

MELDING VAN DE MEDISCHE PERMANENTIE AAN DE TERRITORIAAL BEVOEGDE PGC

Wat moet zeker gemeld worden

1. Naam en voornaam (en RIZIV-nummer) van de huisarts op de wachtrol zodat een eenduidige identificatie mogelijk is voor de PGC
2. GSM-nummer waarop de huisarts van wacht kan bereikt worden voor het geval dat het centraal wachtnummer uitvalt.
3. Het melden van wijzigingen wordt best afgesproken met de PGC. De procedure moet zodanig zijn dat de PGC steeds kan terugvinden wie wanneer (en met welke functie) van wacht was.

Waaraan moet een wachtrol voldoen

1. Er moeten voldoende huisartsen op staan. Het absolute minimum aan huisartsen van wacht is bepaald op 1/100.000 tussen 08:00 en 23:00 uur en 1/300.000 tussen 23:00 en 08:00 uur. De PGC bepaalt daarboven de behoefte en het si met de aantallen van de PGC dat de kring rekening moet houden.
2. De wachturen zijn sinds 10/05 tussen 18:00 en 08:00 uur. Wanneer deze uren zouden wijzigen, zullen kringen hiervan ingelicht worden. De aanpassing van de wachturen heeft tot op heden niet geleid tot een aanpassing van de nomenclatuur terzake.
3. Wanneer een kring het wachtgebied wil wijzigen, moet hiervan de PGC om advies gevraagd worden, omdat het in dat geval mogelijk is dat de behoefte aan massa medische permanentie wijzigt door vergroting of verkleining van het wachtgebied

Organisatie van de kring

Er moet een interne organisatie van de kring zijn zodat een onderzoek mogelijk is (cfr.bijdrage van dr. Matthijs). Dit impliceert een aantal zaken :

1. De kring neemt de interne organisatie van de procedure over medische permanentie op in het huishoudelijk reglement zodat elke huisarts perfect op de hoogte is van de procedure. Deze procedure omvat een beroepsmogelijkheid voor de huisarts.
2. De instelling van een bemiddelings- en een geschillencommissie vraagt een belangrijke inspanning van een kring. Gegeven de generieke benadering van kringen, hebben kleinere kringen er alle belang bij om dit boven het niveau van de kring (dus met meerdere kringen samen) te organiseren. Ook voor grote kringen kan dit voordelig zijn, omdat zo de eventuele lokale verwevenheden uit de discussie gehaald worden ten voordele van een objectieve beslissing.

Praktische problemen en het niveau van oplossing

1. Algemeen : wie is bevoegd voor wat in de medische permanentie
 - a. De kring is bevoegd voor het opstellen van de wachtrol van de medische permanentie. De wetgeving was federaal en is sinds 1/7/14 gemeenschappen en gewesten.

- b. De PGC is bevoegd om te bepalen hoe groot de wachtrol moet zijn (behoefte aan wachtdienst) en ziet erop toe dat er voldoende huisartsen van wacht zijn. Als dat niet het geval is, kan een wachtrol opgelegd worden waarna alle huisartsen gevorderd. Wie wacht doet is niet van belang, als het er maar voldoende zijn
- c. De Orde ziet erop toe dat elke huisarts loyaal deelneemt aan de medische permanentie
- d. De erkenningscommissie moet zich buigen over de vraag of een erkenning van een huisarts ingetrokken wordt als hij of zij weigert wacht te lopen.

2. Praktische vragen

Probleem	Oplossing
Een huisarts weigert medische permanentie uit te voeren	Stap 1 : interne regeling in de kring (is het HR aangepast ??) Stap 2 : doorverwijzen van de huisarts - Naar de <u>ORDE DER GENEESHEREN</u> omdat zij bevoegd zijn voor deontologische aspecten - Naar de <u>PGC</u> omdat zij sinds kort de “kamer van beroep” zijn (uitspraak Hof van Cassatie). De PGC zal zich buigen over de vraag en desgewenst verder sturen naar Parket, Orde, RIZIV of erkenningscommissie. Meestal wordt een RIZIV-profiel gevraagd van een arts, waardoor het RIZIV tegelijk een onderzoek naar deze arts doet.
Een huisarts vraagt een uitzondering op de deelname aan de medische permanentie	
Vrijstelling op basis van leeftijd	Stap 1 : regeling binnen de kring. Het is raadzaam meerdere mogelijkheden te hebben, bijvoorbeeld - Volledige vrijstelling - Vrijstelling van het doen van huisbezoeken - Vrijstelling van het doen van nachtelijke medische permanentie (minimaal 23:00-08:00 of ruimere uren) Stap 2 : doorsturen van het probleem naar de PGC. De sleutel voor de PGC is het activiteitenprofiel van de huisarts. Wanneer deze een fulltime praktijk aankan, kan deze ook een wachtregeling aan
Vrijstelling op basis van een medisch dossier (al dan niet tijdelijk)	Stap 1 : regeling binnen de kring. In principe gaat het over een tijdelijke situatie) Stap 2 : doorsturen van het probleem naar de PGC. De sleutel voor de PGC is het activiteitenprofiel van de huisarts. Wanneer deze een fulltime praktijk aankan, kan deze ook een wachtregeling aan. Indien de huisarts claimt definitief geen medische permanentie te kunnen doen om medische redenen, kan de PGC zich hierover buigen (onderzoek naar het behoud

