Informele telefonische triage: hoe presteren secretaresses op huisartsenwachtposten in België wat betreft inschatting van de urgentie aan de telefoon?

Jonathan Van Bergen, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Roy Remmen, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2
Inleiding 3
Abstract 4
Manuscript 5
- Inleiding 5
- Materiaal en methoden 7
  - Studieregio en omstandigheden 7
  - Gegevensverzameling 7
  - Analyse 7
  - Toestemming van de Ethische commissie 7
- Resultaten 8
  - Contacten 8
  - Urgentiegraden 8
  - Aanmeldingsklacht 8
- Bespreking 9
  - Urgentiegraden 9
  - Aanmeldingsklacht 9
  - Sterktes en zwaktes 10
  - Implicaties voor de dagelijkse praktijk 10
- Besluit 12

Referenties 13
Bijlagen 15
- Box 1 15
- Tabel 1 16
- Tabel 2 17
- Box 2 18

Poster 19
Dankwoord 20

Inleiding

Huisartsenwachtposten bedienen momenteel zo'n 20% van de bevolking in Vlaanderen. Die patiënten komen in contact met de huisarts van wacht door contact op de nemen met de huisartsenwachtpost waar ze in de regel de secretaresse aan de lijn krijgen. Dit betekent dat er een nieuwe actor geïntroduceerd werd in de huisartsenwachtdienst in België, naast de huisarts.
Dit feit is voor mij de reden waarom ik heb gekozen voor dit onderwerp: het behelst een domein dat exemplarisch is voor de omwentelingen in de Belgische huisartsgeneeskunde, namelijk de introductie van praktijkondersteunend personeel. En ondanks de beperkte en vooral administratieve taken van deze secretaresses, geven ze aan dat die veranderingen ook optreden in 'the hearts and minds' van huisartsen in het veld.

De beweging om huisartsenwachtposten op te richten in het hele land is geheel gestart vanuit de huisartsen zelf die beslisten om nieuwe structuren te implementeren als antwoord op de problemen waarmee die zij geconfronteerd werden. Vaak werd naar het buitenland gekeken voor een model van meer grootschalige huisartsenwachtposten. Nederland fungeert frequent als voorbeeld door de kleine taalbarrière voor Vlamingen en doordat de evoluties ruwweg 10 jaar voorlopen op de evoluties in België: zo werd in België de eerste huisartsenwachtpost op gericht in Deurne-Borgerhout in 2003, in Nederland werd de eerste huisartsenpost in 1993 opgericht.
Een aantal zaken uit het Nederlandse model werden inderdaad overgenomen: huisartsen van wacht roteren wachtdiensten op de wachtpost die op een vaste locatie gelegen is, er is praktijkondersteunend personeel ter beschikking onder de vorm van een secretaresse en een chauffeur.
Er zijn echter ook een aantal belangrijke verschillen te bemerken: het praktijkondersteunend personeel heeft in België geen paramedische achtergrond of opleiding en zeker geen medische functieprofiel. Mede hierdoor kan er geen triage plaatsvinden.

Met deze scriptie hoop ik mee te timmeren aan de weg van de introductie van goed opgeleid praktijkondersteunend personeel in de Belgische huisartsgeneeskunde. Ik hoop dat het aantoont dat er een doorstart moet zijn van de huisartsenwachtposten: momenteel hebben we op een heel aantal plaatsen de infrastructuur al op poten, nu moet de taakdelegatie aangepakt en doorgedreven worden. Enkel zo zullen we het hoofd kunnen bieden aan de toekomstige uitdagingen voor out-of-hours primary care.

Ik heb voor dit onderzoek de kans gehad om mijn opleiding huisartsgeneeskunde halftijds te combineren met onderzoek op het centrum voor huisartsgeneeskunde (CHA) van de Universiteit Antwerpen. Op die manier heb ik ook de kans gekregen het uitvoerig voor te bereiden en de resultaten te communiceren: deze Manamascriptie bevat naast de draft tekst die aanvaard werd voor publicatie in Huisarts Nu, ook nog de poster (p. 19) die ik mocht voorstellen op het 75ste EGPRN congres in Antwerpen van 18 tot 20 oktober 2012 en waarvoor ik de poster prijs in ontvangst mocht nemen. De tekst wordt nog herwerkt voor publicatie in een internationaal tijdschrift.

Jonathan Van Bergen

Abstract

'Allo Allo!' Informele telefonische triage: hoe presteren secretaresses op huisartsenwachtposten in België wat betreft inschatting van de urgentie aan de telefoon?

Haio: Jonathan VAN BERGEN

Universiteit Antwerpen

Promotor: Roy REMMEN

Co-promotor: Hilde PHILIPS

Praktijkopleider: Paul VAN ROYEN / Sylvie VAN BYLEN

Context:
Wereldwijd staan huisartsenwachtdiensten onder druk. In vele landen worden telefoons naar de huisartsenwachtdienst door speciaal opgeleid personeel aangenomen en getrieerd. In ons land is er een nieuwe situatie ontstaan door oprichting van huisartsenwachtposten waarbij secretaresses de telefoon aannemen en informeel de triage doen. Met deze studie willen we achterhalen hoe secretaresses op de huisartsenwachtpost van Brugge presteren wat over- en ondertriage van telefonische oproepen betreft en welke aanmeldingsklachten aandachtspunten zijn?

