

Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde – Begeleiden van een patiënt met een ambulance

Doc	a123011
Publicatiedatum	06/12/2008
Origine	NR
	Dienst 100
Thema's	Huisarts
	Wachtdiensten

Inzake de huishoudelijke reglementen van de wachtdiensten in de huisartsgeneeskunde die ter goedkeuring aan de provinciale raad dienen te worden voorgelegd, rijst o.m. het probleem van het begeleiden van een patiënt met een ambulance door de huisarts van wacht buiten het wachtdienstgebied.

Op deze door een senator voorgelegde vraag antwoordde mevrouw L. Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat er wettelijk geen enkel bezwaar bestaat tegen het feit dat de arts zijn wachtgebied verlaat. De patiënt die dringend hulp nodig heeft, kan zich desgevallend wenden tot de Dienst 100. Op deontologisch gebied meent de minister dat “in alle gevallen de vastgestelde urgentie primeert op de mogelijke urgentie”.

Volgens een provinciale raad heeft een huisarts echter niet de nodige opleiding en routine om de patiënt samen met het Paramedisch Interventie Team (PIT) te stabiliseren en dient de tussenkomst van de wachtdoende arts in dit geval enkel om de aansprakelijkheid van het verpleegkundig personeel van de PIT te dekken. Wat het deontologisch argument van de minister betreft meent deze provinciale raad dat de arts zelf dient te oordelen of zijn aanwezigheid in de ambulance noodzakelijk is. De provinciale raad legt het probleem aan de Nationale Raad voor.

Advies van de Nationale Raad :

De Nationale Raad heeft in zijn vergadering van 6 december 2008 uw vragen besproken.

Het is een algemene wettelijke en deontologische plicht dat elke geneesheer medische hulp biedt – indien gevraagd door een patiënt of nabestaanden en/of opgevorderd door de overheid – aan elke patiënt die dringende medische zorg nodig heeft.

Specifiek binnen het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening via het eenvormig oproepstelsel (“100”) bestaat een duidelijk wettelijk kader⁽¹⁾ met de reële mogelijkheid om elke geneesheer op te vorderen, en in het bijzonder ook de huisarts van wacht⁽²⁾.

In een aantal regio’s beschikt men immers niet over een Mobiele urgentiegroep (MUG⁽³⁾) met een arts gespecialiseerd in de urgentiegeneeskunde doch enkel met een verpleegkundige gespecialiseerd in de urgentiegeneeskunde aan boord, het Paramedisch Interventie Team (PIT).

In de voorliggende casuïstiek wordt de huisarts van wacht niet enkel opgevorderd – via

100-dispatcher en het PIT – voor toediening van de (eerste) medische zorg, doch wordt blijikbaar ook vereist dat die geneesheer de patiënt eveneens begeleidt met de ambulance tot een ziekenhuis met een gespecialiseerde spoedgevallendienst(4) (DGS); daarbij dient de huisarts van wacht soms het eigen wachtdienstgebied over een grote afstand te verlaten, en is hij/zij ook de facto totaal niet meer beschikbaar voor die wachtdienst.

Het inschakelen van de huisarts van wacht in de dringende geneeskundige hulpverlening behoort – voorwaardelijk – tot de wettelijke, deontologische en praktische mogelijkheden.

Niet in het minst dienen dergelijke specifieke modaliteiten opgenomen te worden in het Huishoudelijk Reglement van de Wachtdienst (HRW) van de huisartsenkring, reglement dat ter nazicht en goedkeuring wordt voorgelegd aan de Provinciale Raad Orde (PRO) en de Provinciaal Geneeskundige Commissie (PGC).

Dat houdt in dat – wettelijk bepaald – de organiserende huisartsenkring(5) over die praktische modaliteiten duidelijk voorafgaande afspraken heeft gemaakt (of kan maken), voorzien in een protocol(6), met alle andere betrokken partijen: de ziekenhuizen met gespecialiseerde spoedgevallendienst (DGS) en MUG/PIT; de dienst “100”; de Commissie DGH (Dringende Geneeskundige Hulpverlening - provinciaal).

