]. Bovenstaande studie uit 2003 bevestigde dat ongeveer 75% van de bezoekers op spoedgevallen geen verwijsbrief heeft van een huisarts. Bezoekers op spoedgevallen zijn vaker jonge mannen, lager opgeleiden, allochtonen en patiënten zonder huisarts of ziekteverzekering[8].

Een andere recente studie berekende dat slechts 44% van de consultaties op spoedgevallendienst 'gerechtvaardigd' waren[10]. Zij hanteerden hiervoor volgende criterea voor rechtvaardiging van het gebruik van de spoedgevallen: een verwijsbrief, opname in het ziekenhuis, gebruik van de gipszaal, bevalling binnen de 3 maand, overlijden binnen 24u of raadpleging van een psychiater. Hilde Philips onderzocht in haar doctoraatsthesis o.a. wat de drijfveren zijn achter de keuze van de mensen i.v.m. de geraadpleegde hulpverlener of –dienst[13]. De belangrijkste zaken zijn : de gewoonte van de patiënt, de wachttijden en de verkregen informatie over de aandoening. Andere factoren die de keuze van de patiënt beïnvloeden zijn de toegankelijkheid, de mogelijkheid tot bijkomende onderzoeken en het uitstel van betaling[13,17].

In de internationale literatuur is er geen eensgezindheid over de effecten van de oprichting van een huisartsenwachtpost op het aantal bezoekers op spoedgevallen. Uit de hogervernoemde doctoraatsthesis[13] bleek dat er geen significante afname was van het aantal bezoekers op de spoedgevallen in een gebied waar een huisartsenwachtpost was opgericht. Er was wel een afname van het aantal huisbezoeken.

3.2. Oplossingen

De hogervernoemde KCE studie[2] bestudeerde ook de mogelijke oplossingen voor bovenstaand probleem. De studie suggereert ook dat bij het zoeken naar oplossingen rekening dient worden gehouden met de belangen van de arts, zoals de veiligheid tijdens de wachtdienst, de werkbelasting en de levenskwaliteit van de arts en de aantrekkelijkheid van het beroep. Men moet ook de gevolgen voor de patiënt in het hoofd houden zoals de toegangkelijkheid, de wachttijden, een efficiënt antwoord op elke hulpvraag en de kwaliteit van de zorg. Ook de gevolgen voor de overheid mag men niet vergeten : het kostenplaatje van de voorgestelde oplossing, de

kwaliteitsbewaking, de recrutering van personeel en de aanpassing van de huidige wetgeving die soms noodzakelijk is. Onderstaand zijn verschillende mogelijke oplossingen opgelijst. Elke regio is anders en vraagt zijn eigen specifieke aangepaste oplossingen. Vaak is dit een combinatie van de verschillende onderstaande oplossingen.

Ook in verschillende Westerse buurlanden is men sinds 1990 de organisatie van de 'after-hours care' grondig aan het hervormen naar grootschaligere eerstelijnszorg. Hier bestaan ook vaak verschillende vormen van dergelijke eerstelijnszorg naast elkaar[18,19]. De eerdervernoemde KCE studie deed hierover ook een uitgebreide en grondige literatuurstudie[2]. Er werden 6 reviews en 62 artikels geselecteerd voor verdere analyse. De meerderheid kwam uit het Verenigd Koninkrijk (n=35). De overige kwamen uit Ierland, Nederland, Wales, Denemarken en België. De voornaamste bevindingen werden hieronder opgelijst bij de meest gebruikte oplossingen. Een cruciale factor in het hervormen van de 'after-hours care' is het initiatief van de huisartsen om het syteem te hervormen. Een tweede belangrijke factor is het ontwikkelen van triage protocols[18].

3.2.1. Samenvoegen wachtdienstonderdelen

In de Belgische wetgeving voorziet men één arts van wacht per 30.000 inwoners. Dit geeft vaak problemen voor huisartsenkringen die willen fusioneren. Dit zou nochtans een goede oplossing kunnen zijn om het aantal wachten per arts te verminderen. Vooral in het holst van de nacht komen er maar 1 a 2 oproepen per 100.000 inwoners en zou dit een goede oplossing kunnen zijn. Het is wel belangrijk dat de arts geen onaanvaardare afstanden moet afleggen bij dergelijke fusies. In Nederland hanteert men hiervoor een straal van 30km, in Denemarken en Frankrijk respectievelijk 50km en 20 à 30km[18,20]. In wachtdienstonderdelen in de buurt van een grens is het soms onmogelijk om de krachten te gaan bundelen. Net deze gebieden zijn vaak zeer landelijk gelegen en dreigt een huisartsentekort voor de invulling van het wachtbeurtrolsysteem.

3.2.2. Centraal triagenummer

Men zou de wachtdienst ook kunnen ontlasten door alle oproepen te laten filteren en triëren door medisch opgeleid personeel in één oproepcentrale. Men zou

gestandaardiseerde procedures kunnen gebruiken om de oproepen te beantwoorden. De oproepen kunnen dan naar de juiste arts worden doorverwezen indien nodig, of er kan hier reeds een antwoord komen op de hulpvraag of het probleem. Zo kan men ook trachten de consultatie uit te stellen naar de daguren, een huisbezoek door een huisarts laten uitvoeren of een ambulance ter plaaste sturen in geval van spoedeisende hulp. Er loopt sinds 2009 een project '1733' in enkele steden (Brugge en Mons) om dit model uit te testen. Momenteel ontbreken wel nog enkele belangrijke zaken om dit model op grote schaal te kunnen doorvoeren. Zo is er nog geen juridisch statuut van de functie van de telefonisten. Er is nog geen opleiding tot deze functie en er bestaan nog geen gestandaardiseerde protocollen om de oproepen te beantwoorden. Indien men dit model over het hele land zou doorvoeren zouden de kosten hiervoor ruim 2,5 miljoen euro bedragen. ¾ van dit bedrag zou naar personeelskosten gaan[2]. Dit systeem is gekend in Nederland, Frankrijk, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. In sommige landen gebeurt de oproepentriage door een arts, in andere landen door triage-verpleegkundigen. Landen die een duidelijk triage systeem gebruiken via een centraal oproepnummer geven beduidend minder uit aan 'after-hours care'[21,22]. Enkele onderzoeken toonden vooral een positieve invloed op de arts, zo daalde vooral de werkbelasting op vlak van huisbezoeken[78,77,96]. De invloed op de patiënt was minder duidelijk. In de weinige studies over het effect van dergelijke triage op de mortaliteit en hospitalisatie stelde men geen verhoogd risico vast[23,24]. De eerste ongepubliceerde resultaten van het '1733' project in Mons en Brugge tonen dat 40% van de oproepen doorverwezen worden naar de wachtposten, 2% naar de spoedgevallen. 94% van de oproepen kwamen tussen 7u en 21u. Het aantal huisbezoeken daalde van 36% naar 26%[2].

3.2.3. Vrijwillige 'wachtdienst'artsen

Men kan gebruik maken van artsen die vrijwillig extra wachtdiensten op zich willen nemen. Momenteel is dit echter geen aantrekkelijke optie voor huisartsen omdat ze hun erkenning als huisarts kunnen verliezen als ze geen eigen patiëntenbestand hebben[25]. In Brussel en omstreken kent men bijvoorbeeld SOS Médecins. Dit is een franstalige organisatie die 24u/24u, 7 dagen op 7 een eigen huisartsenwachtdienst voorziet. De artsen die hier aan meewerken werken bijna uitsluitend voor SOS Médecins. Ze verliezen op deze manier vaak hun erkenning als huisarts. Patiënten uit

hun regio kunnen deze organisatie bellen voor huisbezoeken of consultaties naast de klassieke wachtdienst. Er is geen samenwerking met de klassieke wachtdienst. Dit creëert een zekere vorm van concurrentie. Deze organisatie heeft jaarlijks ongeveer 36.000 patiëntencontacten[2].

3.2.4. Hulp door verpleegkundig personeel

Er wordt ook nagedacht over andere opties zoals consultaties door gekwalificeerd verpleegkundig personeel. Deze kunnen ook een belangrijke rol spelen bij de verzorging van patiënten en bij kleinere gezondheidsproblemen. Dit gebeurt reeds vaak in andere landen[8,26], meestal volgens gestandaardiseerde protocollen of onder toezicht van een arts. In de voorhanden studies ziet men weinig impact op de consultaties bij huisartsen of spoeddiensten. Ook hier zijn er nog problemen met de Belgische wetgeving rond dit statuut en zijn er nog geen protocols voorhanden.

3.2.5. Telefonische consultaties

In andere landen zoals Nederland en Denemarken wordt vaak gebruikt gemaakt van consultaties per telefoon. In Denemarken gaat dit zelfs tot 50% van de consultaties. In dit land worden de huisartsen financieel beloond om een consultatie telefonisch af te handelen[20,26,27].

Net zoals bij de hulp door verpleegkundig personeel moet hier weer gebruik gemaakt worden van standaardprocedures of staande orders. De Belgische wetgeving laat perfect toe om op deze manier te werken. Er moeten wel nog standaardprocedures worden uitgewerkt om de kwaliteit van de medische zorgen te bewaken. Dit zou ervoor zorgen dat de arts veel minder op de baan moet tijdens de wachtdienst.

3.2.6. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn

Vooral in de meest rurale gebieden in het zuidelijke deel van het land werpt men de samenwerking met de spoedgevallen op als oplossing voor de bestaande en dreigende problemen i.v.m. de wachtdienst. Men zou de mensen na de werkuren en/of tijdens de nacht rechtstreeks kunnen verwijzen naar de spoedgevallen. Huisartsen zouden eventueel beurtelings kunnen gaan triëren op de spoedgevallen. Deze oplossing gebruikt men ook in sommige delen van Frankrijk[17].

3.2.7. Huisartsenwachtpost

Een andere optie die een oplossing zou kunnen bieden is het oprichten van een huisartsenwachtpost. Een wachtpost wordt beschouwd als een professionele structuur, georganiseerd door huisartsen, waar niet alleen huisartsen werken maar ook onthaalmedewerkers, chauffeurs of verpleegkundigen om het werk van de arts te ondersteunen en zoveel mogelijk te beperken tot louter medisch handelen. Een dergelijke structuur wordt best ingepland op een centrale en herkenbare plaats in het wachtgebied waar men efficiënt eerstelijnszorg kan bieden.

Schaalvergroting staat centraal in deze structuren. Men gaat verschillende wachtdienstonderdelen samenvoegen waardoor er een groter wachtgebied ontstaat met aanzienlijk meer inwoners en artsen. Door deze uitbreiding zullen de verschillen tussen wachtdienstonderdelen op gebied van aantal inwoners, oproepen en aantal wachten afgevlakt worden. Ervaringsdeskundigen beweren dat men een wachtpost kan oprichten voor een gebied vanaf ongeveer 100.000 inwoners[29]. Men kan dit ook doen voor een kleiner aantal inwoners maar dan verkleinen de voordelen ervan door de vaste kosten die een dergelijke structuur met zich meebrengt. In Nederland zijn er gelijkaardige structuren waar 50 tot 250 huisartsen een populatie verzorgen van 100.000 tot 500.000 inwoners[30]. In Denemarken werken de wachtposten met gebieden waar bijna 600.000 tot 1,7 miljoen inwoners wonen[26]. In Italië werkt er 1 arts per 5000 inwoners buiten de kantooruren[31]. Over Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk bestaan hieromtrent geen cijfers.

De invulling en werking van dergelijke wachtposten wordt bepaald door de artsen van het wachtgebied. Zo kunnen ze o.a. kiezen op welke locatie ze de wachtpost inplanten, wanneer de wachtpost open is, of er al dan niet met onthaalpersoneel en chauffeurs wordt gewerkt, of er speciale wagens van de wachtpost worden ingezet, hoe lang een shift duurt en hoe de inkomsten verdeeld worden. Er is dan ook een grote heterogeniteit in de werking van deze wachtposten. Vooral de verschillen tussen stedelijke en landelijke wachtposten zijn het grootst. Sommige wachtposten zijn gelegen dicht bij een spoedgevallendienst, dit maakt een nauwe samenwerking mogelijk : het labo en de beeldvorming van het ziekenhuis kunnen gebezigd worden, patiënten kunnen van de wachtpost naar de spoedgevallen verwezen worden, maar zeker ook omgekeerd. Literatuurstudie wijst uit dat de artsen meer tevreden zijn bij een onafhankelijke werking van een dienst spoedgevallen[32,33]. Bij een integratie van

een wachtpost in de dienst spoedgevallen ziet men wel een afname van het aantal consultaties op de spoedgevallen ten voordele van de consultaties op de wachtpost[30,34,35,36,37,38]. In de buurlanden zijn huisartsenwachtposten meestal ook in de buurt of zelfs in ziekenhuizen gevestigd[30,38].

Er zijn verschillende voordelen aan dit systeem voor de arts : men zal minder wachturen per jaar moeten presteren, men kan kortere wachten organiseren van bijvoorbeeld twaalf of acht uur. Dit zorgt voor een betere levenskwaliteit van de arts[32,33,39,40,41]. Men zal meer consultaties doen per wacht zodat de wachten rendabeler worden, dit laat ook wel de werkdruk toenemen en kan tot een verhoogde ervaring aan stress met zich meebrengen[40,42]. Ondersteunend personeel kan ingeschakeld worden voor adminisatratieve zaken. Het inschakelen van telefonisten zorgt ervoor dat het aantal huisbezoeken daalt, dat de werkdruk voor de arts daalt en dat er minder telefonisch advies wordt gegeven[37,40]. Ook voor vervoer kan personeel gebruikt worden, dit komt ook de veiligheid van de arts ten goede. Door de adminisatratieve ondersteuning en de informatisering wordt vaak ook beter gerapporteerd naar de huisarts dan in het klassieke wachtsysteem. Dit komt ook de gezondheid van de patiënt ten goede. Ook misbruik van medicatie kan zo beter worden geregistreerd en zo worden aangepakt. Er zijn natuurlijk ook nadelen aan dit systeem verbonden. Er kan oneigenlijk gebruik van de wachtpost ontstaan waarbij de patiënt uit gemakzucht de wachtdienst gaat gebruiken voor niet urgente medische zorg. De dienstdoende arts kan ook niet meer vanuit de eigen praktijk werken tijdens de uren dat men in wachtpost werkt. Dit blijkt een grote hinderpaal te zijn voor vele huisartsen omdat men tijdens de wacht vaak eigen administratie in orde kan brengen of andere bezigheden thuis kan verrichten. Uit de literatuur bleek dat de meerderheid van de artsen zeer tevreden zijn over dergelijk systeem[33,39,40,41]. Een andere masterproef toonde ook een grote tevredenheid aan van huisartsen die in een wachtpostsysteem werken. Er zijn ondertussen een 30-tal dergelijke wachtposten opgericht in België[2,43]. Zo wordt bijna een derde van de Belgische bevolking gedekt door wachtposten. De eerste wachtpost in België dateert van 2003.

In o.a. Nederland, Frankrijk, Italië, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk bestaan ook dergelijke structuren om eerstelijnzorg te bieden na de werkuren[20]. In Nederland is er medisch personeel in de wachtpost dat trieert en assisteert, dit onder het toezicht van een arts[30]. In het Verenigd Koninkijk is er ook een sterke heterogeniteit tussen de wachtposten. Sommige wachtposten bestaan enkel uit huisartsen, andere hebben

managers, telefonisten, spoedartsen en/of chauffeurs[44]. In Frankrijk en Italië bestaan de wachtposten enkel uit huisartsen of andere artsen. Over het effect van de wachtposten op de zorgkwaliteit is zeer weinig bekend door de weinige studies dat hieromtrent gebeurden.

De opstart- en werkingskosten worden momenteel gesubsidieerd door het RIZIV. Zo investeerde het RIZIV in 2011 10,3 miljoen euro in deze wachtposten[2]. Deze subsidiering wordt momenteel nog jaarlijks herbekeken. De uitgaven in de verschillende wachtposten zijn wel erg heterogeen en gaan van 0,15 euro tot 5,0 euro per inwoner van het betreffend gebied, of 17 tot 23 euro per contact[2]. Deze financiering is vaak tijdelijk. Paul De Ganck stelde financiële modellen op om de werkingskosten van een wachtpost in te schatten. Het is dus een systeem dat positief is voor de arts en de patiënt, maar het vraagt een stevige investering. In Nederland, het Verenigd Koningkrijk en Frankrijk worden de kosten voor 'after-hours care' geschat op respectievelijk 14 euro, 7 euro en 6 euro per inwoner per jaar[18,45,46].