Onderzoeksvraag:
Hoe presteren secretaresses op de huisartsenwachtpost van Brugge voor wat betreft over- en ondertriage van telefonische oproepen betreft en welke aanmeldingsklachten zijn aandachtspunten?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Op de huisartsenwachtpost in Brugge werd aan secretaresses gevraagd een aanmeldingsklacht (uit een ICPC-2 lijst) en urgentiegraad toe te kennen aan alle oproepen in 2010. Bovendien werd de huisartsen van wacht gevraagd een urgentiegraad toe te kennen op dezelfde schaal na afloop van het contact.

Resultaten:
Het betrof in totaal 5216 oproepen, waarvan 77% correct werd getrieerd, 10% werd ondergetrieerd en 13% werd overgetrieerd. De gewogen kappa voor interrater betrouwbaarheid tussen secretaresses en artsen bedroeg 0,0774. Meest frequent correct getrieerde aanmeldingsklachten waren: in volgorde van percentueel correct getrieerde, tandpijn, jeuk, oorpijn, oogproblemen en diarree. De meest frequent ondergetrieerde aanmeldingsklachten waren: kortademigheid, snijwonden, onwel gevoel en syncope. De meest frequent overgetrieerde aanmeldingsklachten waren medicatie voorschriften, afgifte van een medische verklaring, pijn op de borst, beet van mens of dier en syncope.

Conclusies:
Informele telefonische triage door secretaresses op huisartsenwachtposten is mogelijk onveilig voor patiënten en inefficiënt voor het gebruik van beschikbare middelen. Er zijn opleidingen nodig voor praktijkondersteunend personeel met aandacht voor telefonische triage. Specifieke protocollen voor telefonische triage zijn aangewezen.

E-mail: Jonathan.vanbergen@ua.ac.be

'Allo Allo!' Informele telefonische triage: hoe presteren secretaresses op huisartsenwachtposten in België wat betreft inschatting van de urgentie aan de telefoon?

Wat is gekend?
Door transitie van een klassieke huisartsenwachtdienst naar een huisartsenwachtpost ontstaat een situatie waarbij de huisarts van wacht geconfronteerd wordt met praktijkondersteunend personeel dat informele telefonische triage doet.
In landen met een goed gestructureerde eerste lijn is telefonische triage goed ingeburgerd in de huisartsenwachtdienst en heeft onderzoek aangetoond dat het veilig en efficiënt is.
Wat is nieuw?
Informele telefonische triage in België is mogelijk onveilig voor patiënten.
Door informele telefonische triage in België is er mogelijk een inefficiënt gebruik van beschikbare middelen.
Kortademigheid en pijn op de borst werden het meest onjuist ingeschat door secretaresses van de huisartsenwachtpost zowel wat betreft over- als ondertriage.

Inleiding

Niet alleen in België, maar in de hele wereld, komen wachtdiensten in de eerste lijn meer en meer onder druk te staan.[1, 2] Dit is het gevolg van een inkrimpend huisartsenbestand en de groeiende wens van huisartsen om een goed evenwicht te bereiken tussen hun private en professionele leven.[3] Daarenboven is er een stijgende zorgvraag die de werkdruk mee verhoogt. Om een veilige en betaalbare dienstverlening te kunnen blijven garanderen, werden nieuwe organisatiemodellen voor de eerstelijnswachtdienst ontwikkeld en geïmplementeerd.[2, 4] De internationale trend naar schaalvergroting werd in ons land gevolgd met de oprichting van huisartsenwachtposten (HWPen).[3] Daarbuiten zijn er nog vele andere modellen zoals eerstelijnsposten geïntegreerd in spoeddiensten van ziekenhuizen, advieslijnen of telefonische triagediensten.[2, 4, 5]

Landen met een sterke organisatie in eerste lijn tijdens de kantooruren, zoals Denemarken, Nederland en Noorwegen, zien dat vaak ook vertaald in de organisatie buiten de kantooruren.[2, 5,6] In de meerderheid van de West-Europese landen is er echter een minder doorgedreven structurering in de eerste lijn en ontbreken een aantal randvoorwaarden die kwaliteit en efficiëntie verbeteren.[7] Een belangrijke structurele randvoorwaarde is, onder andere, de beschikbaarheid van praktijkondersteunend personeel.[8] Telefonische triage (TT), zowel tijdens als buiten de kantooruren behoort vaak tot het takenpakket van deze praktijkondersteuners. Telefonische triage houdt in dat de urgentie van telefonische oproepen ingeschat wordt, waarna de patiënt doorverwezen wordt naar de meest passende (medische) hulpverlener.[9] Dit kan in een formeel kader gebeuren zoals in Denemarken waar huisartsen zelf de telefoons beantwoorden of zoals in Nederland waar, daarvoor opgeleide triagisten, speciaal ontwikkelde en computer-assisted protocollen gebruiken met een mogelijkheid tot telefonisch zelfzorgadvies.[2, 10, 11]