	van het visum, het zou dus kunnen dat de huisarts in dat geval niet meer in staat is de geneeskunde uit te oefenen en dat kan ouden tot de intrekking van het visum) Opmerking : de huisarts die steeds plots ziek is bij een wachtbeurt kan voor veel problemen zorgen omdat de organisatie van de medische permanentie ernstig verstoord wordt. De beste manier om hieraan te antwoorden is de volgende : - Arts zelf naar Orde sturen (collegialiteit van gedrag) - Vragen aan Orde om na te gaan of de arts die het attest maakt zich schuldig maakte aan het schrijven van een welwillendheidsattest (en doorsturen naar het Parket met klacht voor valsheid in geschrifte indien dit het geval is) - Dossier doorsturen naar PGC
Partiële vrijstelling voor een huisarts die partieel werkt	De partiële tewerkstelling is een keuze. De medische permanentie is een opdracht vanwege de overheid waar geen partiële tewerkstelling voorzien is. Een partiële medische permanentie is dus niet mogelijk. Wanneer de partiële tewerkstelling wegens ziekte of sociale redenen is, kan de huisarts wel vrijstelling vragen om medische of sociale redenen
Vrijstelling om sociale redenen	Stap 1 : regeling binnen de kring. Stap 2 : doorsturen van het probleem naar de PGC Een vrijstelling op basis van een sociaal probleem (bv. alleenstaande ouder met kleine kinderen, partner met kanker, gehandicaptenzorg of ouderenzorg, ...) moet individueel en geval per geval onderzocht worden

Delegeren van handelingen

Een specifiek element is de vraag aan wie moet doorverwezen worden. Hoewel dit met de overheid moet besproken worden, zijn er ook nu reeds systemen van doorverwijzen en/of hulp. Soms wordt ook doorverwezen naar personen die dit wettelijk niet mag doen.

- Een huisarts mag alleen handelingen delegeren naar een verpleegkundig beroep (een verpleegkundige, een zorgkundige of een hulpverlener-ambulancier (ingeschakeld in een 100-ambulancedienst)) of een paramedicus. Wanneer mogelijk moet het doorschuiven van handelingen geschreven worden
- Een persoon met een verpleegkundig beroep of een paramedicus mag alleen die taken uitvoeren die hij of zijn wettelijk mag uitvoeren en/of waarvan hij of zij kan bewijzen dat hij of zij de handeling beheerst.
- Uitzondering is de eenmalige dringende interventie waar hulp gevraagd wordt aan degene die toevallig in de buurt is.

Opmerking : meten van medische permanentie

Het is raadzaam dat de kring een goede meting heeft van de medische permanentie en regels om te kunnen doorverwijzen. Handige regels kunnen de volgende zijn

- Zeer dringend : wanneer de huisarts niet binnen de 30 minuten bij de patiënt geraakt, moet de oproep doorgegeven worden aan het HC100 (tenzij deze van het HC100 komt)
- 99% van de aanvragen moeten dezelfde dag uitgevoerd worden en de huisbezoeken moeten in 66% binnen de 5 uur uitgevoerd worden
- Wanneer deze cijfers niet gehaald worden, moet het aantal artsen van wacht verhogen, wanneer deze cijfers wel gehaald worden, moet bekeken worden of er niet teveel artsen simultaan van wacht zijn
- De huisartsen moeten bepalen wat ze wel doen en wat ze niet doen en dit ondubbelzinnig vastleggen in het generieke HR

OPMERKING : DE HUSIARTS EN DE OVERHEID, LOS VAN DE MEDISCHE PERMANENTIE

De overheid is meer dan de medische permanentie. Daarom nog enkele vragen en antwoorden die bij huisartsen leven en/of die naar voor kwam

Probleem	Oplossing
Het HC100 vraagt een huisarts om naar een patiënt te gaan	De vraag van het HC100 is een VORDERING. Er moet dus gehoor aan gegeven worden, tenzij de huisartsen kan aantonen dat hij of zij andere medisch dringender activiteiten heeft
De huisarts wil een patiënt naar een specifiek ziekenhuis sturen	Als het 100-systeem geactiveerd wordt, is er een notie dringend en wordt de patiënt naar de dichtstbijzijnde 100-erkende spoedgevallendienst gebracht. Dit is de wet, dus de huisarts kan niet een andere spoedgevallendienst aanwijzen TENZIJ - De andere spoed erkend is binnen het 100-systeem EN - De afwijking < 10 minuten extra rijden is, te rekenen vanaf de patiënt EN - De patiënt een medisch dossier heeft in het andere ziekenhuis EN - Dat dossier noodzakelijk is voor zijn of haar behandeling - De huisarts moet dat attesteren, maar mag dat op voorhand attesteren
De huisarts vind de MUG niet nodig, de hulpverlener-ambulancier vindt van wel	Wanneer de ambulance een MUG vraagt en de aanwezige huisarts niet, is het voor de huisarts raadzaam hier toch op in te gaan omdat de hulpverlener-ambulancier geen geneeskundige handelingen mag stellen. De huisarts is daarenboven verantwoordelijk wanneer de MUG wel gevraagd wordt maar de huisarts dit weigert.
De huisarts vraagt de MUG, en het HC100 vraagt waarom	Wanneer een huisarts een MUG vraagt, wordt deze gestuurd. De aangestelde (degene die de telefoon aanneemt) zal niettemin vragen waarom, zodat de info aan de aankomende MUG kan doorgegeven worden