Een Nederlandse studie uit 2009 berekende de gemiddelde kosten van een volledige consultatie bij een huisarts, een wachtpost en de spoedgevallen. De kosten bedroegen respectevielekijk 48 euro, 92 euro en 256 euro[45]. De consultatie op de spoedgevallen in Nederland was dus vijf keer zo duur als de consultatie bij de huisarts, en bijna drie keer zo duur als de consultatie op de wachtpost.

De gevolgen van de wachtposten voor het gezondheidszorgsyteem zijn minder duidelijk. Er zijn geen studies gevonden die de zorgkwaliteit in het wachtpostsysteem vergelijkt met het huidig systeem.

3.3. Standpunt van beroepsverenigingen

De Federale Raad voor Huisartsenkringen (FRHAK) heeft een werkgroep opgericht rond deze problematiek en deze bracht in 2011 een synthesenota uit. Hierin stond dat de huisartsenkringen een essentiele rol hebben in het organiseren van 'after-hours care'. Ze adviseerden dat elk wachtdienstonderdeel uit minstens 13 artsen zou bestaan om een goede werking te kunnen verzekeren[47]. Het oprichten van huisartsenwachtposten door de huisartsenkringen is een goed idee. Ze hebben wel de nodige financiering nodig. Het project met het uniek oproepnummer '1733' zou goed opgevolgd en grondig geëvalueerd moeten worden. De bevolking zou goed

geïnformeerd moeten worden over het gebruik van de wachtdiensten. De veiligheid van de artsen moet gewaarborgd blijven tijdens de wachtdienst. Specifieke oplossingen moeten gevonden worden voor de zeer kalme nachtelijke uren. De verloning voor de 'after-hours care' zou moeten verhogen. Domus Medica, Jong Domus en Forum des Associations de Généraliste (FAG) kwamen ook naar buiten met een lijst van mogelijke oplossingen voor de dreigende problemen[7]. Deze kwamen in grote lijnen overeen met de oplossingen die in de KCE 171A studie worden aangeboden. Ook de Belgian Association of Medical Unions (BAMU) en de Belgian Union of General Practitioners (BUGP) staan achter de ideeën om de wachttarieven te verhogen en het oprichten van wachtposten. Ze verwachten ook van de overheid dat ze deze initiatieven financieel steunen[29]. Medirand vzw, de organisatie van nederlandstalige huisartsen rond Brussel organiseerde een congres in november 2010. Hier kwam de volgende standpunten vooral naar buiten : de eerste lijnszorg moet financieel gesteund worden, o.a. bij het oprichten van wachtposten. De bevolking moet ook duidelijk worden ingelicht over het zorgaanbod buiten de werkuren. Het statuut van wachtartsen moet in orde gebracht worden en er zijn duidelijke afspraken nodig tussen eerste en tweede lijn[48].

3.4. tevredenheid van de patiënt

Uit de bestudeerde literatuur bleek dat er bij de patiënten weinig ontevredenheid bestond over de verschillende voorgestelde oplossingen. Ongeveer 20% van de patiënten ervaarde enige vorm van ontevredenheid[49,50,51,52]. Dit ging dan meestal over verwachtingen van de patiënten die niet voldaan werden, zoals huisbezoeken die niet gebeurden. Duidelijk informatie geven kon de verwachtingen realistischer maken en de ontevredenheid verminderen. Telefonische consultaties kunnen ook een bron zijn van ontevredenheid, omdat patiënten liever rechtstreeks contact verkiezen. Dit is zeker niet altijd zo, patiënten apreciëren ook de snelle hulp van de telefonische consultaties[49]. De wachttijd tot inlossing van hun hulpvraag is een andere bron van ontevredenheid. Dit is een van de redenen van de tevredenheid bij de patiënten over de wachtposten. Cruciaal is wel de mogelijkheid tot vervoer naar dergelijke wachtpost[49,51]. Vooral moeders met jonge kinderen, alleenstaande mensen zonder

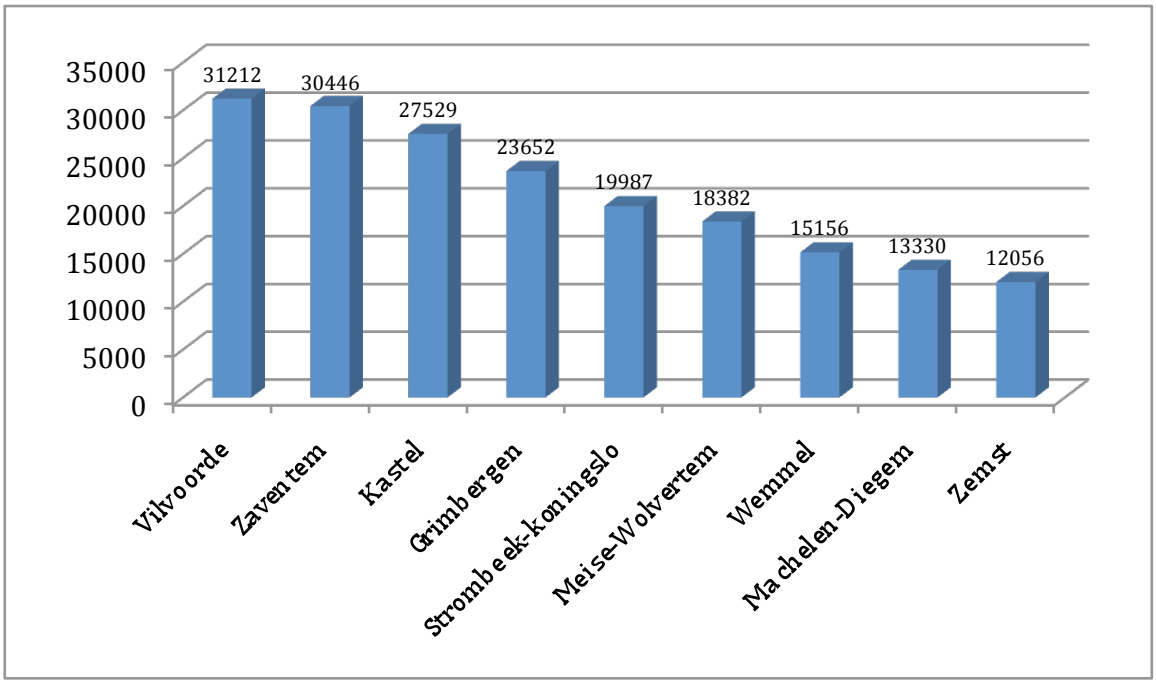
vervoer, mensen die zich te ziek voelden om zich te verplaatsen, mensen die te ver wonen of het gebied niet goed kennen hadden nood aan vervoer naar een wachtpost. Verder is de attitude van de hulpverlener een mogelijke bron van ontevredenheid. Ook de communicatie met de hulpverleners en verkregen informatie over de ziekte is zeer belangrijk voor de patiënt.

4. Resultaten

4.1. Huidige situatie

4.1.1. Aantal inwoners

Om het aantal inwoners te bepalen per wachtdienstonderdeel werden de diensten burgerlijke stand van de betreffende gemeenten gecontacteerd. Aangezien de grenzen van wachtdienstonderdelen niet exact overeenkomen met de gemeentegrenzen zijn ook het aantal inwoners per deelgemeente opgevraagd. Met deze cijfers kon ik het exacte aantal inwoners per wachtdienstonderdeel berekenen. In onderstaande tabel zien we het aantal inwoners per wachtdienstonderdeel.



Grafiek 1. Aantal inwoners per wachtdienstonderdeel (WDO)

4.1.2. Aantal huisartsen per regio

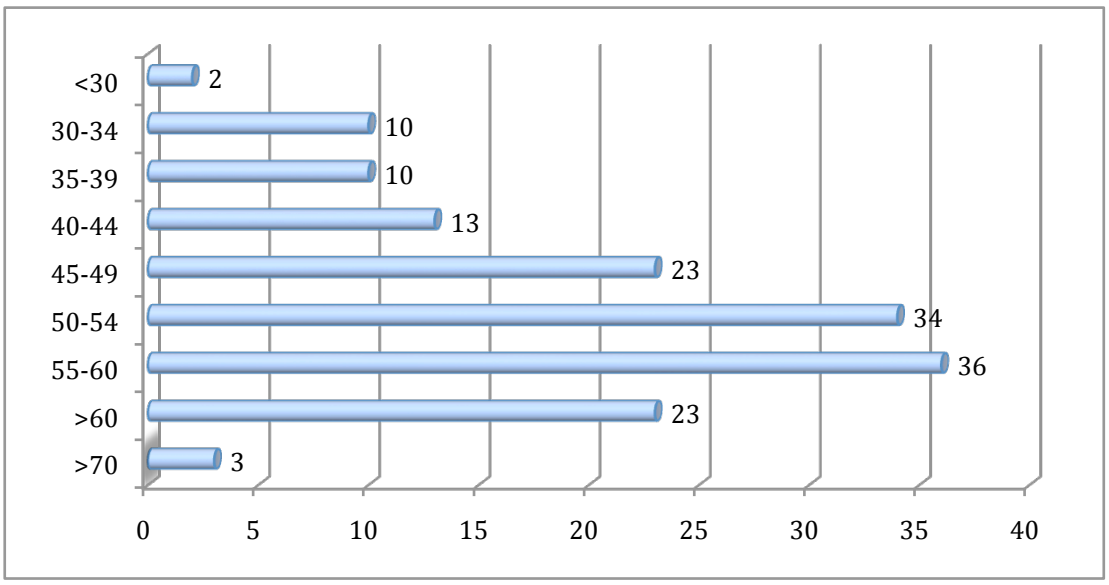
Via het secretariaat van de wachtkring Harno, Zemst (Dijle en Nete) en Zaventem (ZHORG) is het aantal actieve huisartsen opgevraagd. Het aantal staat aangegeven in onderstaande tabel. Hierbij is ook het aantal huisartsen per 10.000 inwoners berekend, hierdoor wordt het beter mogelijk om het aantal huisartsen te vergelijken per regio.

Wachtdienst onderdeel	Aantal huisartsen	Aantal huisartsen per 10.000 inwoners
Kastel	26	9,4
Meise- Wolvertem	19	8,5
Zemst	10	8,3
Machelen-Diegem	11	8,3
Grimbergen	23	8
Vilvoorde	25	8
Zaventem	22	7,2
Strombeek - Konginslo	13	6,5
Wemmel	8	5,3

Tabel 2. Aantal huisartsen per wachtdienstonderdeel in 2010

4.1.3. Leeftijd huisartsen

De secretariaten van de wachtkringen hebben ook een overzicht over de verdeling van de leeftijd van de huisartsen in de bestudeerde regio. Men kan deze raadplegen in grafiek 2.



Grafiek 2. Leeftijdsverdeling huisartsen HARNO, anno 2010

We zien in deze grafiek dat 13% van de huisartsen tussen de 30 en de 40 jaar oud is, 23% tussen 40 en 50 jaar oud is, 45% tussen 50 en 60 jaar oud is en 15% ouder dan 60 is.

4.1.4. Registraties tijdens de weekend wachtdienst

Tijdens de wachtdienst in het weekeinde is het wettelijk verplicht om de patiëntencontacten te registreren. Zo wordt het tijdstip en de aard van de oproep geregistreerd, net als de aard van de pathologie, de urgentiegraad en of er zich al dan niet conflicten of veiligheidsproblemen hebben voorgedaan. Alle registraties van

tijdens de weekends van 2010 werden opgevraagd bij de wachtkringen en werden verwerkt met Excel. Daaruit volgden onderstaande gegevens.

- *Ontbrekende formulieren :*

Niet elke arts die van wacht is vult steeds dergelijk registratieformulier in. Daarom is er in bepaalde wachtkringen een belangrijk aandeel ontbrekende formulieren. In onderstaande tabel 3 kan men de volledigheid van de registraties bekijken per wachtdienstonderdeel.

Om de verzamelde gegevens toch te kunnen gebruiken heb ik de data die wel zijn geregistreerd geëxtrapoleerd naar een volledig jaar. Hoe minder gegevens er werden geregistreerd per wachtdienst onderdeel, hoe groter de fout door de extrapolatie.

Wachtdienstonderdeel	Doorgegeven formulieren
Kastel	100 %
Wemmel	97 %
Machelen-Diegem	97 %
Zaventem	90 %
Strombee-Koningslo	85 %
Grimbergen	72 %
Meise-Wolvertem	69 %
Vilvoorde	55 %
Zemst	38 %

Tabel 3. Volledigheid van de registratieformulieren

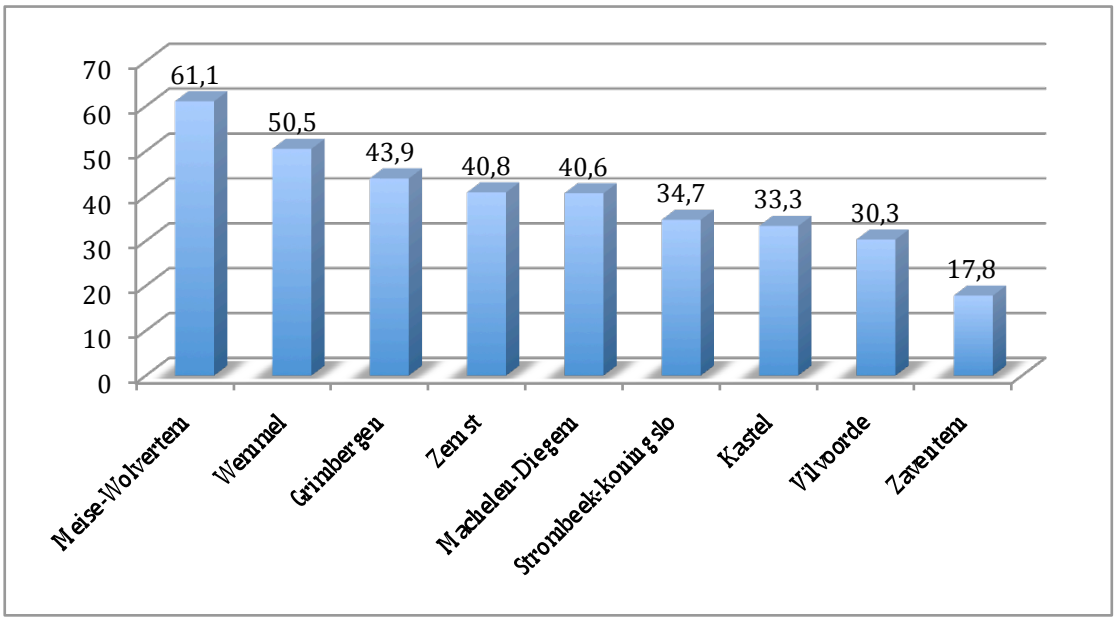
- *Gemiddeld aantal consultaties per weekend*

Aan de hand van deze gegevens kon ik verschillende parameters berekenen, waaronder het gemiddeld aantal consultaties die plaatsvinden per wachtdienstonderdeel op de wachtdienst van zaterdag 8u t.e.m. maandag 8u (zie tabel 4). Dit zijn uiteraard gemiddeldes, het werkelijk aantal contacten per weekend varieert sterk gedurende het ganse jaar.

Wachtdienst-onderdeel	Gemiddeld aantal consultaties per weekend
Meise- Wolvertem	20,4
Zemst	8,9
Machelen-Diegem	9,8
Grimbergen	18,9
Vilvoorde	17,2
Zaventem	10,4
Strombeek - Konginslo	12,6
Wemmel	13,9
Kastel	33,3

Tabel 4. Gemiddeld aantal consultaties per weekend per WDO

Elk gebied telt natuurlijk een verschillend aantal inwoners, om de cijfers te kunnen vergelijken is ook het gemiddeld aantal weekendwacht consultaties per 10.000 inwoners berekend (zie grafiek 3).



Grafiek 3. Gemiddeld aantal weekendconsultaties per 10.000 inwoners per WDO

- *Aandeel huisbezoeken*

Tijdens de weekend wachtdienst worden volgens de registraties gemiddeld 44% huisbezoeken uitgevoerd in de bestudeerde regio. Tabel 5 toont het aandeel huisbezoeken per wachtdienst onderdeel.

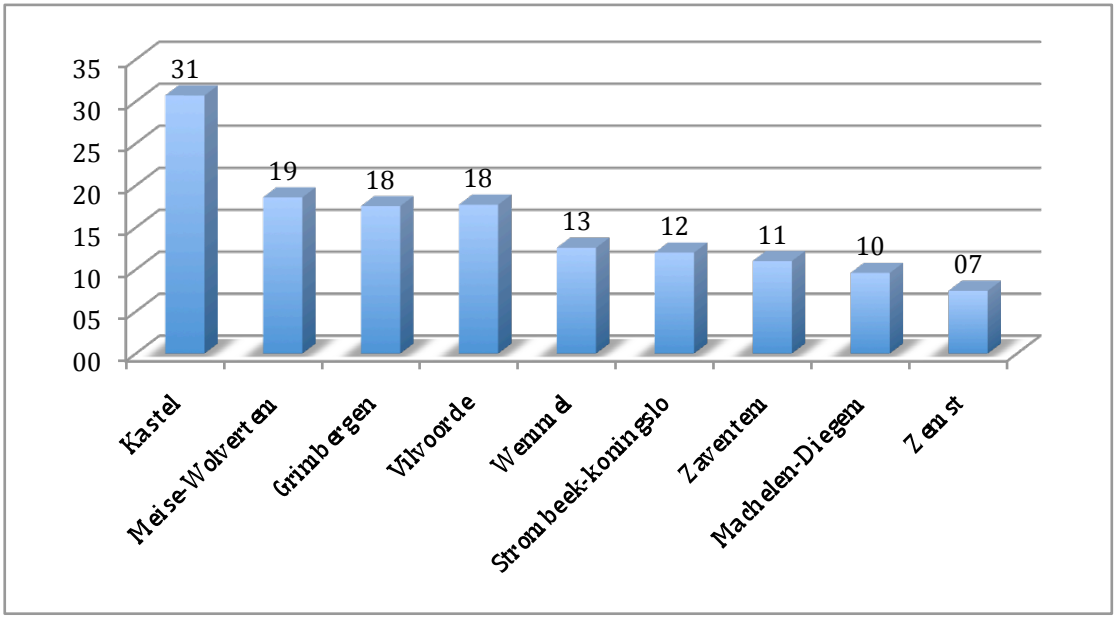
Wachtdienst-onderdeel	Aandeel huisbezoeken
Meise- Wolvertem	38%
Zemst	36%
Machelen-Diegem	55%
Grimbergen	42%
Vilvoorde	56%
Zaventem	?
Strombeek - Konginslo	53%
Wemmel	39 %
Kastel	34%

Tabel 5. Gemiddeld aandeel huisbezoeken tijdens de weekendwachtdienst per WDO

- *Rendabiliteit*

Aangezien we weten hoeveel patiënten er gemiddeld gezien worden, hoeveel huisbezoeken en nachtelijke consulten er gebeuren kunnen we aan de hand van de conventietarieven gaan berekenen wat een gemiddelde bruto inkomen is per wacht per wachtdienstonderdeel. Als we dit gegeven per uur bekijken krijgen we een gemiddeld uurloon per wachtdienst onderdeel (zie grafiek 4).

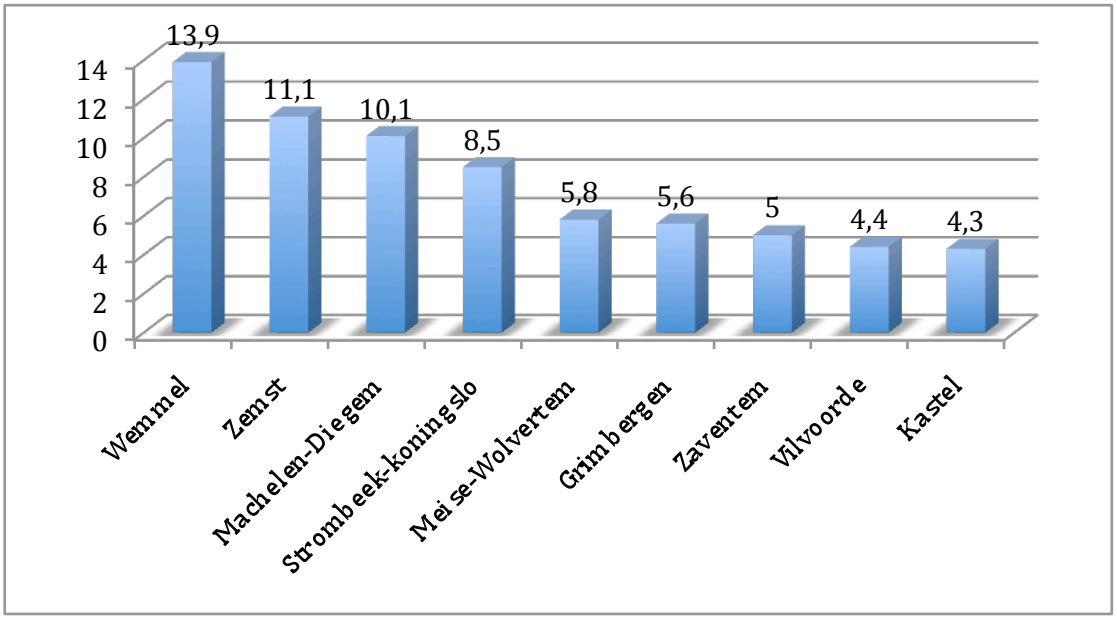
Dit uurloon is exclusief de beschikbaarheisvergoeding.



Grafiek 4. Gemiddeld uurloon tijdens de weekendwachtdienst per WDO (in euro)

- *Aantal wachten per jaar*

De wachtverdeling gebeurt volgens een beurtrol waarbij elke arts evenveel wachten moet doen. We kennen het aantal huisartsen per wachtdienst onderdeel, dus we kunnen zo het aantal weekendwachten berekenen dat elke huisarts moet doen per jaar.



Grafiek 5. Aantal weekendwachtdiensten van 24u per arts per WDO

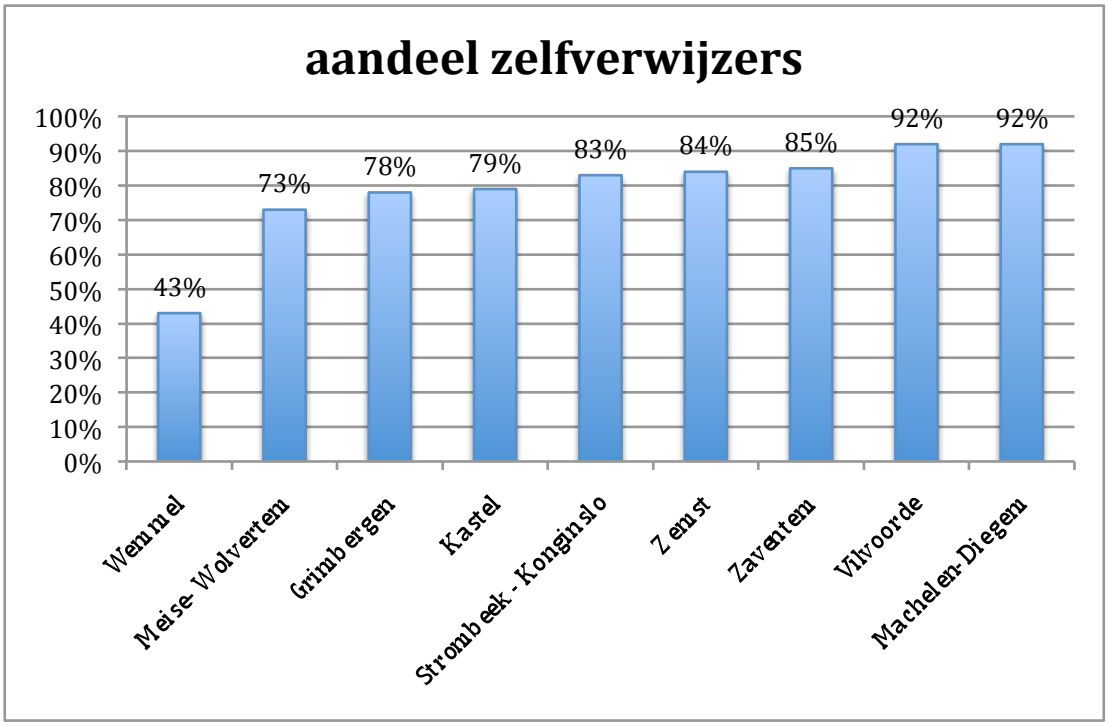
In onderstaande tabel 6 kan men het totaal aantal wachturen aflezen dat een arts jaarlijks presteert per wachtdienstonderdeel.

Wachtdienstonderdeel	Aantal wachturen per jaar
Wemmel	749
Zemst	599
Machelen-Diegem	545
Strombeek-Koningslo	461
Meise-Wolvertem	315
Grimbergen	300
Zaventem	272
Vilvoorde	240
Kastel	231
Gemiddeld	***413***

Tabel 6. Totaal aantal wachturen per huisarts per WDO

4.1.5. Situatie op spoedgevallen dienst.

Patiënten hebben in België vrije toegang tot de eerste, tweede –en derdelijnsgeneeskunde en raadplegen dus ook vaak de spoedgevallendiensten zonder verwijsbrief of voor pathologie die vaak ook in eerste lijn kan behandeld worden. Aan de hand van de registraties tijdens de weekends van 2010 op spoedgevallen van AZ Jan Portaels te Vilvoorde ben ik nagegaan welke patiënten geen verwijsbrief hadden en niet opgenomen zijn na hun bezoek aan de spoedgevallendienst. De resultaten ziet men in grafiek 6.



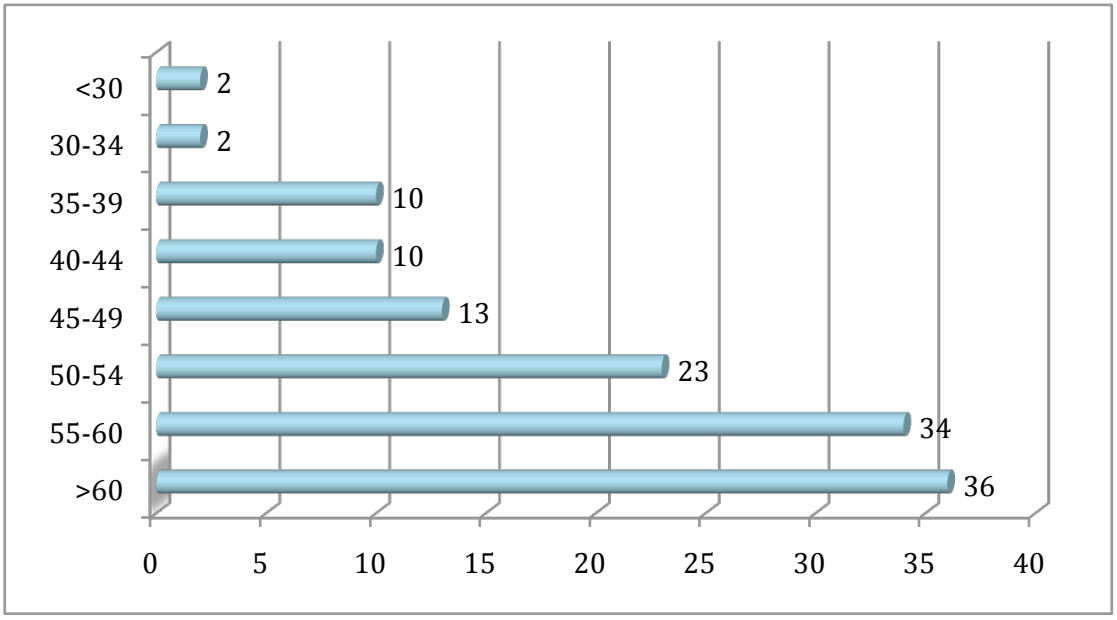
Grafiek 6. Aandeel zelfverwijzers (geen verwijsbrief, geen opname) op spoedgevallen van AZ Jan Portaels, per woonplaats

Dit zijn zeer hoge cijfers, gemiddeld komen 81% van de patiënten op de spoedgevallen van AZ Jan Portaels toe zonder verwijsbrief en worden ze erna niet opgenomen. De verkregen registraties lieten niet toe om een genuanceerder beeld te maken van de consultaties, daarom werden enkel deze parameters gebruikt. Dit zijn natuurlijk ook enkel de cijfers van de spoedgevallen AZ Jan Portaels, terwijl patïenten van deze regio ook naar andere spoedgevallen gaan (St. Maarten te Mechelen, CHU Brugmann te Brussel, UCL te Brussel, UZ Brussel te Jette, …). Vermoedelijk zijn daarom de cijfers van de wachtdienstonderdelen nabij het ziekenhuis te Vilvoorde hoger dan de meer perifeer gelegen gebieden. De cijfers geven ons wel een orde van grootte van het aantal zelfverwijzers op de spoedgevallen.

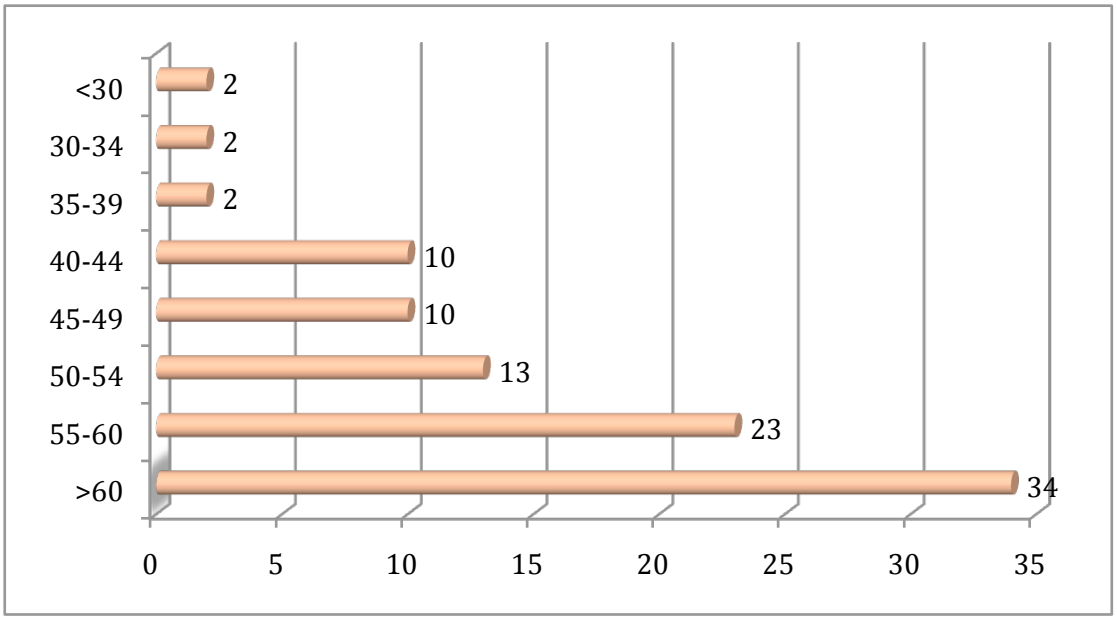
4.2. Toekomstige situatie

4.2.1. Leeftijdsevolutie huisartsenpopulatie

Het is altijd moeilijk om te voorspellen hoe de situatie in de toekomst zal verlopen. In dit model ben ik er vanuit gegaan dat artsen zouden werken tot 65 jaar en dat de instroom van jonge huisartsen dezelfde zou blijven als de voorbije 10 jaar. Deze instroom is zeer laag, dus dit is eerder een ‘worst-case’ scenario. Maar verschillende huisartsen zullen eerder op pensioen gaan dan op 65-jarige leeftijd, dus hiermee is toch getracht een realistisch toekomstbeeld te schetsen. In grafiek 7 ziet u de hypothetische leeftijdsverdeling van de huisartsen van de bestudeerde regio in 2015, in grafiek 8 de hypothetische leeftijdsverdeling van deze artsen in 2020 volgens dit model.



Grafiek 7. H ypothetische leeftijdsverdeling van de huisartsen van de bestudeerde regio anno 2015



Grafiek 8. Hypothetische leeftijdsverdeling van de huisartsen van de bestudeerde regio anno 2020

Uit bovenstaande hypothetische grafiek kan men zien dat binnen 5 jaar 26% van de huisartsen zou wegvallen. Binnen 10 jaar zou volgens dit model zelfs bijna 40% van de actieve huisartsen wegvallen.