Onderzoek heeft aangetoond dat in landen met een formele telefonische triage dit een veilig en efficiënt systeem is voor de meerderheid van de oproepen tijdens de huisartsenwachtdienst.[9, 12-17] De inschatting van de urgentie en de vervolgacties gebeuren meestal op een geschikte wijze en bovendien slagen eerstelijnsverpleegkundigen en praktijkassistenten erin om met telefonische triage het aantal consultaties en huisbezoeken buiten kantooruren terug te dringen door een groter aantal zelfzorgadviezen.[4, 9, 12, 17, 18] Het grote merendeel van de aangehaalde studies vond echter plaats in landen met een sterke eerstelijnszorg zoals Nederland en Denemarken, die kunnen

terugbuigen op duidelijke structurering van de eerste lijn met telefonische triage.[6, 9, 16, 17, 19] We kunnen de huisartsenwachtdienst in België beschouwen als een systeem in een overgangsfase: van kleinschalige traditionele huisartsenwachtdiensten binnen vanuit de eigen praktijk naar meer grootschalige modellen zoals de huisartsenwachtpost (HWP).

Op de HWP is doorgaans personeel aanwezig voor de administratieve ondersteuning waaronder het beantwoorden van telefonische oproepen. Dit zijn meestal secretaresses zonder (para)medische achtergrond, wat betekent dat de telefonische triage in Belgische HWPen momenteel op een informele wijze gebeurt.

In het kader van een overheidsproject dat de mogelijke implementatie van formele telefonische triage voor de huisartsenwachtdienst wilde onderzoeken werd deze studie uitgevoerd. Het doel was na te gaan hoe het gesteld is met de veiligheid en efficiëntie van de informele telefonische triage op de Belgische HWPen. Onze onderzoeksvraag luidde: hoe presteren secretaresses op de HWP van Brugge wat betreft over- en ondertriage van telefonische oproepen en welke aanmeldingsklachten zijn aandachtspunten?

Materiaal en methoden

Studieregio en omstandigheden

Deze studie werd uitgevoerd op de HWP in Brugge die een regio van ongeveer 135000 inwoners bedient. De huisarts van wacht wordt er bijgestaan door een secretaresse die de telefoons aanneemt en de administratieve informatie van de oproeper noteert. Geen van de secretaresses die tijdens de studie periode werkten op de HWP, had een (para)medische achtergrond of opleiding. De secretaresses kregen geen specifieke opleiding voor telefonische triage.

Gegevensverzameling

Alle oproepen naar de HWP op weekends en feestdagen tussen 8 uur 's ochtends en 21 uur 's avonds in 2010 werden geïncludeerd. De secretaresses werd gevraagd om naast de administratieve gegevens ook de aanmeldingsklacht en de urgentiegraad te registreren. Voor registratie van de aanmeldingsklacht werd gebruikten ze een vooraf gedefinieerde lijst in de computersoftware (wachtpostmailer®) met de 26 meest gebruikte aanmeldingsklachten (zie tabel 2 met ICPC-2 indeling). Verder werd een categorie toegevoegd voor het geval de aanmeldingsklacht niet in de lijst terug te vinden was: "andere klacht". Voor inschatting van de urgentiegraad werd een schaal gebruikt die gebaseerd werd op de Manchester Triage Scale (MTS) en de Nederlandse Triage Standard (NTS) (box 1).[20, 21] Urgentie 1 was de hoogste ernst en urgentie 5 de laagste. De secretaresses werd gevraagd de oproepen te beoordelen met de aangereikte schaal zonder dat ze hiervoor een aanvullende opleiding genoten. De toekenning van de urgentiegraad wijzigde de normale behandeling van patiënten op geen enkel wijze.

Na afloop van de consultatie of het huisbezoek werd de arts gevraagd aan het contact een urgentiegraad toe te kennen op dezelfde schaal. De beoordeling door de artsen werd beschouwd als referentie om de inschatting van de secretaresses mee te vergelijken.[22] De uiteindelijke dataset bestond uit een aanmeldingsklacht en de betreffende urgentiegraad toegekend door de secretaresse op het moment van de oproep en de urgentiegraad toegekend door de wachtarts na het patiëntencontact.

Analyse

De data werden geanalyseerd met behulp van SPSS statistics versie 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). De urgentiegraden toegekend door de secretaresses werden vergeleken met die van de wachtartsen in kruistabellen. Afhankelijk van de onderlinge overeenkomst waren er drie triage uitkomsten mogelijk: correcte triage (=gelijke beoordelingen), ondertriage (=beoordeling secretearesse lager) en overtriage (= beoordeling secretaresse hoger). Ondertriage was een indicator voor veiligheid en overtriage voor efficientie: hoe hoger het percentage ondergetrieerde klachten, hoe onveiliger en hoe hoger het percentage overgetrieerde klachten, hoe inefficiënter.

Ook werd de triage uitkomst per aanmeldingsklacht weergegeven. Voor analyse van de interrater betrouwbaarheid werd de gewogen kappa berekend met behulp van SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Toestemming van de Ethische commissie

Er werd toestemming gegeven voor de studie door het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen (UA) en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) met referentienummer B300201112096.

Resultaten

Contacten

In totaal werden er 5516 oproepen aangenomen door de secretaresses op de HWP. De aanmeldingsklacht ontbrak in 1499 gevallen (27,2%), zodat 4017 gesprekken overbleven voor analyse van de aanmeldingsklachten, waarbij er in 20,5% (n=823) een “andere klacht” genoteerd werd.

