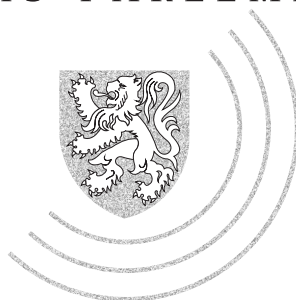


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2004-2005

3 mei 2005

VERZOEKSCHRIFT

over de problematiek van de spoedeisende hulp

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door de dames Trees Merckx-Van Goey en Gerda Van Steenberge**

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: de heer Luc Martens.

Vaste leden:

mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack,
de dames Greet Van Linter, Gerda Van Steenberge;

de heer Tom Dehaene, mevrouw Vera Jans, de heren Luc
Martens, Steven Vanackere;

de heer Marnic De Meulemeester, de dames Margriet
Hermans, Vera Van der Borgh;

de heren Kurt De Loor, Herman Reynders, mevrouw Elke
Roex.

Plaatsvervangers:

de heer Erik Arckens, de dames An Michiels, Monique Moens,
de heer Jurgen Verstrepen, mevrouw Linda Vissers;

de dames Cathy Berx, Kathleen Helsen, Trees

Merckx-Van Goey, Monica Van Kerrebroeck;

mevrouw Patricia Ceysens, de heer Marc Cordeel, mevrouw
Hilde Eeckhout;

de heer Bart Caron, de dames Else De Wachter, Michèle
Hostekint.

Toegevoegde leden:

mevrouw Mieke Vogels;

mevrouw Helga Stevens.

INHOUD

	Blz.
1. Procedure.....	4
2. Inhoud van het verzoekschrift.....	4
3. Bespreking	4
4. Conclusie	4
Bijlage: Antwoord van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, op het verzoekschrift.....	5

DAMES EN HEREN,

1. PROCEDURE

Het verzoekschrift van de heer André-Emile Bogaert van 22 februari 2005 over de problematiek van de spoedeisende hulp, werd ontvankelijk verklaard op 7 maart 2005 en voor verdere behandeling doorverwezen naar de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De commissie besliste op 22 maart 2005 het standpunt van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, te vragen over het verzoekschrift (zie bijlage).

De commissie besprak het verzoekschrift op 26 april 2005.

2. INHOUD VAN HET VERZOEKSCHRIFT

De verzoeker wijst op de problemen in verband met spoedeisende hulp, en inzonderheid de coördinatie tussen huisartsenopvang en de spoeddiensten in de erkende ziekenhuizen.

Hij stelt een grootschalig diepteonderzoek voor naar Nederlands voorbeeld. De resultaten van dat onderzoek zouden dan moeten worden vergeleken met die van vergelijkbare onderzoeken in andere landen, waarna de nodige conclusies moeten worden getrokken.

3. BESPREKING

De *voorzitter* merkt op dat de minister uitgebreid ingaat op de diverse onderdelen van het verzoekschrift, onder meer het Nederlandse onderzoek 'Spoed moet goed'. Zij komt tot de conclusie dat de problematiek zich voornamelijk in de bevoegdheidssfeer van de federale overheidsdiensten situeert en acht het weinig zinvol dat door de Vlaamse Regering, gezien de beperkte budgettaire ruimte, bijkomende initiatieven worden opgezet. Indien onderzoeksresultaten zouden aantonen dat het beleid moet bijgesteld of vernieuwd worden, zal het voornamelijk gaan om beleid waarvoor de federale overheid bevoegd is.

Door de Vlaamse Gemeenschap zullen de resultaten van de lopende projecten en maatregelen, die

vanuit de federale diensten in dit dossier werden genomen, nauwlettend worden gevolgd, aldus nog de minister.

De problematiek, zoals gesteld in voorliggend verzoekschrift, is volgens haar opnieuw een illustratie van het gegeven dat de bevoegdheid inzake gezondheidszorg best zo spoedig mogelijk wordt overgeheveld naar de deelstaten. Enkel indien de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is om maatregelen te nemen op het eigen grondgebied en hiervoor beschikt over de nodige budgetten, kunnen eigen initiatieven worden genomen ter algemene optimalisatie van de Vlaamse gezondheidszorg, inclusief de dringende medische hulpverlening.

4. CONCLUSIE

De commissie beslist unaniem het standpunt van de minister (zie bijlage) te beschouwen als conclusie bij het verzoekschrift.