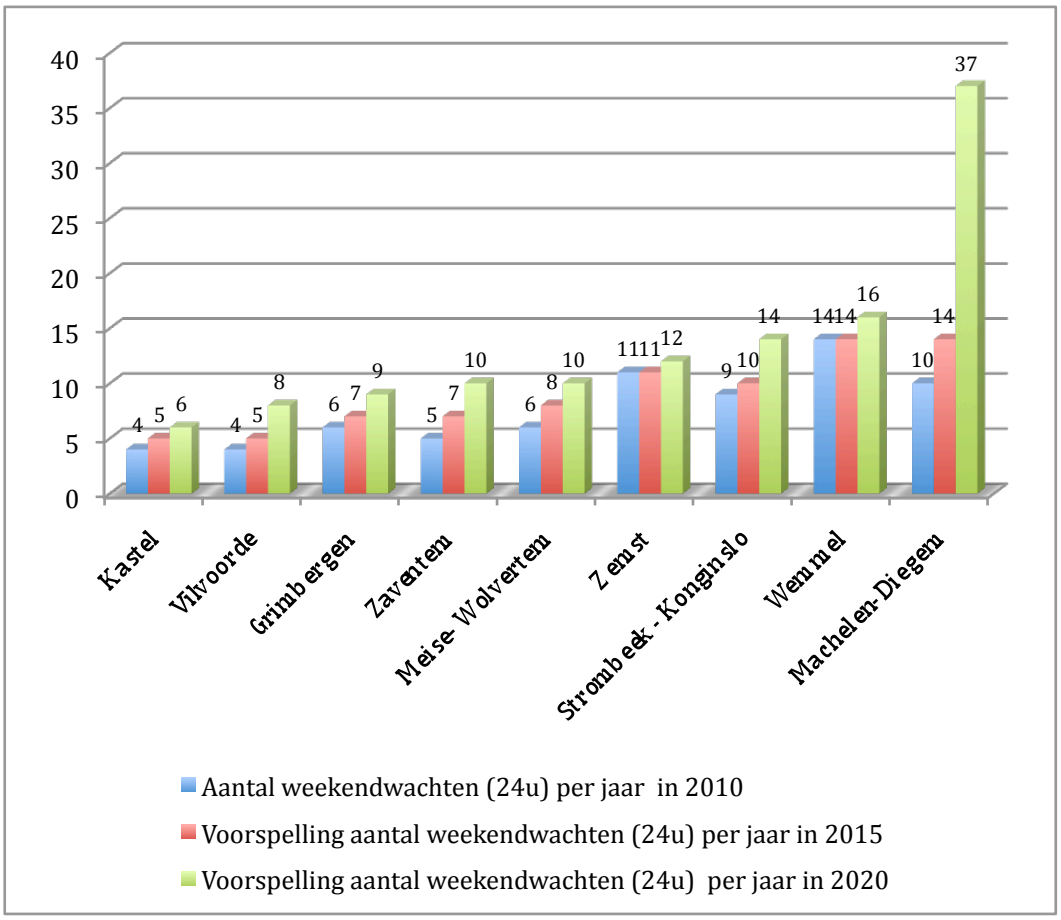
We kennen ook de leeftijdsverdeling van de artsen per wachtdienstonderdeel dus we kunnen volgens bovenstaand model ook voorspellen hoeveel actieve huisartsen er nog zullen zijn per wachtdienstonderdeel en bijgevolg hoeveel wachten. De gegevens staan weergegeven in tabel 10.

Wachtdienst onderdeel	Aantal actieve huisartsen 2010	Voorspelling aantal actieve huisartsen 2015	Voorspelling aantal actieve huisartsen 2020
Meise- Wolvertem	19	14	11
Zemst	10	10	9
Machelen-Diegem	11	8	3
Grimbergen	20	15	12
Vilvoorde	25	23	14
Zaventem	22	16	11
Strombeek - Konginslo	13	11	8
Wemmel	8	8	7
Kastel	26	23	20
Totaal	**154**	**130**	**96**

Tabel 7. Voorspelling aantal actieve huisartsen per wachtdienstonderdeel

4.2.2. Evolutie in aantal wachturen

Aan de hand van bovenstaande hypothetische leeftijdsevolutie kan men ook berekenen hoe het aantal wachten per huisarts zal evolueren, deze kan men raadplegen in grafiek 9.

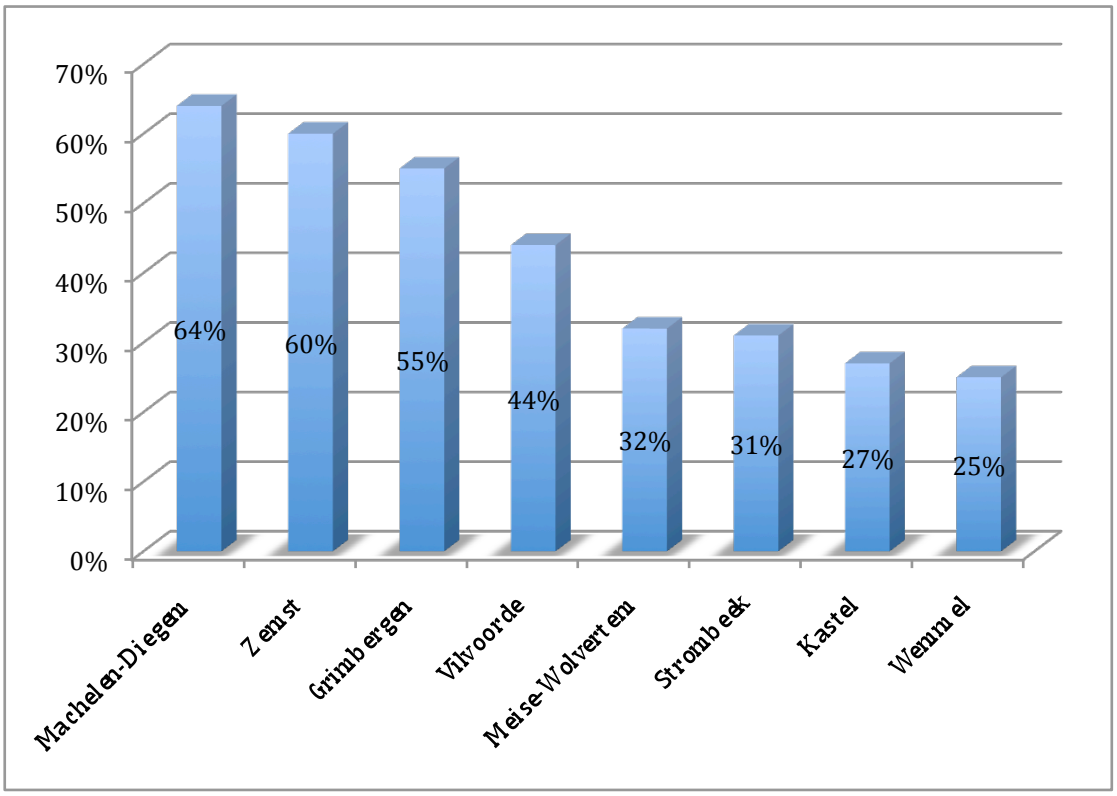


Grafiek 9. Voorspelling aantal weekendwachten (24u) per huisarts per wachtdienstonderdeel

4.3. Bevraging tevredenheid en toekomstvisie

Na dat bovenstaande informatie over de huidige en toekomstige situatie van de huisartsenwachtdienst is voorgesteld en verspreid aan de huisartsen van de bestudeerde regio is er een enquête gebeurd over de tevredenheid in het huidig systeem en de toekomstvisie rond deze problematiek. Er werd bevraagd wat de wensen en hinderpalen waren voor een eventuele wachtpost. De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

Onderstaande grafiek 10 geeft het aandeel respondenten weer per wachtdienstonderdeel. In totaal waren er 55 respondenten op een aantal van 154 actieve huisartsen, dit geeft een totale respons rate van 36%. Vooral de wachtdienstonderdelen die het meest betrokken waren bij de wachtpost discussie hadden het grootst aantal respondenten.



Grafiek 10. Respons-rate enquête per wachtdienstonderdeel

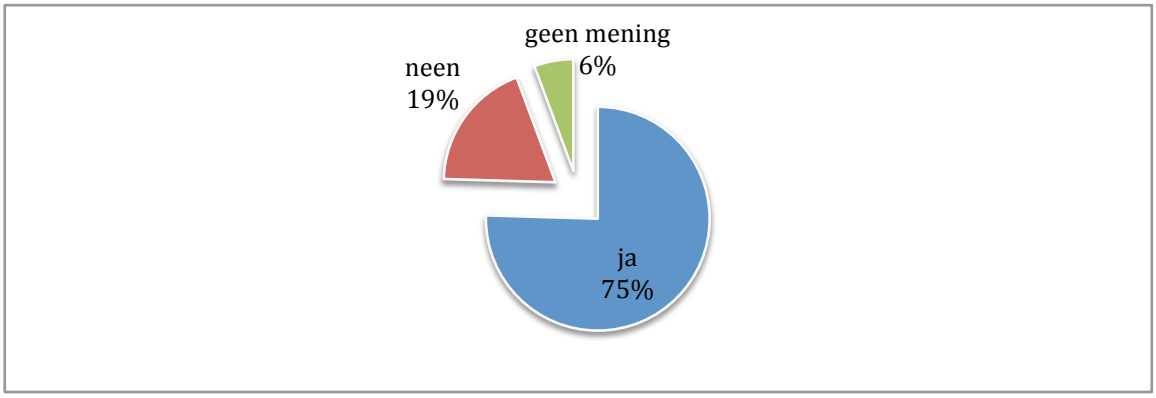
De resultaten die volgen geven enkel de verhoudingen weer van de antwoorden van de respondenten. In de grafieken is dus geen rekening gehouden met de ontbrekende data.

In de vragenlijst werd wel enkel gevraagd naar de postcode van de arts. Aangezien men in een deel van wachtdienstonderdeel Strombeek-Koningslo dezelfde postcode

heeft als in Vilvoorde (1800) is niet te bepalen uit welk wachtdienstonderdeel deze respondenten exact komen. Alle respondenten die bij de postcode 1800 antwoordden zijn bij Vilvoorde verrekend. Het aantal respondenten van wachtdienstonderdeel Vilvoorde zal dus iets te hoog zijn, dat van wachtdienstonderdeel Strombeek-Koningslo iets te laag. Op het moment van de bevraging was het al duidelijk geworden welke wachtdienstonderdelen mogelijk zouden willen deelnemen aan een wachtpost. Het zijn vooral ook deze wachtdienstonderdelen die de grootste respons-rate vertoonden. Ik ben ook enkele antwoorden gaan bekijken per wachtdienstonderdeel. Ik heb mij hierbij beperkt tot de wachtdienstonderdelen die mogelijk zouden willen deelnemen en die een voldoende hoge respons-rate hadden. Zo betracht ik zo representatief mogelijke resultaten weer te geven. De belangrijkste resultaten van de bevraging staan hieronder opgelijst.

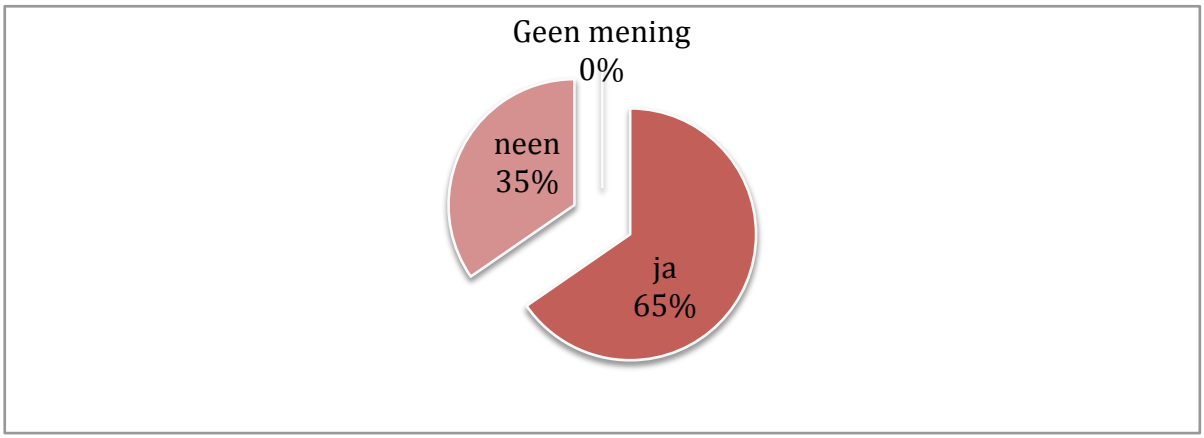
De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 49 jaar, de gemiddelde leeftijd in de HARNO wachtkring is 52 jaar.

- *'Vindt u dat de huisartsen wachtdienst moet blijven bestaan ?'.*



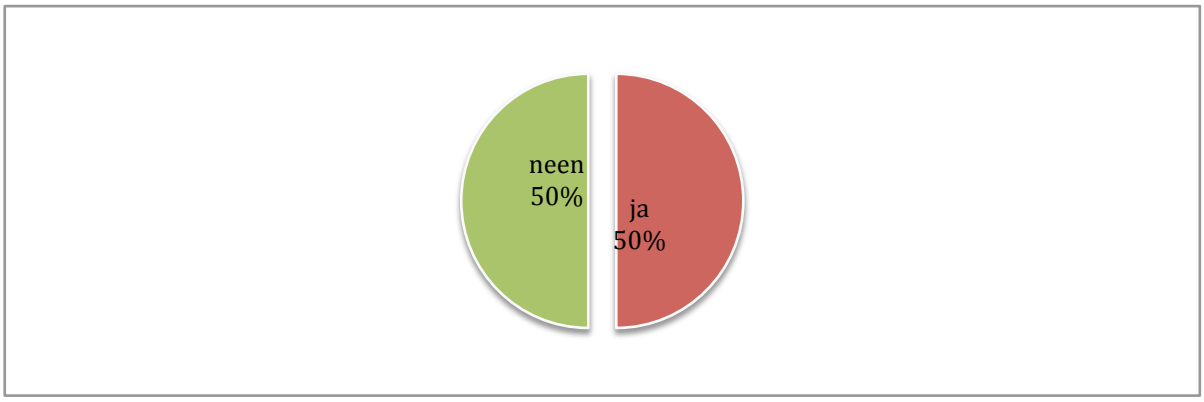
Grafiek 11. Antwoord op de vraag 'Vindt u dat de wachtdienst moet blijven bestaan?'

- *'Bent u tevreden met de huidige situatie ?'*



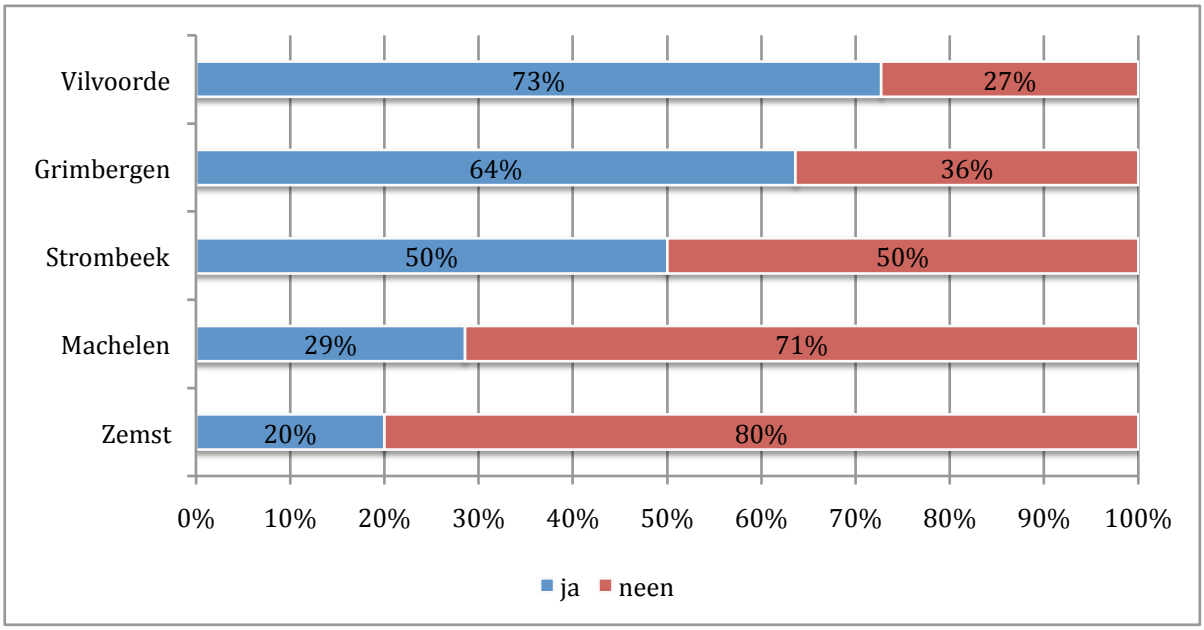
Grafiek 12. Antwoord op de vraag 'Bent u tevreden met de huidige situatie?'