Urgentiegraden

Tabel 1 geeft de vergelijking weer tussen de urgentiegraden toegekend door de secretaresses en de artsen. De secretaresses kenden meestal urgentiegraad U4 toe (96,6%). Ze gebruikten nooit urgentiegraden U1 of U2. In 2,8% (n=154) werd urgentiegraad U3 toegekend door de secretaresses en in 0,6% (n=35) U5. In de beoordeling door de artsen was er meer differentiatie: U1 in 0,6% (n=12), U2 in 1,1% (n=60), U3 in 9,6% (n=531), U4 in 77,4% (n=4271) en U5 in 11,6% (n=642).

Van alle gesprekken werd 77% (n=4227) correct getrieerd door de secretaresses, 10% (n=576) werd ondergetrieerd en 13% (n=713) overgetrieerd.

Alle contacten die volgens een arts U1 of U2 waren (1,3%, n=72) werden onderschat door de secretaresses. Van deze 72 oproepen werden er 53 (73,6%) als routine beschouwd door de secretaresses (U4). Van de 531 oproepen die van de artsen een U3 beoordeling kregen, werden 484 (91,2%) door de secretaresses als U4 beoordeeld. Het overgrote merendeel (97,6%) van de U4 oproepen werden correct beoordeeld door de secretaresses, terwijl een groot deel van de U5 oproepen (98,1%) overschat werden.

De gewogen kappa als maat voor de interrater betrouwbaarheid tussen artsen en secretaresses was 0,0774. Dit valt in de categorie van minst mogelijke overeenkomst tussen 0 en 0,2

Aanmeldingsklacht

Tabel 2 geeft de percentages correcte triage, onder- en overtriage weer per aanmeldingsklacht.

De meest frequent correct getrieerde aanmeldingsklachten waren tandpijn (95%; 20/ 21), jeuk in 90% (n=17 van de 19), oorpijn in 88% (n=165 van de 188), oogproblemen in 85% (n=66 van de 78) en diarree in 84% (n=128 van de 153). Contacten met de aanmeldingsklacht pijn op de borst werd het minst vaak correct beoordeeld (46%; 20 van de 44). Ook drie administratieve aanmeldingsklachten (afgifte van een medisch attest, medicatie voorschriften, verzoeken en vernieuwingen en overlijdensverklaring) hadden een lage correcte triage, tussen 50% en 56% (n=34 van de 64 voor deze drie samen) en kortademigheid werd in 60% correct beoordeeld (n=65 van de 108).

De meest frequent ondergetrieerde aanmeldingsklachten, ofwel potentieel onveilige contacten, waren kortademigheid in 28% (n=30 van de 108), snijwonden in 27% (n=15 van de 56), pijn op de borst in 23% (n=10 van de 44), onwel gevoel in 22% (n=33 van de 152) en syncope in 18% (n=2 van de 11).

De meest frequent overgetrieerde aanmeldingsklachten waren medicatie voorschriften, verzoeken en vernieuwingen in 45% (n=13 van de 29), afgifte van een medische verklaring in 38% (n=3 van de 8), pijn op de borst in 32% (n=14 van de 44), beet van mens of dier in 25% (n=1 van de 4) en syncope in 18% (n=2 van de 11).

Bespreking

Urgentiegraden

De 77% correcte inschatting door de secretaresses is op het eerste zicht een goed resultaat. Als we meer in detail kijken zien we echter dat de secretaresses bijna altijd (96,6%) aangaven dat ze het contact inschatten als 'routine' (U4). Bijgevolg kwamen de 77% correct getrieerde oproepen bijna identiek overeen met de 77,4% U4 scores door de artsen. Dit geldt ook voor de 10% ondertriage door de secretaresses die bijna volledig overeenkomt met de som van de U1 (0,2%), de U2 (1,1%) en de U3 (9,6%) oproepen volgens de artsen en voor de overtriage van 13% door de secretaresses die bijna volledig overeenkomt met de 11,6% U5 oproepen volgens de artsen. Dit vertaalt zich dan ook in een kappa waarde die in de laagste overeenkomstcategorie voor interrater betrouwbaarheid valt. Indien aan elke oproep vooraf een U4 code toegekend werd, zouden de resultaten grotendeels hetzelfde zijn geweest.

Het oordeel van niet getrainde en niet (para)medisch geschoolde secretaresses op de HWP lijkt momenteel niet bruikbaar te zijn voor triage van telefonische oproepen. In een jaar tijd werden er 72 oproepen gemist die volgens artsen na evaluatie levensbedreigend (U1) of spoed (U2) bleken, wat potentieel gevolgen had voor de patiëntveiligheid. Ook waren er 642 oproepen die volgens artsen konden wachten tot de volgende dag (U4), wat de verbetermarge voor efficiënt gebruik van het huidige systeem illustreert.

Mogelijk zijn de secretaresses niet bekend met het concept 'triage': ze zijn gewoon aan de huidige gang van zaken waarbij de patiënt het initiatief neemt en alle oproepen worden bijgevolg als routine beschouwd. Daarnaast leidde de beoordeling van de urgentiegraad niet tot een verschil in behandeling van de patiënt; het was louter een bijkomende registratie, wat tot verminderde motivatie geleid kan hebben. Toch denken we dat de resultaten relevant zijn voor de Belgische huisartsgeneeskunde, aangezien het een beeld geeft van de huidige situatie. De meerderheid van de secretaresses op Belgische HWPen heeft geen (para)medische achtergrond en is niet bekend met het concept van 'triage'. Het laat zien dat er mogelijk belangrijke problemen zijn met de patiëntveiligheid en de efficiëntie voor telefonische oproepen naar HWPen.

In de literatuur werden reeds andere studies gepubliceerd die de prestaties van telefonisten in de eerstelijnswachtdienst evalueerden.[9, 13, 15-17, 19, 23] Dit betrof echter in de regel specifiek opgeleid praktijkondersteunend personeel, vaak werkend met speciale protocollen voor telefonische triage. Deze studies vonden een betere veiligheid en efficiëntie van telefonische triage dan onze studie. Bovendien bleken opleiding en training in het gebruik van protocollen voor telefonische triage de prestaties van telefonische triagisten te verbeteren. [13, 15]

Aanmeldingsklacht

Frequent voorkomend en typische eerstelijnsklachten werden vaak correct getrieerd.

Een aantal potentieel risicovolle aanmeldingsklachten werden slecht ingeschat. Deze klachten komen minder frequent voor, maar kunnen wel levensbedreigend zijn. In het bijzonder kortademigheid, pijn op de borst en snijwonden werden frequent ondergetrieerd.

De meest overgetrieerde aanmeldingsklachten betroffen administratieve problemen. Het totale aantal van deze oproepen was relatief klein en had weinig effect op de workload. De zeer hoge mate van overtriage van deze administratieve problemen droegen echter bij aan inefficiënt gebruik van de beschikbare middelen. Indien de druk op de huisartsenwachtdiensten in de toekomst nog zou toenemen, valt hier in de eerste plaats winst te halen.

Sterktes en zwaktes

In de literatuur wordt de telefonische triage het vaakst bestudeerd in goed gestructureerde gezondheidssystemen met speciaal opgeleide medewerkers die protocollen gebruiken. In onze studie bestudeerden we echter hoe secretaresses op HWPen presteren in een minder duidelijk gestructureerd en geëchelonneerd gezondheidszorgsysteem zonder protocollen. Dit maakt de resultaten ook relevant voor andere landen met een gelijkaardige organisatie van de gezondheidszorg.

Het aantal geïncludeerde oproepen is groot in vergelijking met buitenlands onderzoek. Desondanks zijn er een aantal aanmeldingsklachten met een zeer lage frequentie, waarvan de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden (beten van mens of dier, jeuk en administratieve klachten).

Het gebruik van een vooraf gedefinieerde lijst met aanmeldingsklachten beperkte de variatie van aanmeldingsklachten en gezien minder frequent voorkomende klachten juist triage problemen kunnen meebrengen, was dit een mogelijke bias. Mogelijk levensbedreigende en veel minder frequente oproepen konden op deze manier niet geïdentificeerd worden en dit is een aandachtspunt bij vervolgonderzoek. De categorie “andere klacht” dient verder onderzocht te worden om te kijken of er geen relevante aanmeldingsklachten ontbraken in de vooraf gedefinieerde lijst. Het is ook belangrijk om in de toekomst na te gaan waarom de aanmeldingsklacht in 27,2% van de contacten niet toegekend werd: vanwege ontbreken in de lijst, onvoldoende uitleg over de toedracht van deze registratie of gezien de triage beslissing geen merkbare invloed had op het patiëntencontact?

Zoals hogerop reeds besproken, hebben we in dit onderzoek de beoordeling van de artsen gebruikt als referentie voor de urgentiegraad. Dit kan men als een methodologische zwakte beschouwen omdat er een vergelijking gemaakt wordt tussen een a priori evaluatie door de secretaresse en een a posteriori evaluatie door de arts die echter veel meer middelen en informatie heeft om de urgentiegraad te beoordelen. Urgentie is geen objectiveerbare parameter: er bestaat geen ‘gouden standaard’ of ‘juiste urgentiegraad’ die als referentie gebruikt kan worden. Bijgevolg diende een ‘zilveren standaard’ of ‘beste benadering’ gebruikt te worden.[22] De beoordeling van de wachtarts a posteriori is zulk een ‘zilveren standaard’ die eerder al in de literatuur beschreven werd als manier om triage prestaties te beoordelen.[22]

Deze methode neemt tevens aan dat de beoordeling van de wachtarts steeds ‘correct’ was en dat alle artsen de schaal op eenzelfde manier gebruikten. De gebruikte schaal is afgeleid van de NTS en de MTS, maar deze werd niet gevalideerd in de context van de Belgische huisartsgeneeskunde. Voor vervolgonderzoek, lijkt het aangewezen deze schaal te valideren. Daarenboven zijn de Belgische artsen niet getraind in het gebruik van de schaal en het toepassen van triage, en dus lijkt de evaluatie van de triageprestaties van artsen als eerste contactpunt ook interessant voor onderzoek. Anderzijds lijkt dat door het groot aantal oproepen een deel van het effect van de artsen die consequent hoger of lager gescoord zouden hebben, uitgevlakt wordt. Net zoals de secretaresses, kregen ook de artsen een beperkte toelichting over de studie. Er werd geen specifieke opleiding voorzien of geen toetsing georganiseerd i.v.m. het gebruik van de schaal. Dit lijkt in vervolgonderzoek ook aangewezen.