De verslaggevers,

Trees MERCKX-VAN GOEY
Gerda VAN STEENBERGE

De voorzitter

Luc MARTENS

BIJLAGE

Antwoord van mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin, op het verzoekschrift

VLAAMSE REGERING

DE VLAAMSE MINISTER VAN WELZIJN VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Parlementair verzoekschrift van de heer André-Emiel Bogaert over de problematiek van de spoedeisende hulp

De heer Bogaert stelt dat de gemeenschappen een vrij verregaande bevoegdheid hebben inzake preventief beleid en coördinatie van spoedeisende hulp op het eigen grondgebied. Dringende medische hulpverlening – het woord zegt het zelf – is geen gezondheidspromotie, noch ziektepreventie. Verder beperkt de bevoegdheid van de gemeenschappen in de spoedeisende hulp zich tot het verlenen van de erkenning van de spoed- en MUG-diensten, binnen de muren van het ziekenhuis. Deze diensten zijn slechts een schakel in de volledige keten van de spoedeisende medische hulpverlening. Een eventuele programmatie van spoeddiensten en de uitvaardiging van erkenningnormen zijn federale bevoegdheden. De Vlaamse overheid kan aanvullende normen uitvaardigen. De MUG's dienen bovendien van de federale overheid een werkingszone binnen de 100 toegewezen te krijgen, en het systeem van de 100 is exclusief federale bevoegdheid (inclusief uitrusting en bemanning van ambulances, werking van oproepcentra...). De financiering van spoeddiensten en MUG zijn eveneens federale bevoegdheden; zo zijn de regels, door de federale minister opgelegd, die in bepaalde gevallen de ziekenhuizen verplichten een financiële bijdrage te eisen van de patiënt, herhaaldelijk in de media besproken en het in het federale parlement hangende wetsontwerp van minister Demotte bevat ook voorstellen over deze topic.

Zoals in andere landen stellen zich ook in België heel wat vragen over de juiste taakafbakening tussen spoeddiensten in ziekenhuizen enerzijds en wachtdiensten van huisartsen anderzijds. Wat dit laatste betreft, is alle reglementering terzake tot nog toe volledig federaal: vb. erkenning van huisartsenkringen die de wachtdiensten organiseren en ervoor een financiering zullen krijgen. Voor het uitvaardigen van deze regelgeving beroept de federale overheid zich op haar bevoegdheid inzake uitoefening van de geneeskunde. Op federaal niveau dienen de zorgzones, uitgetekend voor operationalisering van huisartsenwachtdiensten, nog in overeenstemming gebracht te worden met de zorgzones van de GDT (Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging – eveneens federale regelgeving). In het Vlaams eerstelijnsdecreet (decreet van 3 maart 2004, B.S. 20.4.2004) is een decretale basis ingeschreven om op termijn te kunnen komen tot een permanentieregeling van eerstelijnswerkers, op mekaar afgestemd en multidisciplinair waar nodig.

De Vlaamse Gemeenschap heeft, binnen haar bevoegdheid inzake erkenning van spoeddiensten en MUG, reeds in 2003 een uitgebreid onderzoek gevoerd. Door inspecteurs van de afdeling verzorgingsvoorzieningen werden, op onaangekondigde basis en buiten kantooruren ('s nachts en in de weekends) een belangrijk aantal Vlaamse ziekenhuizen bezocht. Tijdens de bezoeken werd nagegaan in hoeverre deze diensten beantwoorden aan de wettelijke normen en in welke mate beantwoord werd aan een kwalitatieve organisatie.

De bevindingen van deze horizontale doorlichting werden gebundeld in het rapport 'Monitoring van de functie mobiele urgentiegroep en de functie gespecialiseerde

spoedgevallenzorg in Vlaanderen'. Uit de studie blijkt dat de Vlaamse spoeddiensten en MUG-diensten een kwalitatief hoogstaande zorg kunnen bieden. Aan het merendeel van de wettelijke normen, zoals onder meer de personeelsomkadering, wordt voldaan. In het rapport werden een aantal aandachtspunten, opgedeeld in ziekenhuisspecifieke en sectorbrede, als conclusie opgenomen. Het rapport werd aan de sector overgemaakt in december 2004. Gelijktijdig werd, door de Vlaamse minister van Volksgezondheid, het rapport overgemaakt aan de federale minister van Volksgezondheid, met de vraag tot dialoog inzake de sectorbrede aandachtspunten. Tot op heden is er vanwege minister Demotte geen reactie gekomen.

Uit de beperkte onderzoeken in Vlaanderen, maar ook uit de door verzoeker aangehaalde Nederlandse studies blijkt nu net dat het uitstekend functioneren van de spoeddiensten, de voornaamste reden is om zich tot een spoeddienst te wenden, eerder dan een arts in eerste lijn te consulteren. De problemen die in het verzoekschrift worden opgesomd, vragen dus vooral initiatieven in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Tot slot wordt opgemerkt dat alle initiatieven inzake dringende medische hulpverlening, die door de federale overheid worden genomen, door de Vlaamse Gemeenschap nauwlettend worden gevolgd. Zo worden de resultaten afgewacht van de maatregelen die door minister Demotte werden genomen teneinde de wachtdiensten van de huisartsen beter uit te bouwen en te voorzien van een telefooncentrale, de koppeling tussen oproepcentra en huisartsenwachtdiensten, proefprojecten van huisartsenwachtposten en de verwerking van de data uit de MKG-registratie inzake de activiteiten op de spoeddiensten. De Vlaamse Gemeenschap zal niet nalaten te reageren i.g.v. verkeerde en/of het uitblijven van beslissingen en/of maatregelen. Zo werd in het verleden door de Vlaamse Gemeenschap ook onmiddellijk gereageerd op de intentie van minister Demotte om de personeelsnormen van de kritieke diensten te versoepelen.

Nederlandse studies inzake spoedeisende hulpverlening

In het verzoekschrift wordt verwezen naar “een onderzoek dat recent in Nederland – eens te meer onze Noorderburen – is gebeurd en waarvan de resultaten zeker niet onbelangrijk zijn”.

1. Vermoedelijk betreft dit een onderzoek getiteld ‘Spoed moet goed’¹, gepubliceerd op 05 januari 2005.

Het (vertrouwelijk) rapport geeft de bevindingen weer van kwantitatief onderzoek naar de ervaringen en wensen van patiënten en zorgverleners omtrent de organisatie van de spoedeisende zorg door huisartsen en spoedeisende afdelingen van ziekenhuizen. De focus ligt daarbij op de keuze die patiënten maken voor de ene dan wel de andere spoedeisende dienst, en de beschikbaarheid van medische informatie aldaar. Het rapport beperkt zich tot de verleende zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten.

Het onderzoek werd gevoerd in december 2004 door TNS NIPO Healthcare, in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). De onderzoekspopulatie betreft patiënten, personeel van spoeddiensten, personeel van huisartsenposten en ziekenwagenvoerers, samen 1402 personen.

¹ Rapport ‘Spoed moet goed’ – een onderzoek naar de spoedeisende zorg – Henk Foekema en Carolien Hendrix – B-8542 / 5 januari 2005 – Onderzoek TNS NIPO in opdracht van NPCF

Uit het onderzoek blijkt dat heel wat patiënten de verkeerde keuze maken: ofwel zich onterecht aanbieden bij de huisarts, ofwel zich onterecht wenden tot de spoed. De inschatting welke bezoeken hetzij bij huisarts, hetzij op spoed, onterecht waren, verschilt echter naargelang de vraag gesteld wordt aan de patiënten zelf, aan de huisarts of aan de urgentiearts op spoed. Optimale triage zal, zo stelt het rapport, altijd een utopie blijven, omdat een arts een patiënt soms eerst zal moeten zien teneinde een goede inschatting te kunnen maken.

Voor de Nederlandse huisartsen pleiten voor het lokaliseren van de huisartsenwachtpost op de spoeddienst zelf. Vanuit de kant van de patiënt wordt gewezen op een onderbezetting van de spoeddiensten, waardoor lange wachttijden zouden ontstaan. Dit onderzoek bevestigt tenslotte de noodzaak om patiëntengegevens beschikbaar te hebben bij de spoedeisende zorgverlening. De meerkost ingevolge extra onderzoek en handelingen omwille van het ontbreken van informatie, wordt geschat op ruim € 36.000.000.

Het rapport werd door de NPCF overgemaakt aan de Nederlandse minister van Volksgezondheid met de vraag verder onderzoek te doen en een regeling uit te werken waarin voor alle Nederlanders de spoedzorg goed bereikbaar is. Uit het rapport blijkt alleszins dat het voor veel mensen niet duidelijk is waar zij met welke klachten heen moeten, en ook in Vlaanderen is dit voor de meeste mensen onduidelijk.