- *'Bent u tevreden met het aantal wachten ?'*



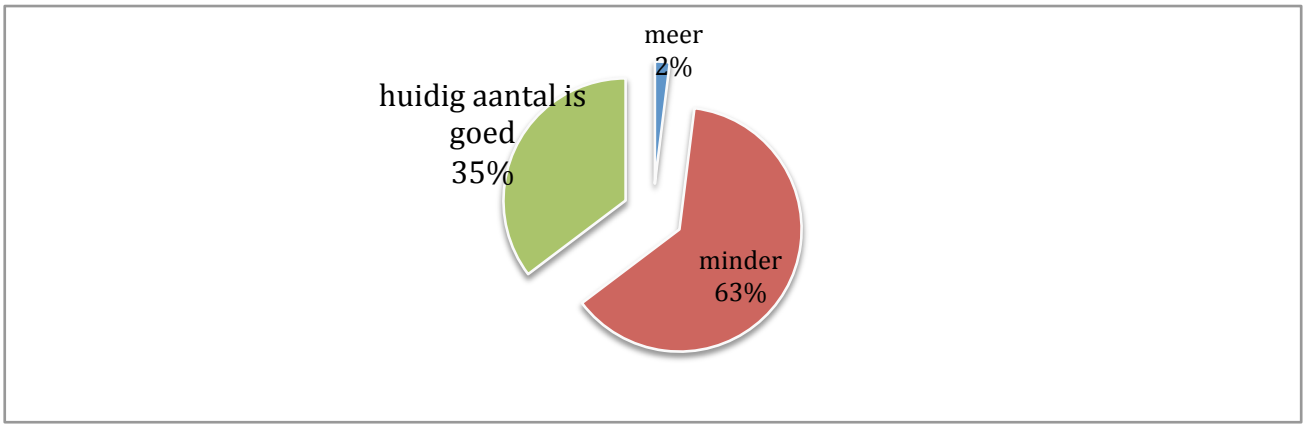
Grafiek 13. Antwoord op de vraag 'Bent u tevreden met het aantal wachten?'

Onderstaande grafiek 14 toont het antwoord op vorige vraag per WDO.



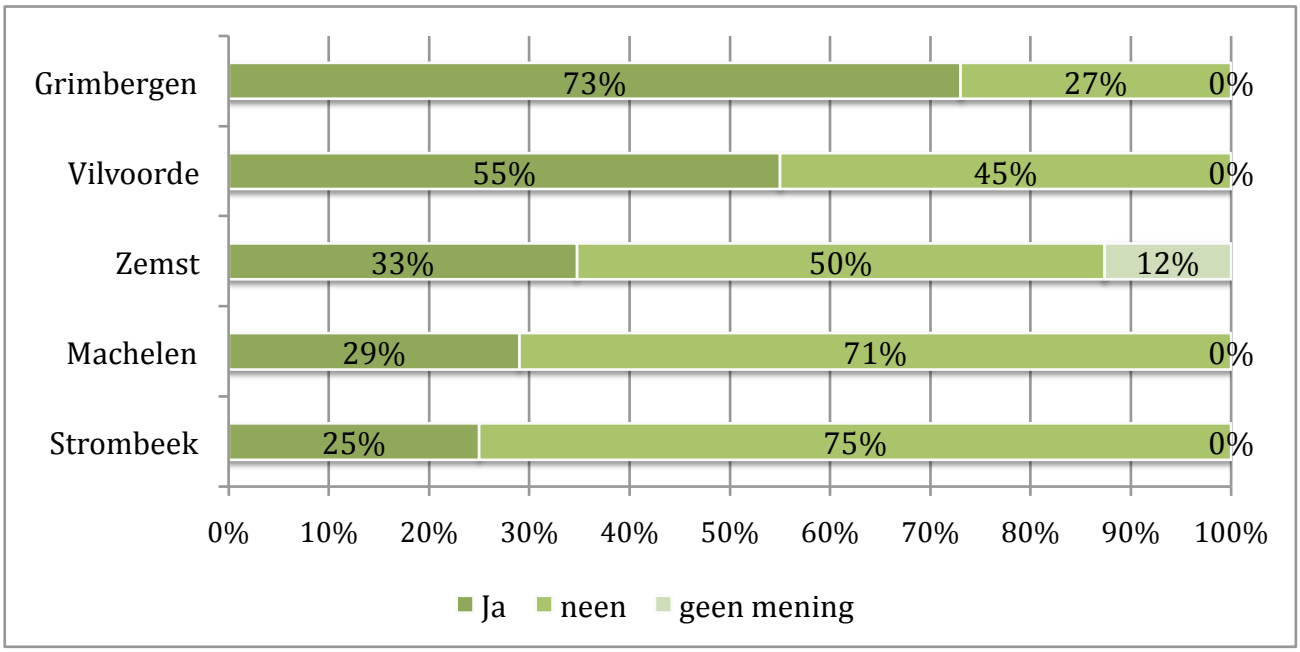
Grafiek 14. Antwoorde op de vraag 'Bent u tevreden met het aantal wachten?' per wachtdienstonderdeel.

- *'Wilt u meer of minder wachten doen per jaar?'*



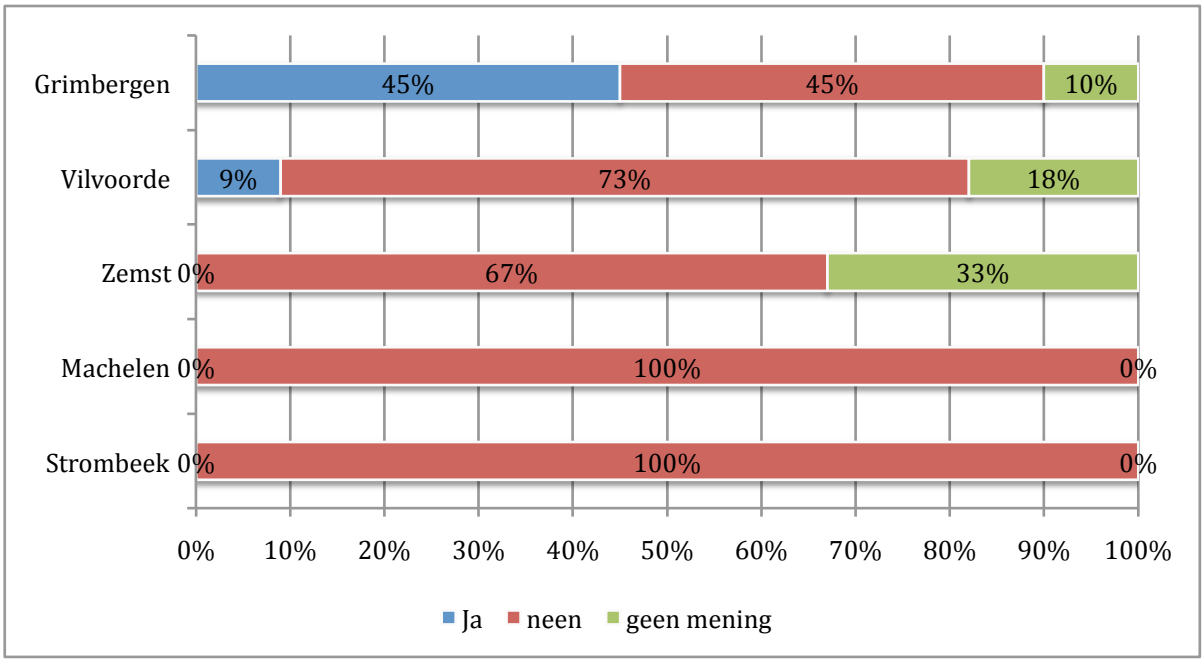
Grafiek 15. Antwoord op de vraag 'Wilt u meer of minder wachten?'

- *'Bent u tevreden met het aantal patiënten per weekendwacht?'*



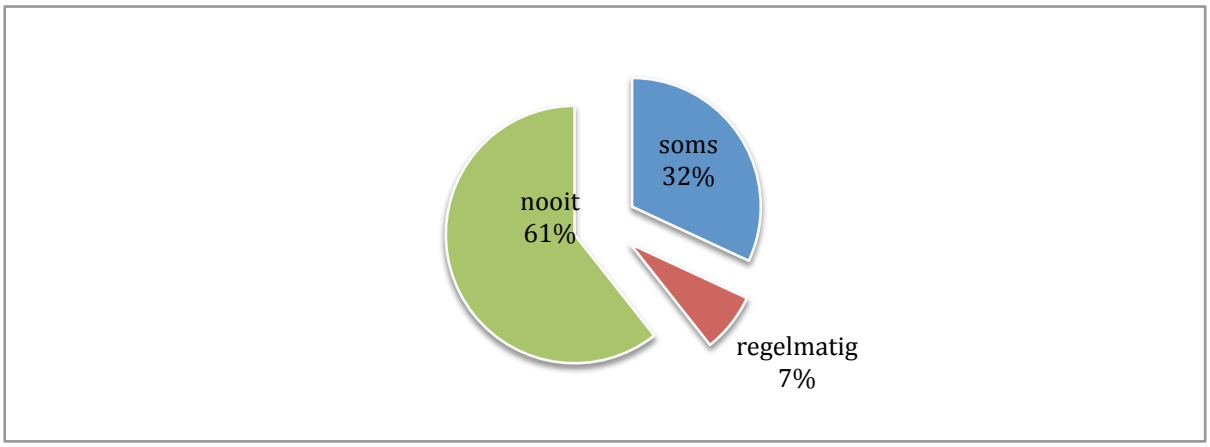
Grafiek 16.. Antwoord op de vraag 'Bent u tevreden met het aantal patiënten per weekendwacht?' per wachtdienstonderdeel

- *'Vindt u de wachtdienst rendabel?'*



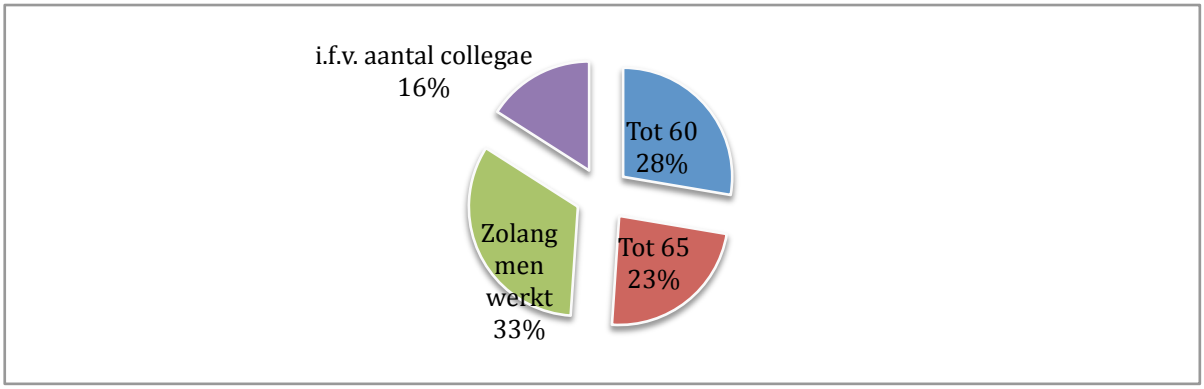
Grafiek 17. Antwoord op de vraag 'Vindt u de wachtdienst rendabel?'

- *'Voelt u zich soms onveilig tijdens de wachtdienst?'*



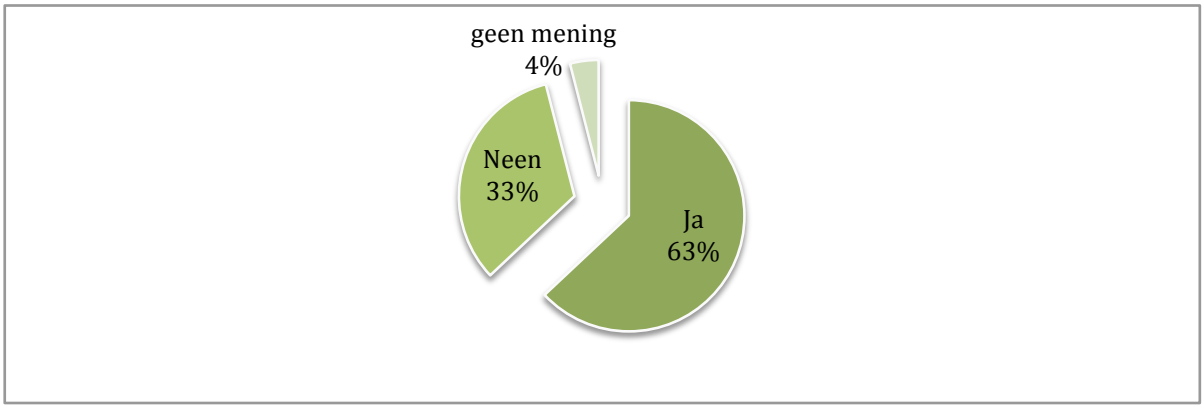
Grafiek 18. Antwoord op de vraag 'Voelt u zich soms onveilig tijdens de wachtdienst?'

- *'Tot welke leeftijd moet men volgens u deelnemen aan de wachtdienst.'*

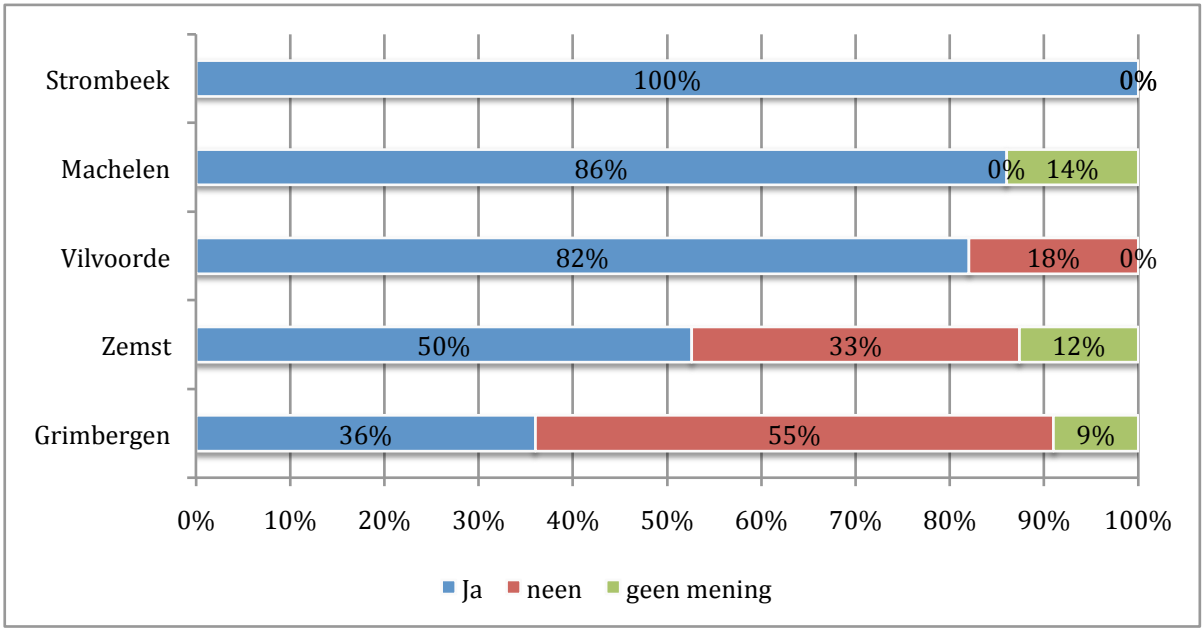


Grafiek 19. Antwoord op de vraag 'Tot welke leeftijd moet men volgens u deelnemen aan de wachtdienst?'

- *'Moet men op zoek gaan naar een nieuwe formule voor de wachtdienst?'*

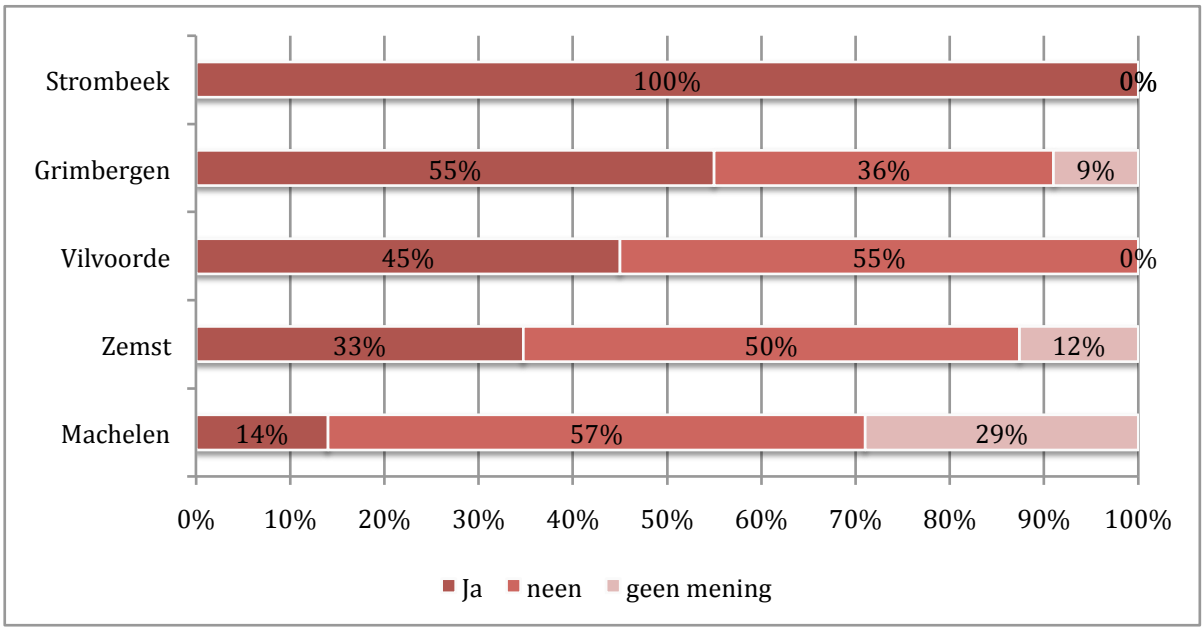


Grafiek 20. Antwoord op de vraag 'Moet men op zoek gaan naar een nieuwe formule voor de wachtdienst?'



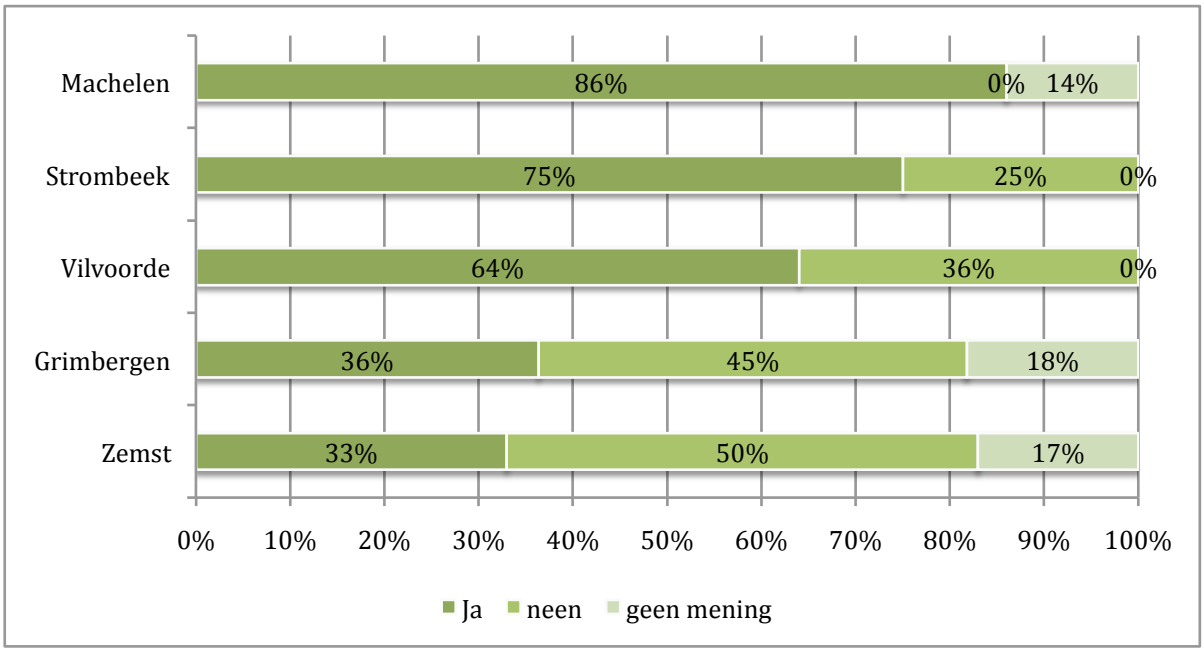
Grafiek 21. Antwoord op de vraag 'Moet men op zoek gaan naar een nieuwe formule voor de wachtdienst?' per wachtdienstonderdeel

- *'Is het samenvoegen van verschillende wachtdienstonderdelen een goed idee?'*



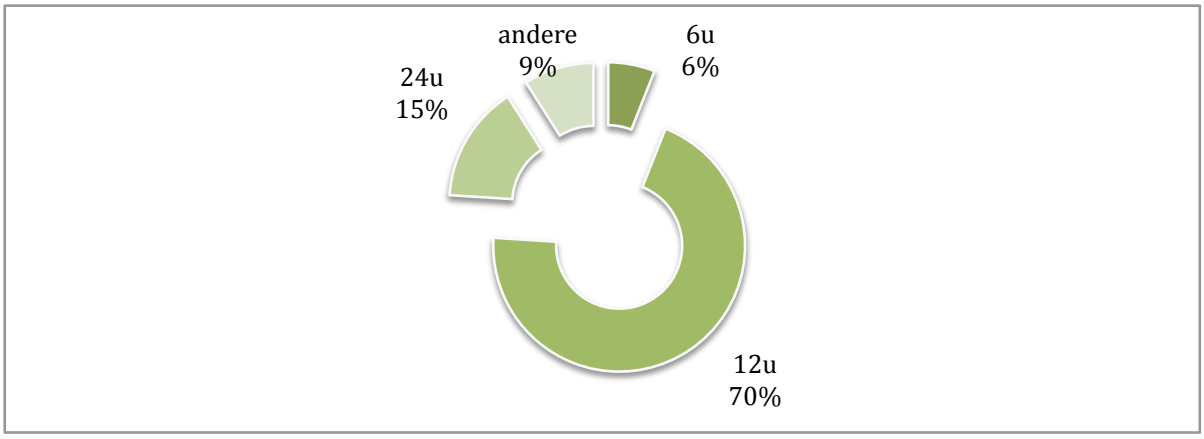
Grafiek 22.Antwoord op de vraag 'Is het samenvoegen van verschillende wachtdienstonderdelen een goed idee?'

- *'Is het oprichten van een wachtpost een goed idee ?'*



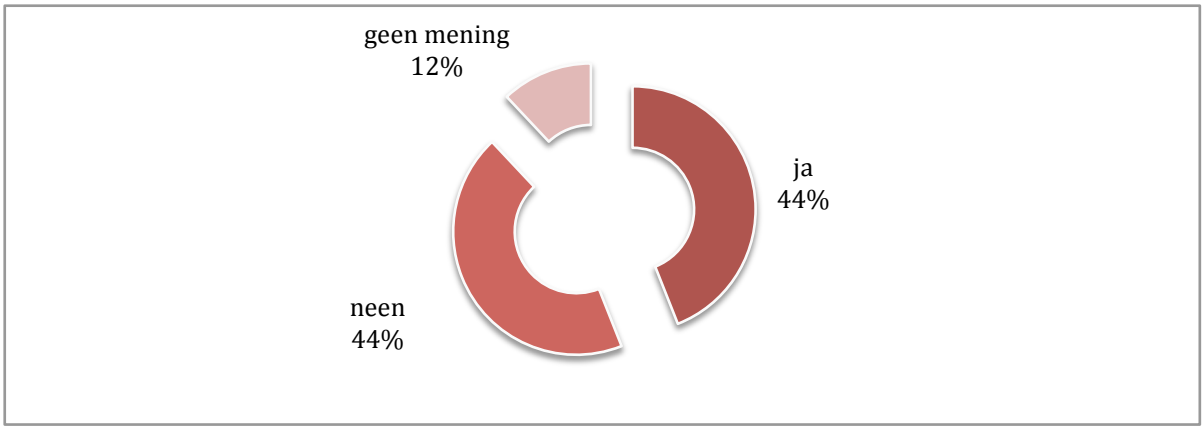
Grafiek 23.Antwoord op de vraag 'Is het oprichten van een wachtpost een goed idee?'

- *'Hoe lang zou een shift volgens u moeten duren in een wachtpost ?'*



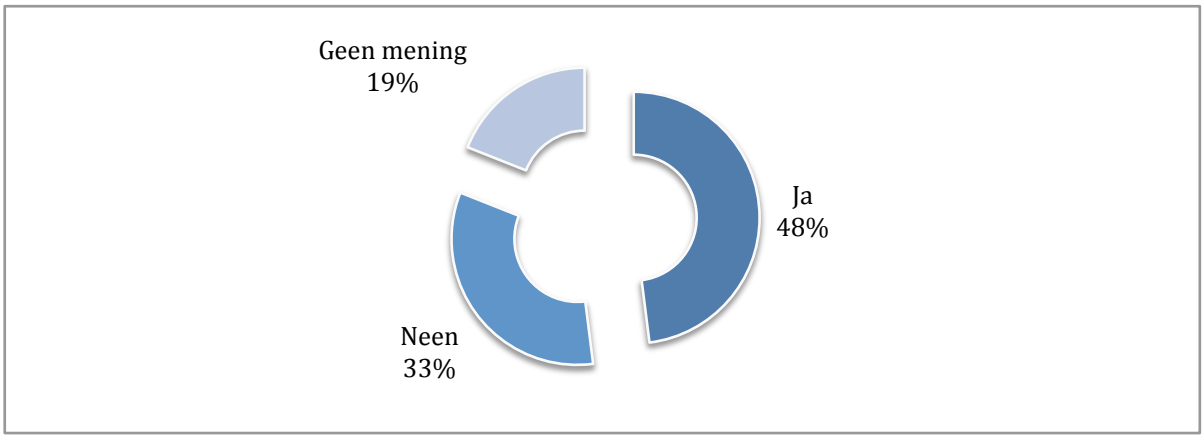
Grafiek 24. Antwoord op de vraag 'Hoe lang zou een shift volgens u moeten duren in een eventuele wachtpost?'

- *'Zou u willen inslapen in een eventuele huisartsenwachtpost?'*



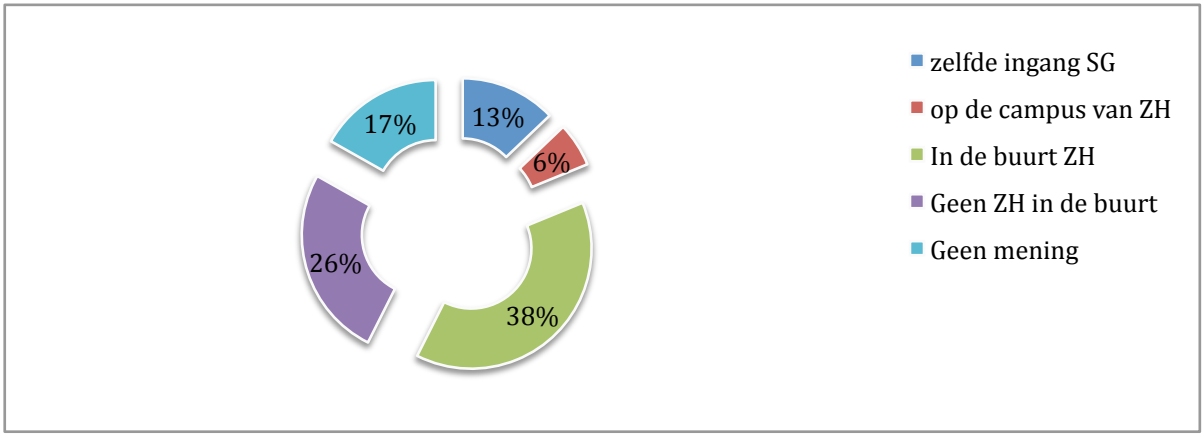
Grafiek 25. Antwoord op de vraag 'Zou u willen inslapen in een eventuele huisartsenwachtpost?'

- *'Zou u gebruik willen maken van volledig uitgerust wagens met chauffeur?'*



Grafiek 26. Antwoord op de vraag 'Zou u willen gebruik maken van volledig uitgerust wagens met chauffeur?'

- *'Waar zou u een eventuele wachtpost in relatie met een spoedgevallendienst vestigen?*



Grafiek 27.Antwoord op de vraag 'Waar zou u een eventuele wachtpost in relatie met de spoedgevallen vestigen?'

4.4. Voorstel van de werkgroep

In januari 2012 werd een werkgroep opgericht met afgevaardigden van alle wachtdienstonderdelen in de bestudeerde regio die nog interesse hadden om samen een huisartsenwachtpost op te richten. De leden van de werkgroep zijn allen huisartsen: Johan Buntinx, Jos Smets, Kristin Bauwens, Evelien Brigou, Els Colson, Jan Van Dam en Pieter Geentjens. Rekening houdende met bovenstaande resultaten werd een voorstel uitgewerkt waar in een tweede tijd voor gestemd zal worden door alle wachtdoende huisartsen van de betrokken wachtdienst onderdelen. Het voorstel is een combinatie van verschillende oplossingen : tijdens de dag een wachtpost, 's nachts een fusie van de wachtdienstonderdelen. Het volledige voorstel staat hieronder beschreven.

4.4.1. Deelnemende wachtdienstonderdelen

We zouden de wachtpost starten met volgende wachtdienstonderdelen: Grimbergen, Strombeek-Koningslo, Machelen-Diegem en Vilvoorde. Momenteel zijn er 65 huisartsen in deze regio die deelnemen aan de wachtdienst. Het gebied bestrijkt een oppervlakte van 72 km^2, de grootste af te leggen afstand binnen het gebied bedraagt 17km. Dit gebied telt 88.181 inwoners. Op termijn zou de wachtpost nog kunnen worden uitgebreid met andere wachtdienstonderdelen zoals Zemst, Meise-Wolvertem, Zaventem, …

4.4.2. Locatie

Rekening houdend met de reeds bestaande wachtposten in de naburige regio's en de locatie van de ziekenhuizen lijkt Vilvoorde een ideale locatie. De wachtpost zou ingericht worden in het huis van HARNO, Vlaanderenstraat 43 te Vilvoorde. Er zouden twee dokterskabinetten worden ingericht, een wachtzaal, een secretariaat en een leefruimte.

4.4.3. Openingsuren

Volgens de hierboven genoemde KCE studie gebeurt 80% van de contacten met de wachtdienst tussen 8u en 20u. Daarom zou de wachtpost elke zaterdag, zondag en feestdag open zijn van 8u tot 20u. Vanaf 20u wordt de regio opgedeeld in 2 gebieden: Grimbergen-Strombeek-Koningslo en Vilvoorde-Machelen-Diegem. Voor elk van

deze gebieden zal er één huisarts tijdens de avond en de nacht van thuis uit de wacht voorzien. Er zal worden gewerkt met een 1 oproepnummer voor de hele regio dat ‘s nachts via de postcode automatisch doorverbonden wordt naar de dienstdoende arts.

4.4.4. Shiften

Er zou gewerkt worden met een dagshift en een nachtshift. De dagshift van 8u tot 20u vanuit de wachtpost voor heel het gebied en de nachtshift van 20u tot 8u van thuis uit voor de helft van het gebied. Van oktober t.e.m. maart zal men werken met 3 artsen overdag, 2 ‘s nachts. Van april t.e.m. september met 2 artsen overdag en 2 ‘s nachts. Elke huisarts zou gemiddeld 4 dagshiften en 4 nachtshiften doen per jaar, dit komt dus neer op 8 keer 12u per jaar.

4.4.5. Verloning

Elke arts zal werken op eigen getuigschriften. Hij ontvangt dus de inkomsten van al zijn prestaties, bovenop de wachtvergoeding.