Implicaties voor de dagelijkse praktijk

Deze studie bevestigt dat de afhandeling van telefoongesprekken een bijzonder kwetsbaar aspect is van de huisartsenwachtdienst.[17] De opmerkelijk betere resultaten in Nederland en een aantal Scandinavische landen worden meest waarschijnlijk verklaard door de uitgesproken structurering van de eerstelijn in deze landen met formele telefonische triage buiten kantooruren (waarbij verpleegkundigen of speciaal getrainde medewerkers met speciaal uitgewerkte en coputer-assisted protocollen de telefonische oproepen beantwoorden). Beide aspecten zijn in België momenteel niet voorhanden: er is geen opleiding voor praktijkondersteunend personeel of eerstelijnsverpleegkundigen én er zijn geen protocollen beschikbaar voor het beantwoorden van huisartsgeneeskundige oproepen. De toepassing van telefonische triage biedt mogelijk veel kansen om de zorg effectiever in te richten zonder daarbij aan veiligheid in te boeten. Dit is een

maatschappelijk relevante conclusie in het licht van mogelijke tekorten aan artsen en besparingen in de gezondheidszorg in de toekomst. Het lijkt dus aangewezen om opleidingen voor praktijkondersteunende medewerkers in te richten met aandacht voor telefonische triage en daarbij specifieke protocollen te ontwikkelen.
Tot slot staan we nog even stil bij het wettelijk kader betreffende triage (zie box 2).[24] De Orde van geneesheren stelt in feite dat tot op heden formele triage op de huisartsenwachtdienst niet toegelaten is. Deze studie belicht echter eerder de informele telefonische triage zoals die momenteel plaatsvindt op vele huisartsenwachtposten. Er kan moeilijk een uitspraak gedaan worden over hoe de veiligheid en efficiëntie geëvolueerd zijn na invoering van de HWPen aangezien er geen voormeting gebeurde. Bovendien is er op de meeste huisartsenwachtposten een afspraak om oproepen bij de minste twijfel over mogelijke urgentie door te schakelen naar de arts. Over afhandeling van telefonische oproepen door huisartsen van wacht (op de klassieke huisartsenwachtdiensten of op HWPen) in ons land is er weinig geweten, ook dit kan onderwerp uitmaken van toekomstig onderzoek.

Besluit

In deze studie werd de prestatie van secretaresses op een huisartsenwachtpost onderzocht voor wat betreft inschatting van de urgentiegraad aan de telefoon in vergelijking met de inschatting die de wachtarts maakte na afloop van het contact.

Secretaresses schatten de urgentie correct in bij 77% van de oproepen, ze schatten de urgentie lager in dan de arts in 10% van de oproepen en hoger bij 13%. De interrater betrouwbaarheid is zeer laag en de aanmeldingsklachten die het slechtst ingeschat werden qua onder- en overtriage waren pijn op de borst en kortademigheid .

Referenties

1. Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, et al. After-hours in primary care : which solutions ? Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2011.

2. Grol R, Giesen P, van Uden C, Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Aff. 2006;25(6):1733-7.

3. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblick M, Geudens L, Bronckaers M, et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. BMC Health Serv Res. 2010;10:222.

4. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam Pract. 2003;20(3):311-7.

5. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Serv Res. 2009;9(1):105.

6. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. Ann Intern Med. 2011;155(2):108-13.

7. Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. Br J Gen Pract. 1997;47(421):481-6.

8. Remmen R, Seuntjens L, Paulus D, Pestiaux D, Knops K, Bruel AV. Can we import quality tools? a feasibility study of European practice assessment in a country with less organised general practice. BMC Health Serv Res. 2009;9:183.

9. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. Scand J Prim Health Care. 2011;29(4):198-209.

10. Christensen M, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. BMJ. 1998;316:1502 - 5.

11. Hansen B, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. Br J Gen Pract. 1998;48:1497 - 9.

12. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev. 2004(4):CD004180.

13. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Bosch W. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Qual Saf Health Care. 2007;16:181 - 4.

14. Car J, Koshy E, Bell D, Sheikh A. Telephone triage in out of hours call centres. BMJ. 2008;337.

15. Marklund B, Ström M, Månsson J, Borgquist L, Baigi a, Fridlund B. Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. J Nurs Manag. 2007;15(2):180-7.

16. Derkx H, Rethans J, Muijtjens A, Maiburg B, Winkens R, van Rooij H. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. BMJ. 2008;337:a1264.

17. Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. Fam Pract. 2012:1-6.

18. Kaminsky E, Carlsson M, Höglund AT, Holmström I. Paediatric health calls to Swedish telenurses: a descriptive study of content and outcome. J Telemed Telecare. 2010;16(8):454-7.

19. Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. Qual Saf Health Care. 2011.

20. van Ierland Y, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. Fam Pract. 2011;28(3):334-41.

21. Manchester Triage Group. Emergency triage. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, editors. London: BMJ Publishing Group; 1997.

