‘Eerste opvang en triage bij niet-planbare zorg moet aan de huisarts worden toevertrouwd’

Het symposium ‘Medische wereld’ van de Vrije Universiteit Brussel is toe aan zijn zesde editie. Prof. em. Jan De Maeseneer (Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent) zal er deelnemen aan het debat over de niet-planbare zorg. “We moeten de eerste opvang en triage niet toevertrouwen aan een triageverpleegkundige die door het ziekenhuis betaald wordt”, deelt hij alvast zijn visie met *Medi-Sfeer*.

Jan De Maeseneer somt het contacteren van het nummer 1733 op als een geldige optie om de eerste informatie te verschaffen bij een zorgvraag die door de patiënt als ernstig wordt gepercipieerd. De operator kan de patiënt oriënteren naar dringend ziekenvervoer of naar het ‘huisartsniveau’ (de reguliere GMD-houdende huisarts tijdens de gewone werkuren, de huisartsenwachtpost ’s nachts en in het weekend). ’s Nachts en in het weekend kan de patiënt ook rechtstreeks naar een huisartsenwachtpost gaan, die in principe in de buurt (of op de campus) van een ziekenhuis ligt. Op de huisartsenwachtpost vindt dan de fysieke triage plaats. “De fysieke triage moet niet door een triageverpleegkundige van het ziekenhuis (op de spoeddienst) worden uitgevoerd”, betoogt prof. De Maeseneer.

“Het risico bestaat immers dat als het druk is op de spoeddienst, de triageverpleegkundige patiënten naar de wachtpost zal doorverwijzen. Maar als het rustig is op de spoeddienst, zal hij of zij naar de spoeddienst doorverwijzen. Hij/zij wordt immers betaald door het ziekenhuis. Het gaat niet op dat mensen die betaald worden door de tweede lijn beslissingen nemen op de eerste lijn. Dat is je reinste hospitalocentrisme. Laat de triage liever uitvoeren door ofwel de eigen huisarts (overdag), ofwel een huisarts op de wachtpost. Het zijn toch de actoren van de eerste lijn die het best weten wat op de eerste lijn kan behandeld worden? Moeten huisartsen dan maar aanvaarden wat hen toegeschoven wordt? Ze hebben alle redenen om hier hun verantwoordelijkheid op te nemen.”

“We moeten de kwaliteit van een telefonische triage door een niet-arts met enige voorzichtigheid inschatten: de 1733 is eerder oriënterend dan triërend.”

Drie voorwaarden voor toegang tot de spoeddienst

De huisarts van de wachtpost kan de patiënt behandelen en een verslag naar de reguliere huisarts sturen. Ofwel oordeelt de wachtdoende huisarts dat de zorgvraag onder de bevoegdheid van de spoeddienst valt en verwijst hij de patiënt daarnaar door. De spoeddienst kan de patiënt behandelen en hem eventueel hospitaliseren, of hem voor nabehandeling naar de reguliere huisarts terugverwijzen.

Prof. De Maeseneer: “Het zijn toch de actoren van de eerste lijn die het best weten wat op de eerste lijn kan behandeld worden? Moeten huisartsen dan maar aanvaarden wat hen toegeschoven wordt? Ze hebben alle redenen om hier hun verantwoordelijkheid op te nemen.”

Voor Jan De Maeseneer zijn er maar drie situaties die een patiënt toegang verschaffen tot de spoeddienst: hij wordt met dringend ziekenvervoer naar het ziekenhuis gebracht via de 112, hij beschikt over een verwijsbrief van de eigen huisarts of de huisarts van de wachtpost, of hij heeft acuut een ernstig gezondheidsprobleem ontwikkeld en wordt door naasten of omstaanders op straat naar de spoeddienst gebracht. “Dat betekent dat patiënten bijna nooit meer rechtstreeks naar de spoeddienst gaan. De niet-planbare zorg wordt toegediend door de eigen huisarts tijdens de gewone werkuren, en door de huisarts van de wachtpost ’s nachts en in het weekend. Dit is het schema waar we naartoe moeten. We kunnen dat hier in België perfect organiseren: één huisartsenwachtpost per ziekenhuiscampus. Dat zijn er ongeveer 60 voor Vlaanderen. Plus hier en daar een satellietwachtpost, om de noodzakelijke bereikbaarheid te realiseren. Wachtposten kunnen momenteel zelfverwijzers behandelen in 90 tot 95% van de gevallen, met maar 5 à 10% doorverwijzingen naar de spoeddienst. Als zelfverwijzers niet meer rechtstreeks naar de spoeddienst kunnen, zal de fractie doorverwijzingen misschien stijgen tot 15%, maar dan ook niet hoger.” Prof. De Maeseneer geeft ten slotte nòg een implicatie van het triagemodel aan: iedere patiënt moet tijdens de gewone werkuren vlot toegang hebben tot de eigen, GMD-houdende huisarts. Momenteel heeft in Vlaanderen 71% van de inwoners een GMD. “Het moet de ambitie zijn van de eerstelijnszones om dat het cijfer naar bijna 100% te laten stijgen.”

Een huisarts die op de wachtpost alle zelfverwijzers moet triëren, is dat niet belastend?

Jan De Maeseneer: “Dat kan op drukke momenten belastend zijn. Maar door het gebruik van de 1733 zal de bevolking gaandeweg ervaren met welke problematiek men naar de wachtpost kan gaan en welke gezondheidsproblemen kunnen wachten tot de reguliere huisarts opnieuw beschikbaar is. Ik ben er geen voorstander van dat patiënten met een niet-planbare zorgvraag noodzakelijk door de 1733-operator moeten worden getrieerd. We moeten de kwaliteit van een telefonische triage door een niet-arts met enige voorzichtigheid inschatten: de 1733 is eerder oriënterend dan triërend. En ook: we moeten vertrouwen hebben in het gezond verstand van een patiënt

MS12248N

MEDISCHE WERELD
zaterdag 28 april 2018
+ DEBAT GEZONDHEIDSZORG 2018
met Minister Maggie De Block
INSCHRIJVEN
www.medischewereld.be

MS12248N.indd 4 27/03/18 09:26