Bijzondere aandacht moet daarbij besteed worden **aan de volgende wrijvingspunten** :

de territorialiteit van enerzijds de “interventiezone” van de DGH via de MUG/PIT en anderzijds van de “huisartsenzone” van de wachtdienst van huisartsen, is verschillend en niet steeds overlappend; nochtans bepaalt dit de exclusieve actieradius van beide.

de beschikbaarheid 24/24 uur en 7/7 dagen is voor de wachtdienst van huisartsen nog niet gegarandeerd, noch is dit algemeen ingevoerd; dit schept reële beperkingen in de praktische haalbaarheid van de inschakeling van de huisarts van wacht in een systeem van dringende geneeskundige hulpverlening (o.a. het PIT).

de huisarts van wacht moet “permanent beschikbaar” zijn voor zijn specifieke taak, “binnen de huisartsenzone van de wachtdienst” en “gedurende de ganse periode” dat de wachtdienst functioneert; de meeste HRW’s bepalen dan ook expliciet dat de huisarts van wacht dit gebied niet mag verlaten, juist wegens het risico van onbeschikbaarheid binnen de eigen huisartsenzone van de wachtdienst bij een nieuwe oproep, waarvan de ernst/dringendheid a priori niet kan vermoed noch genegeerd worden.

de normale werking van een dergelijke “ingeschakelde” wachtdienst wordt dermate gecompromitteerd binnen de geschetste context, dat de PGC ernstig de “behoeften” daarvan zal moeten nazien op “tekortkomingen” en “ontoereikendheid” (KB nr. 78, art. 9, § 2), en dit in overleg met en de medewerking van die organiserende huisartsenkring.

de huisarts van wacht heeft een specifieke opdracht : de “normale en regelmatige zorgverlening, ten huize”; dringende oproepen behoren ook tot die dienstverlening, doch zijn eerder uitzonderlijk; de systematische inschakeling binnen een systeem van dringende hulpverlening is derhalve niet zo evident, gezien er qua tijdsbesteding en workload een conflictsituatie kan/zal ontstaan met de feitelijke wettelijke opdracht. Dit heeft een bepalende invloed op de kwantitatieve samenstelling van de beurtrol van de wachtdienst, en dus het effectief aantal huisartsen dat moet deelnemen om die zorg kwalitatief te kunnen blijven verzekeren.

de wetenschappelijke/medische competentie van de huisarts op het gebied van de dringende geneeskundige hulp is beperkt, en is zeker niet vergelijkbaar met die van de geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde(7); de huisarts kan dus geen surrogaat zijn (in het PIT-project) voor de geneesheer-specialist (in de MUG(8)) in die materie.

de dringende medische hulpverlening via de MUG (maar ook de PIT) heeft toch als voornaamste doel de dringende eerste medische zorgen in loco toe te dienen en zo de patiënt te stabiliseren; pas als dit voldoende gelukt is kan het transport per ambulance naar het ziekenhuis overwogen worden; in het andere geval is de pathologie in die mate ernstig dat meer gespecialiseerde hulp in loco zich opdringt, zodat alsnog een geneesheer-specialist in de urgentiegeneeskunde ter plaatse komt; dit moet kunnen op vraag van de huisarts van wacht die de medische situatie niet onder controle krijgt en dus die gespecialiseerde hulp vraagt (zoals dit in de courante dagelijkse praktijk ook gebeurt bij de vraag naar de MUG).

het begeleiden van een patiënt per ambulance door de erkende huisarts is mogelijk (en voorzien in de RIZIV-nomenclatuur) doch hier geldt het normaliter "vrijwillig", louter voor de eigen patiënten en buiten de wachtdienst; enkel de huisarts kan oordelen of een medische begeleiding van de patiënt noodzakelijk is. Derhalve kan dit niet zo maar opgelegd worden: noch door de dienst "100", noch door de (gespecialiseerde) verpleegkundige of de ambulancier die geen enkele medische/hiërarchische autoriteit op de huisarts hebben, aangezien die huisarts juist voor de eigen medische competentie - autonoom als geneesheer - ter hulp wordt geroepen.

de bevolking moet op een correcte manier ingelicht worden over de mogelijkheden en de beperkingen van dringende geneeskundige hulpverlening; het is een opdracht van de organiserende huisartsenkring wat betreft de wachtdienstwerking.

De Nationale Raad is derhalve van oordeel dat de huisarts het wachtdienstgebied van de huisartsenzone in de regel niet mag verlaten en dus de patiënt niet kan begeleiden met de ziekenwagen, tenzij aan de geschetste voorwaarden wordt voldaan.

- (1) 8 juli 1964. - Wet betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, art. 4.
- (2) 2 april 1965. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, art. 6quinquies.
- (3) 10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.
- (4) 27 april 1998. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.
- (5) 8 juli 2002. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen.
- (6) 10 augustus 1998 - Koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot oprichting van de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, art. 4.
- (7) 27 april 1998. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

(8) 10 augustus 1998. - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend.