

die oordeelt dat hij het best meteen naar de wachtpost kan stappen. Trouwens, bij mijn weten overstroomden de wachtposten niet. Zeker niet 's nachts, maar ook meestal niet overdag. Toegegeven, binnen het triagemodel zal er een extra instroom zijn van patiënten die niet meer zomaar naar de spoeddienst kunnen, maar dat is het gevolg van kosten-effectieve zorgorganisatie."

In sommige regio's klaagt men dat patiënten met niet-dringende zorgvragen in het weekend naar de wachtpost komen omdat dat hen beter schikt dan het spreekuur van de huisarts tijdens de gewone werkuren...

JDM: "Ja, maar dat kan men met de 1733 niet oplossen. Via de telefoon is het niet altijd mogelijk om de klacht van de patiënt aan de realiteit af te toetsen. In geval van twijfel zal de operator liever geen risico lopen. Een eerste maatregel om comfortgebruik van de wachtpost te vermijden, is dat de wachtdoende huisarts

er de patiënt op wijst dat zijn zorgvraag kon wachten en behandeld worden door de reguliere huisarts. Daarnaast moeten we met z'n allen een inspanning doen om het zorgsysteem goed te gebruiken. We moeten als zorgverleners onze stem laten horen om de bevolking daarvan bewust te maken. Mensen moeten begrijpen dat het zorgsysteem alleen duurzaam kan zijn als we het goed gebruiken. Dat geldt ook voor de adequate rolverdeling tussen huisartsenwachtpost en spoeddienst (zie **kader** Uitholling van competenties dreigt ook in de niet-planbare zorg.)"

Niet alle spoedartsen zijn even enthousiast over de triage, die een deel van de instroom op de spoeddienst afbuigt naar de huisartsenwachtpost...

JDM: "Ziekenhuizen argumenteren dat hun spoeddienst belangrijke inkomsten genereert die ze liever niet zouden missen. Het klopt dat de spoeddienst een bron van inkomsten is voor een aantal ziekenhuizen. Niet alleen via de rechtstreekse honorering van het spoedeisende werk, maar ook en vooral via follow-up op de polikliniek. De financiering van

de spoeddienst, en bij uitbreiding van het hele ziekenhuis, moet aangepast worden. Men moet afstappen van de financiering per prestatie en evolueren naar een forfaitaire financiering. Tegelijk moet er voldoende geïnvesteerd worden in de ontwikkeling en de omkadering van de huisartsenwachtposten." ■

Dr. Michèle Langendries

Uitholling van competenties dreigt ook in de niet-planbare zorg

"Als patiënten niet worden begeleid naar het zorgniveau dat het meest aangepast is aan hun zorgvraag, ontstaat op alle betrokken zorgniveaus een uitholling van de competenties", zegt Jan De Maeseneer. "De huisarts kan bepaalde urgenties niet meer herkennen, omdat de patiënten rechtstreeks naar de specialist gaan. En de specialist verliest zijn vaardigheden omdat hij te veel tijd besteedt aan gezondheidsproblemen die perfect door de huisarts kunnen worden aangepakt, en te weinig tijd aan meer complexe problemen. In de niet-planbare zorg is dat niet anders. We hebben een paar jaar geleden hier in Gent een onderzoek gedaan bij de huisartsenwachtposten en de spoeddiensten. Wat bleek? De samenstelling van de populatie zelfverwijzers verschilt niet tussen de wachtposten en de spoeddiensten. Als we weten dat wachtposten tot 95% van de zorgvragen bij zelfverwijzers kunnen oplossen, dan is het duidelijk dat de spoeddiensten een groot deel van de tijd bezig zijn met patiënten die eigenlijk op de wachtpost moeten worden behandeld. De echelonnering dringt zich ook hier op, net zoals in de planbare zorg."

trinomia

acetylsalicylzuur 100mg
atorvastatine 20mg
ramipril 2,5/5/10mg

THERABEL 