22. Moll Ha. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. J Clin Epidemiol. 2010;63(4):384-8.

23. Meer A, Gwerder T, Duembgen L, Zumbrunnen N, Zimmermann H. Is computer-assisted telephone triage safe? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-threatening medical conditions. Emerg Med J 2012;29(2):124-8.

24. Orde van Geneesheren. Tijdschrift van de Nationale raad. September 2010 VOL. XVII nr. 130.

Box 1

Urgentiegraden

Urgentiegraad	Label	Omschrijving
U1	Levensbedreigend	Onmiddellijk hulp te bieden, eventueel tegelijkertijd ambulance verwittigen. Bv. shock, bewusteloosheid.
U2	Spoed	Zo snel mogelijk hulp bieden, zeker binnen het uur. Er bestaat immers kans dat de toestand op korte termijn verslechtert. Bv. instabiele angor.
U3	Dringend	Binnen enkele uren te beoordelen: bv pneumonie, hevige duizeligheid.
U4	Routine	Normaal wachtgebruik, normale gang van zaken.
U5	Advies	Deze klacht kon wachten tot na wachtdienst, geen reden tot contact met huisarts.

Box 1 geeft de gebruikte schaal met urgentiegraden weer. Deze werd gebaseerd op de Manchester Triage Scale (MTS) en de Netherlandse Triage Standaard (NTS)

Tabel 1

Kruistabel met de urgentiegraden die toegekend werden door de secretaresses en door de artsen in aantal (en % van het totaal).

		Evaluatie door de huisarts van wacht					
		U1	**U2**	**U3**	**U4**	**U5**	**Total**
Evaluatie door de secretaresses	**U1**	**0 (0%)**	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	U2	0 (0%)	**0 (0%)**	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	U3	3 (0,1%)	16 (0,3%)	**47 (0,9%)**	83 (1,5%)	5 (0,1%)	154 (2,8%)
	U4	9 (0,2%)	44 (0,8%)	481 (8,7%)	**4168 (75,6%)**	625 (11,3%)	5327 (96,6%)
	U5	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,1%)	20 (0,4%)	**12 (0,2%)**	35 (0,6%)
	Total	12 (0,2%)	60 (1,1%)	531 (9,6%)	4271 (77,4%)	642 (11,6%)	5516 (100%)

In tabel 1 worden de urgentiegraden toegekend door de secretaresses van de huisartsenwachtpost weergegeven ten opzichte van de urgentiegraad toegekend door de huisartsen van wacht na afloop van het patiëntencontact. De grijze cellen geven de correct getrieerde oproepen weer, de oproepen boven deze diagonaal zijn overgetrieerd, de oproepen onder deze diagonaal zijn ondergetrieerd.

Tabel 2

correcte triage (%), ondertriage (%) en overtriage (%), aantal (n) en percentage (%) van het total per aanmeldingsklacht in volgorde van aantal. Achter de aanmeldingsklacht wordt tussen haakjes de corresponderende ICPC-2 code weergegeven.

Aanmeldingsklacht	Correcte triage (%)	Ondertriage (%)	Overtriage (%)	Aantal (n)	Percentage (%)
Andere klacht	73	12	15	823	20
Koorts (A03)	83	7	9	817	20
Keelpijn (R21)	83	3	14	247	6
Hoest (R05)	77	7	16	223	6
Braken (D10)	78	11	11	203	5
Abdominale pijn (D01)	72	17	12	191	5
Oorpijn (H01)	88	2	10	188	5
Onwel gevoel (A05)	66	22	13	152	4
Diarree (D11)	84	6	11	153	4
Hoofdpijn (N01)	83	3	13	157	4
Rugpijn (L03)	79	8	13	136	3
Kortademigheid (R02)	60	28	12	108	3
Duizeligheid/Vertigo (N17)	73	9	18	88	2
Dysurie (U01)	82	10	8	79	2
Oogproblemen (F29)	85	6	9	78	2
Maagpijn (D02)	76	10	13	67	2
Nausea (D09)	79	5	16	58	1
Snijwonde (S18)	70	27	4	56	1
Pijn op de borst (K02)	46	23	32	44	1
Insectenbeet (S12)	80	13	7	30	1
Overlijdensverklaring (A96)	56	7	4	27	1
Medicatie voorschrift, verzoek of vernieuwing (A50)	52	3	45	29	1
Tandpijn (D82)	95	0	5	21	1
Jeuk (S02)	90	0	11	19	<0,5
Syncope (A06)	64	18	18	11	<0,5
Afgifte van een medisch attest (A97)	50	13	38	8	<0,5
Beet van dier of mens (S13)	75	0	25	4	<0,5
Totaal van de ingevulde				4017	100
Niet ingevuld	75	12	13	1499	
Totaal	77	10	13	5516	

Box 2

het wettelijk kader toe van telefonische oproepen tijdens de huisartsenwachtdienst. De informatie is beschikbaar uit een antwoord van de orde op een vraag over de huisartsenwachtdienst en de verplichting van de wachtarts om zich te verplaatsen.[24]

Strafrechtelijk kader

Volgens art. 422bis van het Belgisch Strafwetboek is er een hulpverleningsplicht. De orde stelt zich de vraag of een triagesysteem een barrière opwerpt tussen de patiënt en de huisarts met wachtdienst. Telefonische triage mét zorgtriage is voorbehouden aan de dienst 100 en die valt onder de Wet Dringende Geneeskundige Hulpverlening (8 juli 1964). Volgens de Orde staat *de wachtdienst van huisartsen – op de eerste lijn – echter vooral in voor "een regelmatige én normale toediening van de zorgen" en niet in de eerste plaats "dringende geneeskundige zorgen" waardoor er geen zorgtriage mag gebeuren.*
Het belangrijkste probleem volgens de orde blijft de aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid van de "derde" persoon die systematisch ingeschakeld wordt als tussenstation tussen de zorgvragende patiënt en de huisarts van wacht en die ook belast wordt met de triage van de zorgvraag en de beslissing om al dan niet de huisarts uit te sturen om hulp te verlenen.