2. Nederlandse spoeddiensten – onderzoek inspectie

Net zoals gebeurd is in Vlaanderen in 2003, werd door de Nederlandse inspectiediensten in 2004 een horizontale doorlichting gedaan van de spoeddiensten in ziekenhuizen. De bevindingen werden weergegeven in een rapport² en, net zoals gebeurd is in Vlaanderen, voor verder gevolg overgemaakt aan de Nederlandse minister van Volksgezondheid. De bevindingen zijn niet rooskleurig. Eén van de voorstellen tot verbetering is dat alle spoeddiensten een directe deskundigheid van medisch en verpleegkundig personeel zouden moeten waarborgen. Nederlandse ziekenhuizen voldoen vaak niet aan de norm dat op een afdeling spoedeisende hulp tenminste 24 op 24 uur een arts moet beschikbaar zijn met voldoende deskundigheid en ten minste twee jaar ziekenhuiservaring.

De monitoring van spoeddiensten door de Vlaamse administratie, hoger aangehaald, toont aan dat alle Vlaamse spoeddiensten op vlak van beschikbare deskundigheid voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

3. Integratie van huisartsenwachtpost in spoeddiensten?

Verzoeker stelt dat een huisartsenwachtpost zich best zou lokaliseren in de spoeddienst zelf ('voorportaal'). Echter, in een andere studie die hieromtrent in Nederland werd gevoerd, worden belangrijke voorwaarden en knelpunten geformuleerd, waardoor de haalbaarheid van deze geïntegreerde lokalisatie niet voor de hand ligt.

² Rapport 'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed is niet overal goed' – staatstoezicht op de Volksgezondheid – Inspectie voor de gezondheidszorg – Den Haag, september 2004

In dit onderzoek, getiteld ‘Samenwerking, Samenhang, Integratie huisartsenpost en spoedeisende hulp’³ wordt gepeild naar de mogelijkheden van verregaande samenwerking in de acute zorg en de gevolgen voor de dienstverlening en doelmatigheid ervan.

Het onderzoek werd gevoerd in 2004 door Plexus Medical Group, een Nederlands adviesbureau in de gezondheidszorg. Voor dit onderzoek werden in de vier regio’s waar verregaande samenwerking tussen eerste en tweede lijnszorg bestaat, de spoeddiensten, de huisartsen en de zorgverzekeraars bevraagd.

Als eindbeschouwingen werden geformuleerd:

het model (nl. huisarts op dezelfde plaats als spoed) veronderstelt dat huisartsen en ziekenhuizen niet meer behandeld worden als autonome en onafhankelijke organisaties, maar de gemeenschappelijke doelstelling moet in de regelgeving (inclusief de financiering!) benadrukt worden;

er is twijfel omtrent de doelmatigheidswinst: voor de patiënt zouden er weinig of geen voordelen zijn (in vergelijking met een model waar de huisartsenwachtpost op een andere plaats dan de spoed gelokaliseerd is);

ook de haalbaarheid is niet zeker: weerstand bij veel huisartsen, verschillen in zorgcultuur, huidige financiële regels enzovoort...

Open vraag: indien de huisarts zijn lokaal heeft bij de spoed, zal het voorschrijfgedrag dan niet opschuiven in de richting van de tweedelijns geneeskunde (‘ik heb hier toch alle infrastructuur bij de hand, ik vraag dadelijk ook wat meer medisch-technische onderzoeken’)?

Conclusie

De problematiek zoals vermeld in het verzoekschrift situeert zich voornamelijk in de bevoegdheidssfeer van de federale overheidsdiensten. Het is weinig zinvol dat door de Vlaamse Regering – gezien de beperkte budgetten die beschikbaar zijn – bijkomende initiatieven worden opgezet. Indien onderzoeksresultaten zouden aantonen dat het beleid moet bijgestuurd of vernieuwd worden, zal het voornamelijk gaan om beleid waarvoor de federale overheid bevoegd is.

Door de Vlaamse Gemeenschap zullen de resultaten van de lopende projecten en maatregelen, die vanuit de federale diensten in dit dossier werden genomen, nauwlettend worden gevolgd.

De problematiek, zoals gesteld in voorliggend verzoekschrift, is opnieuw een illustratie van het gegeven dat de bevoegdheid inzake gezondheidszorg in België best zo spoedig mogelijk wordt overgeheveld naar de deelstaten. De weinig systematische bevoegdheidsverdeling inzake eerstelijnszorg, huisartsen, 100, MUG, ziekenhuisspoeddienst verhindert een coherent, globaal beleid door om het even welke overheid. Enkel indien de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is om maatregelen te nemen op het eigen grondgebied en hiervoor beschikt over de nodige budgetten, kunnen eigen initiatieven worden genomen ter algemene optimalisatie van de Vlaamse gezondheidszorg, inclusief de dringende medische hulpverlening.

³ Rapportdeel 3 ‘Samenwerking, Samenhang, Integratie Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp’ – Plexus Medical Group – Amsterdam, 29 maart 2004