4.4.6. Faciliteiten

Een externe coördinator zal zorgen voor de dagdagelijkse werking van de wachtpost.
Er zal ook personeel voorzien worden voor het onthaal en administratie.
De huisbezoeken tijdens de dagshift zullen gebeuren met een goed uitgeruste wagen met chauffeur.
Er zal medische software worden voorzien voor het invoeren van de wachtverslagen. Deze verslagen zullen onmiddellijk verstuurd worden naar de vaste huisarts van de patiënt.
De wachtverdeling zal door middel van een online programma gebeuren dat moet zorgen voor een grote flexibiliteit. Dit programma zal er namelijk voor zorgen dat men eenvoudig wachten kan ruilen of overnemen. Het programma kan ook rekening houden met de voorkeuren van de artsen. Elke arts zal verschillende dagen kunnen opgeven waar men zeker niet van wacht kan zijn. Deze software zal er ook voor zorgen dat er een gelijke verdeling is over het aantal dag- en nachtshiften, zaterdagen, zondagen en feestdagen.
Collega’s die ouder zijn dan 60 zullen hun voorkeuren kunnen opgeven voor de wachtverdeling (bv. Geen nachten, enkel zaterdag, enkel zittende of rijdende wacht).

4.4.7. Kostprijs

De hierboven beschreven wachtpost zou volgens de financiële modellen van Paul De Ganck ongeveer 245.000 euro per jaar kosten, of 2,8 euro per inwoner.

4.4.8. Evaluatie

6 maand na de opening van de wachtpost zal een grondige evaluatie gepland worden waar iedereen zijn opmerkingen en kritiek kwijt kan om zo de werking te kunnen bijsturen waar nodig.

4.4.9. Bestuur

Er zal een VZW worden opgericht die de wachtpost zal besturen. De VZW zal toezicht houden op de werking en deze bijsturen waar nodig. Er zal ook een afgevaardigde van het HARNO bestuur zetelen in het bestuur van de wachtpost.

4.4.10. Stemming

Er is per wachtdienstonderdeel een informatievergadering ingelast waar dit model werd voorgesteld. De artsen die niet aanwezig konden zijn op deze vergaderingen ontvangden de informatie later per post en email. 10 april 2012 werd een stemformulier naar elke wachtdoende huisarts van de betrokken regio gestuurd. Dit formulier moet aangetekend worden teruggestuurd naar de aangestelde deurwaarder voor 10 mei 2012. Om dit voorstel goed te keuren is volgens de statuten van vzw HARNO een eenvoudige meerderheid nodig. Het voorstel kan enkel doorgaan indien er in de vier wachtdienstonderdelen een meerderheid voor dit voorstel stemt.

5. Discussie

5.1. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Bij de beschrijving van de huidige situatie heb ik mij gebaseerd op cijfers van 2010. Ondertussen hebben er al enkele artsen hun werkzaamheden gestopt en zijn er enkele bijgekomen en is de situatie dus reeds gewijzigd. Een andere gebruikte bron van cijfermateriaal waren de wachtregistraties. Niet alle artsen vullen deze (correct) in. Dit kan ook een fout in de resultaten verklaren.

In de loop van het onderzoek is het onderzoeksprotocol gewijzigd omdat de discussie sneller liep dan voorzien. Oorspronkelijk zou de informatie over de huidige situatie worden voorgesteld op de LOK's van de betrokken gebieden, en zou hier de bevraging ook gebeuren. Zo had ik een maximale respons-rate verwacht. Omdat de LOK's over een grote periode gespreid waren, verschillende LOK's samenvielen en de vraag naar mijn project groter werd vanuit de overkoepelende huisartsenkring HARNO is het protocol gewijzigd en is de bevraging via een online enquête gebeurd. Dit heeft er wel voor gezorgd dat de respons veel lager lag dan voorzien. Er was slechts een respons-rate van 36%. De online bevraging heeft er ook voor gezorgd dat vooral de artsen die geïnteresseerd waren in dit thema de vragenlijst hebben beantwoord. Moest ze via de LOK's gebeurd zijn was er vermoedelijk een representatiever beeld bekomen. De niet-geïnformatiseerde artsen hebben ook niet kunnen deelnemen aan de enquête. Bovenstaande vormen van bias en de lagere respons-rate zorgen ervoor dat de resultaten van de enquête eerder als een opiniepeiling of pilootstudie geïnterpreteerd kunnen worden.

De wijziging van het onderzoeksprotocol heeft er anderzijds wel voor gezorgd dat de discussie over de wachtpost onder de artsen van de regio sneller, efficënter en gegronder is verlopen omdat er eindelijk duidelijk cijfermateriaal voorhanden was. Omdat ik mij verdiept heb in de wachtproblematiek door literatuurstudie, verschillende andere wachtposten heb bezocht en gesprekken heb gehad met alle spelers op het veld heb ik productief kunnen meewerken in dit verhaal en heeft deze studie als een katalysator gewerkt binnen de discussie onder de artsen.

5.2. Resultaten

Als we kijken naar de leeftijd van de huisartsen in de bestudeerde regio zien we dat deze vrij goed overeenkomt met de leeftijdsverdeling van de huisartsen in de rest van het land. Deze leeftijdspiramide raakt aan de kern van het probleem. Bijna 50% van de huisartsen is ouder dan 50. Dit zal in de komende tien jaar zorgen voor een enorme uitstroom van huisartsen, terwijl steeds minder jonge huisartsen starten en er ook een grote groep binnen de vijf jaar stopt met het beroep.

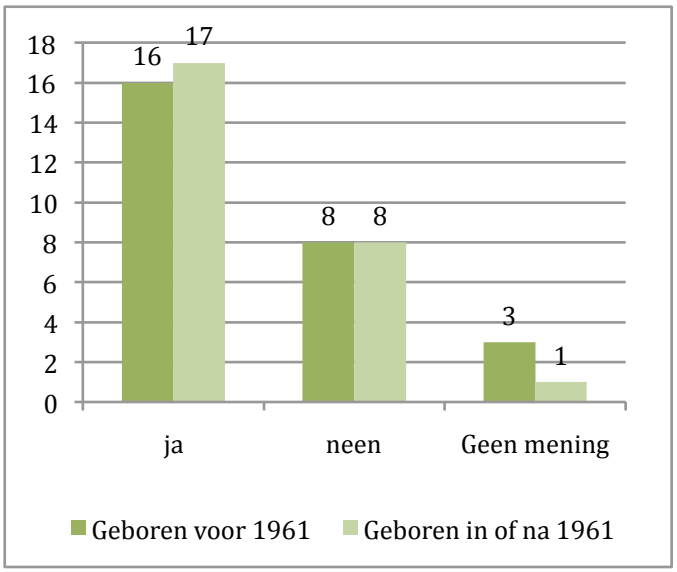
We hebbend berekend dat de huisartsen van onze regio in 2010 gemiddeld 413 uur wachtdienst per jaar presteerden. Er zijn echter grote verschillen in de verschillende wachtdienstonderdelen. In Wemmel deed men jaarlijks 749 uur wachtdienst, meer dan drie keer zoveel als het Kastel-gebied, deze huisartsen presteerden jaarlijks 231 uur wachtdienst. Als we deze cijfers vergelijken met de gemiddelde cijfers van het aantal wachturen op nationaal niveau zien we dat in deze regio iets meer uren worden gepresteerd dan het gemiddelde in semi-stedelijke gebieden, waar ze aan een gemiddelde komen van 360 uur. In rurale gebieden presteert men gemiddeld 630 uur, in stedelijke gebieden 224 uur. Het meest opvallende zijn de verschillen tussen de verschillende wachtdienstonderdelen. Dit houdt natuurlijk rechtstreeks verband met het aantal actieve huisartsen per regio. Het gemiddeld aantal contacten per weekend komt ook overeen met de cijfers uit de KCE 171A studie over de wachtdienstproblematiek.

De situatie in regio Vilvoorde en omstreken is dus geen uitzondering en kampt met dezelfde problematiek als vele andere gebieden in ons land. De Federale Raad voor Huisartsenkringen beveelde aan dat een wachtdienstonderdeel minstens uit 13 artsen moet bestaan om een goede werking te verzekeren. In drie van de negen wachtdienstonderdelen uit de bestudeerde regio komt men momenteel al niet meer aan die 13 artsen. Mogelijks zullen binnen de 5 à 10 jaar nog vier wachtdienstonderdelen volgen.

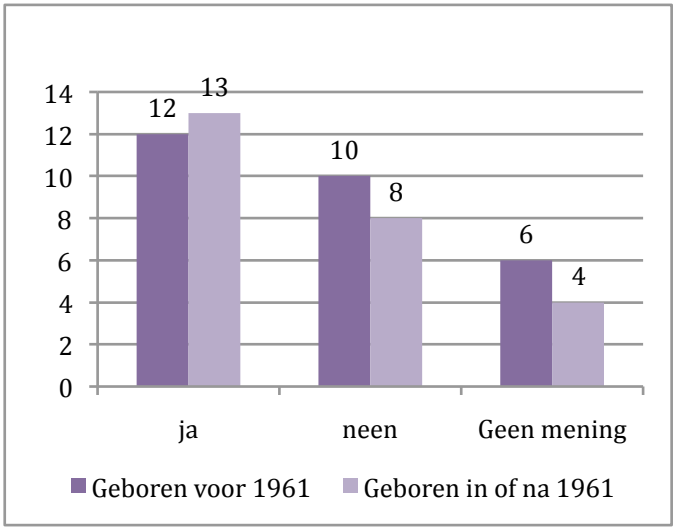
Uit onze resultaten bleek dat twee derde van de artsen die onze vragenlijst beantwoordden uit de bestudeerde regio nog tevreden was met de huidige situatie. De meeste artsen zien momenteel weinig problemen met de wachtdienst. De problemen zullen zich waarschijnlijk ook pas beginnen stellen binnen vijf à tien jaar. Dit is natuurlijk een schatting want het is niet exact te voorspellen hoeveel huisartsen er

zullen stoppen en bijkomen in deze regio. Opvallend was toch dat ook bijna twee derde van de respondenten vond dat men op zoek moest gaan naar een nieuwe formule, er is dus ergens wel een erkenning van de dreigende problematiek.

We vroegen ons af of er een verband bestaat tussen de leeftijd van de huisartsen en de weerstand tegen veranderingen in het wachtsysteem. Daarom hebben we het antwoord op de vragen 'Moet men op zoek gaan naar een nieuwe formule voor de wachtdienst ?' en 'Is het oprichten van een wachtpost een goed idee ?' bekeken in 2 leeftijdsgroepen ; de artsen ouder dan de gemiddelde leeftijd van de respondenten en de artsen die jonger zijn dan deze leeftijd (Zie grafiek 28 en 29). In beide grafieken zien we dat er amper een verschil is tussen de leeftijdsgroepen. Daaruit kunnen we besluiten dat bij de respondenten de leeftijd van de huisartsen niet in verband kan worden gebracht met de weerstand tegen verandering in het wachtsysteem of tegen het oprichten van een wachtpost.



Grafiek 28. Antwoord op de vraag: 'Moet men op zoek gaan naar een nieuwe formule voor de wachtdienst?', per leeftijdsgroep.



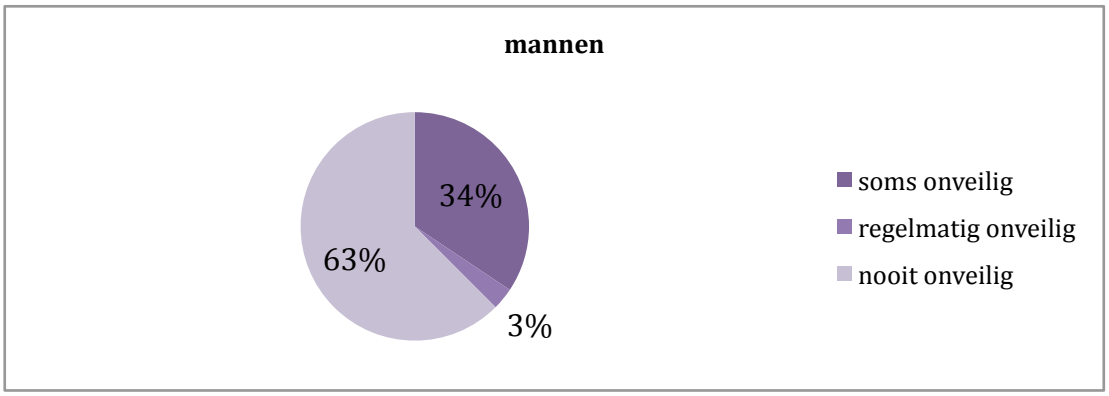
Grafiek 29. Antwoord op de vraag 'Is het oprichten van een wachtpost een goed idee?' , per leeftijdsgroep

Minder verrassend is dat de tevredenheid over de huidige situatie groter is in de gebieden waar men minder wachturen moet presteren. Toch zou 63% van de respondenten graag minder wachturen presteren. Men ziet in de resultaten ook dat in gebieden waar er een hoge werkdruk heerst op vlak van wachtdiensten er minder weerstand is in om het systeem te hervormen. In Machelen-Diegem, waar de huisartsen jaarlijks 545 uur wachtdienst presteren, vindt namelijk 86% van de respondenten dat het oprichten van een wachtpost een goed idee is. In Strombeek-Koningslo, waar een huisarts jaarlijks gemiddeld 461 uur wachtdienst presteert, is dit 75%. In Zemst daarentegen doet een huisarts gemiddeld 599 uur wachtdienst maar daar vindt slechts 33% van de artsen een goed idee om een wachtpost op te richten. Wegens de lage respons-rate is het echter moeilijk om duidelijke verbanden te kunnen aantonen tussen werkdruk en de weerstand tegen het oprichten van een wachtpost.

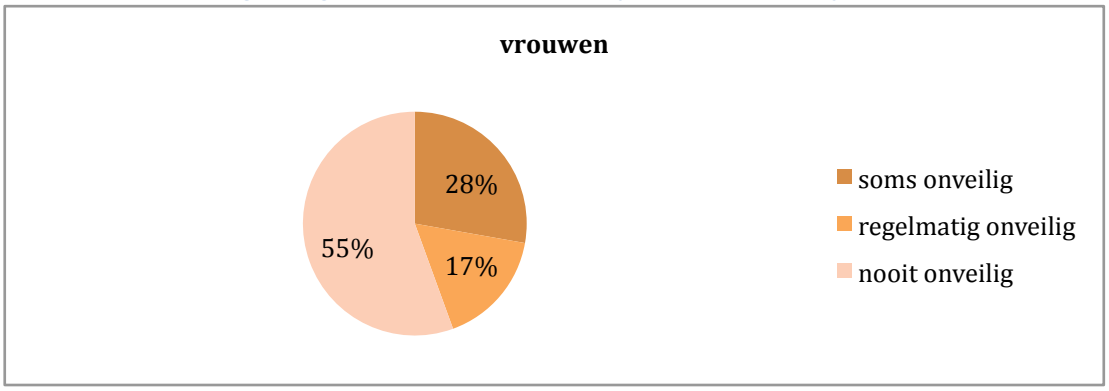
In de enquête werd ook gevraagd naar de weerstanden of hinderpalen om in een wachtpost te gaan werken, hier kwam via de enquête weinig respons op. Op de uiteenzettingen in de verschillende wachtdienstonderdelen over het uiteindelijke voorstel is hier wel uitgebreid over gediscussieerd. Een van de voornaamste redenen om niet in een wachtpost te gaan werken was dat men tijdens de wachtdienst niet meer thuis kon zijn om zich daar nuttig bezig te houden met administratie, het huishouden of om bij de familie te zijn. Andere redenen waren de maatschappelijke kost of de grootschaligheid van het project. Men vreesde ook een overconsumptie door de patiënten, en dat een aanzienlijk aantal patiënten hun consultaties zouden uitstellen naar het weekend uit gemakzucht. Velen vonden het gewoon niet nodig om

het wachtsysteem te gaan aanpassen omdat er zich nu nog geen problemen voordoen in hun wachtdienstonderdeel.

Een grote meerderheid vindt de huidige wachtdienst niet rendabel. Opvallend is ook dat bijna een derde van de huisartsen zich soms onveilig voelt op de wachtdienst. We zijn nagegaan of er een verband bestond tussen het onveiligheidsgevoel en het geslacht van de huisartsen (zie grafiek 30 en 31). Iets meer mannen dan vrouwelijke respondenten voelen zich nooit onveilig tijdens de wachtdienst, respectievelijk 63% t.o.v. 55%. Een groter aandeel van de vrouwelijke huisartsen die de enquête beantwoordden voelden zich regelmatig onveilig (17%) t.o.v. hun mannelijke collega's (3%). 34% van de mannen voelden zich soms onveilig, t.o.v. 28% van de vrouwen.



Grafiek 30. Onveiligheidsgevoel van de mannelijke huisartsen tijdens de wachtdienst



Grafiek 31. Onveiligheidsgevoel bij de vrouwelijke huisartsen tijdens de wachtdienst.

In de literatuurstudie werd een overzicht gegeven over de mogelijke oplossingen voor de dreigende problemen rond de huisartsenwachtdienst. Men zou verschillende wachtdienstonderdelen kunnen fusioneren, wachtposten oprichten, een centraal oproepnummer met triage invoeren, samenwerken met de tweede lijn, het recruteren van vrijwillige 'wachtartsen' of verpleegkundigen inschakelen voor triage. Momenteel is er voor de meeste van deze oplossingen niet voldoende wettelijke

omkaderering. Enkel het oprichten van wachtposten en het fusioneren van wachtdienstonderdelen is momenteel voldoende wettelijk omkaderd. Momenteel verplicht de wet ook dat één huisarts van wacht moet zijn per 30.000 inwoners, hoewel er in de diepe nacht slechts 1 à 2 oproepen komen per 100.000 inwoners. In deze regio zou het dus ook wettelijk niet mogelijk zijn om wachtdienstonderdelen te fusioneren. De overige oplossingen kunnen ook zeer interessant zijn maar daarvoor is het nodig om eerst duidelijke triageprotocollen te ontwikkelen zodat deze kunnen gebruikt worden door artsen, verpleegkundigen of door hiervoor opgeleide telefonisten. Om dit te kunnen verwezelijken moet er ook een juridisch statuut komen voor de verpleegkundigen of telefonisten die triëren. Op korte termijn is dus enkel de fusie van de wachtdienstonderdelen of het oprichten van een wachtpost een oplossing als er verder geen wetswijzigingen komen. Momenteel zijn er in België dan ook reeds een dertigtal wachtposten opgericht en wordt bijna een derde van de Belgische bevolking gedekt door huisartsenwachtposten.

5.3. Verder verloop in deze regio

Uit de literatuurstudie bleek dat het succes tot slagen sterk afhangt van de motivatie en het initiatief van de artsen. Een eerste cruciale stap bij het oprichten van een wachtpost is dan ook het verzamelen van een meerderheid van de huisartsen van de betrokken regio die aan dergelijke huisartsenwachtpost willen meewerken. Is er geen meerderheid in de regio kan het project niet doorgaan.

Er is een werkgroep opgericht met mensen uit alle wachtdienstonderdelen die geïnteresseerd waren in het oprichten van een wachtpost. Er is veel voorbereidend werk gebeurd tijdens dit onderzoek: gesprekken met mensen op het terrein, bezoek aan andere wachtposten, bezoek aan congressen rond dit onderwerp, literatuurstudie en de bevraging naar de tevredenheid en de wensen van de huisartsen van deze regio i.v.m. een eventuele wachtpost. Omdat elke wachtpost verschillend is en elke arts zijn mening heeft was het eerst moeilijk discussiëren omdat de veel besproken wachtpost nog weinig vorm had. Uiteindelijk is er een concreet voorstel gedaan dat beschreven staat bij de resultaten van dit onderzoek. De stemming die in april 2012 zal plaatsvinden zal uitwijzen of men kan doorgaan met dit project. Indien het voorstel wordt goedgekeurd door een eenvoudige meerderheid in elk van de deelnemende wachtdienstonderdelen zal er getracht worden tegen juni 2013 een wachtpost op te

richten. Er zal dan een coördinator worden aangesteld en een subsidie aanvraag gebeuren. Als deze wordt toegekend door het RIZIV kan de locatie worden ingericht. Er zal dan een VZW worden opgericht, en een bestuur zal worden samengesteld. Er zal zeker ook voldoende publiciteit moeten worden gemaakt. Indien er in een of meerdere betrokken wachtdienstonderdelen tegen het voorstel wordt gestemd zal het voorstel niet doorgaan en zal de discussie voor enkele jaren afgesloten worden.

6. Conclusie

In dit werk ben ik de huisartsenwachtdienst in een bepaalde regio gaan bestuderen vanuit de invalshoek van de huisartsen van deze regio. Als men kijkt naar de demografische gegevens van de huisartsen in dit gebied ziet men dat deze niet veel verschilt met de rest van het land. Er zijn enkele belangrijke tendensen: de artsenpopulatie veroudert, er is weinig instroom van jonge huisartsen en zo dreigt er een tekort aan huisartsen om het klassieke beurtrolsysteem in te vullen. Dit kan er weer voor zorgen dat de levenskwaliteit van de huisartsen daalt en dat dit het beroep ook minder aantrekkelijk maakt. Dit kan de instroom van jonge artsen op zijn beurt weer afremmen. Het is ook opvallend dat er binnen een kleine regio grote verschillen bestaan in het aantal wachturen dat de huisartsen presteren.

Momenteel is er nog een grote tevredenheid over de huidige situatie, maar de meeste huisartsen van de bestudeerde regio zijn het erover eens dat er moet gezocht worden naar oplossingen voor de dreigende problemen die zich binnen enkele jaren zullen voordoen. Er zijn verschillende mogelijke oplossingen : fusionering van wachtdienstonderdelen, een centraal oproepnummer met triage door telefonisten, inschakelelen van verpleegkundigen voor triage, samenwerken met de tweede lijn, inschakelen van vrijwillige wachtdienstartsen, het oprichten van huisartsenwachtposten of een combinatie van deze oplossingen. Momenteel zijn het oprichten van wachtposten en de fusionering van wachtdienstonderdelen de enige wettelijk voldoende omkaderde oplossingen. Uit de nationale en internationale literatuur blijkt dat het oprichten van wachtposten een goede oplossing is. Het zal de levenskwaliteit van de arts verbeteren en ook de patiënt zal er winst bij maken. Over het effect op het gezondheidssysteem is nog weinig bekend. Toch worden de bestaande wachtposten massaal gesubsidieerd door het RIZIV. Het is ook een collegiale oplossing om wachtdienstonderdelen die met een klein aantal artsen het beurtrolsysteem moeten opvullen, uit de nood te helpen. Het initiatief tot het oprichten van dergelijke wachtposten moet hiervoor wel vanuit de artsengroep komen, anders heeft het project zeer weinig kans op slagen. Een werkgroep heeft besloten dat het in de bestudeerde regio praktisch haalbaar was om een wachtpost te starten. Uit de stemming in april 2012 zal blijken of de huisartsen van Vilvoorde, Grimbergen, Strombeek, Machelen en Diegem dit project zullen ondersteunen. Na deze stemming is men ook nog afhankelijk van de subsidie-aanvraag.

Het oprichten van een wachtpost is natuurlijk maar één van de oplossingen voor het dreigende probleem. Wanneer dit probleem reëel zal worden is moeilijk te voorspellen. Mogelijks komen er in de toekomst nog initiatieven vanuit de overheid die andere oplossingen ook mogelijk maken.

7. Referenties

1. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. België: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg 2008, rapport 72. http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?GREF=5272&CREF=10547, laatst geraadpleegd op 14-03-2012.
2. Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, Haezaert T, Vinck I, Lona M, Paulus D. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen?. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 171A.
3. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L, et al. Making General Practice Attractive: Encouraging GP attraction and retention. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. KCE reports 90C (D/2008/10.273/65)
4. Meeus P Registre des médecins généralistes :nombre et profil des médecins généralistes en 2005 [Brussels: National Institute for Health and Disability Insurance;2005 [cited December 2011]. Available from: http://www.inami.be/information/fr/studies/study40/pdf/study40.pdf
5. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health systems review. Health Systems in Transition. 2010;12(5):1-266.
6. Giesen P, Fraanje W, M K. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med contact. 2003;43:495-6.
7. Delrée G. Enquête sur les gardes In: Forum des Associations de Généralistes; 2009.
8. Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Aff (Millwood). 2006;25(6):1733-7.
9. Union Nationale des Mutualités Libres - Onafhankelijke ziekenfondsen Des mauvais points pour la consultation du soir [2010 [cited November 2011]. Available from: http://www.mloz.be/nl/node/1576
10. De Wolf F, Vanoverloop J. Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières - Union Nationale des Mutualités Socialistes. April 2011. Available from: http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/E09AF2BC-FB12-4D3F-A70E-CAFA1FA71B20/0/EtudeUrgences_2011.pdf
11. Vieth T, Rhodes K. The effect of crowding on access and quality in an academic emergency department. 2006;24(7):787-94.
12. Francart J, Cauderlier S, Pestiaux D, Paulus D, Gourbin C, De Waele A, et al. Problématique du tri des urgences: Comparaison entre les urgences en médecine générale et en milieu hospitalier. Brussel: Ministerie van sociale zaken, 2003
13. Philips H. Out-of-hours Primary Care in Belgium. Antwerpen: Universiteit Antwerpen; 2010.
14. Bernstein S et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. Academic Emergency Medicine. 2009;16(1):1-10.
15. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Services Research 2007;7(131).

16. Rust G, al. e. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. Archives of Internal Medicine. 2008;168(15):1705-10.
17. Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. Patient Educ Couns. 2008;70(2):256-65.
18. Huibers LA, Moth G, Bondevik GT, Kersnik J, Huber CA, Christensen MB, et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. BMC Fam Pract. 2011;12:30.
19. Giesen P, Huibers L, Vermue N, PadrosGoossens M. Inventory of organizational models for after hours care: a questionnaire in 26 western countries. Radboud University Nijmegen Medical Centre: Scientific Institute for Quality of Health Care; 2007.
20. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. BMJ. 1994;309(6969):1624-6.
21. South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. Nurse telephone triage in out of hours primary care: a pilot study BMJ. 1997;314(7075):198-9.
22. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. BMJ. 2000;320(7241):1053-7.
23. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: Randomised controlled trial. BMJ. 1998;317(7165):1054-9.
24. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do trige nurses correctly estimate urgency? Qual Saf Health Care. 2007;16(3):181-4.
25. Ministerieel Besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen Belgisch Staatsblad 4 maart 2010.
26. Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. Br J Gen Pract. 1998;48(433):1497-9.
27. Payne F, Shipman C, Dale J. Patients' experiences of receiving telephone advice from a GP co-operative. Fam. Pract. 2001;18(2):156-60.
28. Sterkendries J, Environs SdMdWe. La garde en nuit profonde. Zone semi-rurale et rurale. 2010.
29. Union des Omnipraticiens de l'Arrondissement de Dinant. Evaluation des postes de garde en médecine générale. 2010.
30. Giesen P, Mokkink H, Van Den Bosch W, Bottema B, Grol R. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? Huisarts & Wetenschap. 2008;51(5):219-23.
31. Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen Belgisch Staatsblad 26 juli 1990

32. Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: A questionnaire survey of general practitioners. Br. Med. J. 1997;314(7094):1598-9.
33. Fletcher J, Pickard D, Rose J, Stewart-Brown S, Wilkinson E, Brogan C, et al. Do out-of-hours co-operatives improve general practitioners' health? Br J Gen Pract. 2000;50(459):815-6.
34. Pickin DM, O'Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. Fam. Pract. 2004;21(2):180-2.
35. O'Keeffe N. The effect of a new general practice out-of-hours co- operative on a county hospital accident and emergency department. Ir J Med Sci. 2008;177(4):367-70.
36. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. J Gen Intern Med. 2005;20(7):612-7.
37. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J. 2004;21(6):722-3.
38. Kool RB, Homberg DJ, Kamphuis HC. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. BMC Health Services Research. 2008;8(225).
39. O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A, O'Kelly F. Out-of-hours co- operatives: general practitioner satisfaction with governance and working arrangements. Eur J Gen Pract. 2006;12(1):15-8.
40. van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. BMC Health Serv Res. 2005;5(1):27.
41. Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: A questionnaire survey of general practitioners. Br. Med. J. 1997;314(7094):1598-9.
42. Heaney D, Gorman D, Porter M. Self-recorded stress levels for general practitioners before and after forming an out-of-hours primary care centre. Br. J. Gen. Pract. 1998;48(428):1077-8.
43. Remmen R, Renders R, Teblick M, Demerre W, et al. Huisartsenwachtpost in Vlaanderen. Huisarts Nu. 2007;Oktober 2007:397-401.
44. Hurst K. British out-of-hours primary and community care: a review of the literature. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2006;19(1):42-59.
45. Giesbers Steven. Spoedeisende hulp en huitartsenzorg : een kosten analyse. Thesis [Nederlands kennisnetwerk : huis artsenpostebn en spoedzorg]; 2010.
46. Assurance Maladie en France. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine à compter du 1er janvier 2011 [2011 [cited December 2011]. Available from: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre- convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins- generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php
47. 'Groupe de travail Gardes' du Conseil Fédéral des Cercles de médecins généralistes - 'Werkgroep Wachtdiensten' van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen. Note de

synthèse concernant les gardes en médecine générale - Synthesenota betreffende de huisartsenwachtdiensten. May 2011. Available from: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessio ns/Doctors/GPs/CouncilsandCommissions/FederalCouncilforthecircl esofG/2011/index.htm

48. MediRand vzw. Results of the workshops on after-hours. In: Proceedings of; 2010; Brussels, November 2011.
49. Kelly M, Egbunike JN, Kinnersley P, Hood K, Owen-Jones E, Button LA, et al. Delays in response and triage times reduce patient satisfaction and enablement after using out-of-hours services. Fam. Pract. 2010;27(6):652-63.
50. Shipman C, Payne F, Hooper R, Dale J. Patient satisfaction with out-of-hours services how do GP co-operatives compare with deputizing and practice-based arrangements? J. Public Health Med. 2000;22(2):149-54.
51. van Uden CJ, Ament AJ, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HF. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2005;5(1):6.
52. Thompson K, Parahoo K, Farrell B. An evaluation of a GP out-of- hours service: Meeting patient expectation of care. J. Eval. Clin. Pract. 2004;10(3):467-74.
53. Carr-Bains S, Nightingale A, Ballard K. Patients' experiences and satisfaction with out-of-hours GP home visiting provided by a GP cooperative. Family Practice. 2011;28:88-92.

8. Dankwoord

Graag wil ik mijn dierbare verloofde bedanken die mij gedurende dit ganse project heeft gesteund en steeds zonder morren mijn hemden heeft gestreken.

9. Bijlagen

Bijlage 1 : Enquête

1. **Leeftijd** : ....
2. **Geslacht** : M / V
3. **Postcode werkplaats :** …
4. **Bent u tevreden over de huidige wachtdienst ?**

   Ja – Neen – Neutraal
5. **Vind u dat de huisartsen wachtdienst moet blijven bestaan ?**

   Ja – Neen – Geen mening
6. **Bent u tevreden over het aantal wachten die u nu moet doen ?**

   Ja – Neen – Geen mening
7. **Wilt u meer of minder wachten doen dan u nu doet ?**

   Meer – Minder – Het huidig aantal wachten is goed
8. **5. Bent u tevreden over het aantal patiënten die u nu ziet op de wacht ?**

   Ja – Neen – Geen mening
9. **Wilt u meer of minder werk tijdens de wachtdienst ?**

   Meer – Minder – Tevreden nu
10. **Vindt u de huidige wachtdienst rendabel ?**

    Ja – Neen – Geen mening

11. **Tot welke leeftijd moet men volgens u wacht lopen ?**

    Tot 60 jaar – Tot 65 jaar – Zolang men werkt – i.f.v . het aantal collega's

12. **Moet er naar de in de toekomst gezocht worden naar een nieuwe formule voor de wachtdienst?**

    Ja - Neen – Geen mening

13. **Is het wachtgebied vergroten een goed idee ?**

    Ja – Neen – Geen mening

14. **Is het oprichten van een huisartsenwachtpost een goed idee ? (met zittende en rijdende wacht/ professionele telefonische ondersteuning/ shiften van 12u /eventueel chauffeur)**

15. Ja – Neen – Geen mening

16. **Zou je willen meewerken en wachten doen in een huisartsenwachtpost ?**

    Ja – Neen – Geen mening

17. **Wil je financieel bijdragen aan een huisartsenwachtpost ?**

    Ja – Neen – Geen mening

18. **Wat zou de ideale plaats zijn voor een huisartsenwachtpost ?**

……