Wettelijk kader

Volgens artikel 5 van de Wet op de patiëntenrechten heeft de patiënt, *met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.* De orde stelt het als "*precair als beslissingen enkel genomen worden op basis van communicatie van op afstand (cf. telefonische consulten, dispatching- en/of triagesystemen) zonder enig onderzoek door de wachtarts van de betrokken "patiënt" in loco."*

Deontologisch

Art. 28 (Code van de Orde van Geneesheren) stelt dat *"Behalve in geval van hoogdringendheid of wanneer hij in zijn menslievende plichten tekort zou schieten, het de geneesheer steeds vrijstaat om persoonlijke of beroepsredenen de behandeling van een zieke te weigeren. De geneesheer mag eveneens van zijn opdracht afzien op voorwaarde dat hij de patiënt (…) ervan in kennis stelt, de continuïteit van de verzorging verzekert….*Waarbij de Orde de kanttekening maakt bij *"De "weigering" in het kader van de wachtdienst: de patiënt doet een beroep op de huisarts van wacht juist omdat die de opdracht en de verantwoordelijkheid voor die zorgcontinuïteit op zich heeft genomen, zodat "weigeren" onder die omstandigheden onmogelijk is.*

Art. 34. § 1 (Code van de Orde van Geneesheren) stelt dat *zowel voor het stellen van een diagnose als voor het instellen en voortzetten van een behandeling, de geneesheer er zich toe verbindt de patiënt zorgvuldig en gewetensvol de zorgen toe te dienen die stroken met de thans geldende wetenschappelijke kennis.*
De orde interpreteert dit als volgt: *de huisarts van wacht die zich structureel afschermt van elke directe zorgvraag van patiënten en zich op die manier bewust en formeel "onbereikbaar" opstelt (cf. art. 422bis SW) door de dispatching én de beslissing tot zorg aan een "derde" over te laten, kan moeilijk beschouwd worden als zorgvuldig en gewetensvol. Het is onverantwoord de beslissing om al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan of af te wentelen op een"derde", ongeacht de (medische?) kwalificatie.*

Samenvattend kan gesteld worden dat de orde elke vorm van telefonische triage tijdens de huisartsenwachtdienst beschouwt als ontzegging van medische zorgen.

Call handling in out-of-hours primary care in Belgium: From small-scale rota groups to large-scale cooperatives



Jonathan Van Bergen[1], Linda Huibers[2], Philip Vandevelde[3], Hilde Philips[1], Roy Remmen[1]

[1] Centre for General Practice, University of Antwerp, Belgium; [2] Research Unit for General Practice, Aarhus University, Denmark, [3] General practitioners association of Brugge and suroundings (HABO vzw), Brugge, Belgium

The Belgian context

- ✓ Small-scale rota groups are dominant (80 %).
- ✓ Large-scale general practice cooperatives (GPC) are on the rise (20 % of the population and increasing).

Background

- ✓ In rota groups GPs answer telephone calls themselves.
- ✓ In GPCs secretaries do informal telephone triage (TT). They are not specifically trained to perform TT.
- ✓ In countries with well-established primary care, TT is performed by specially trained triagists.

Research question

How do GPC secretaries perform in terms of under- and overtriage.

Materials and methodes

- ✓ Retrospective, observational study in 2010
- ✓ **Secretaries** were asked to register the **reason for encounter (RFE)** and assess the **urgency grade** of the contact
- ✓ **GPs on call** were asked to register the **urgency grade** after clinical evaluation
- ✓ Comparison of correct triage, undertriage or overtriage
- ✓ Weighted kappa
- ✓ Urgency grades:

U1	Life-threatening	To provide help immediately, consider alerting an ambulance at the same time; e.g. shock, unconsciousness.
U2	Urgent	To provide help as soon as possible; certainly within one hour. There is a chance the condition will worsen at short term; e.g. unstable angina pectoris
U3	Acute	To be assessed in the next couple of hours, e.g. suspected pneumonia, severe vertigo
U4	Routine	Normal use of on call service, business as usual
U5	Not urgent	This complaint could have waited until the next (working) day. No reason to contact the GP on call.

Results

- ✓ Weighted kappa = 0.0774

Evaluation by the secretary \ Evaluation by the GP	U1	U2	U3	U4	U5	Total
U1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
U2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
U3	3 (0.1%)	16 (0.3%)	47 (0.9%)	83 (1.5%)	5 (0.1%)	154 (2.8%)
U4	9 (0.2%)	44 (0.8%)	481 (8.7%)	4168 (75.6%)	625 (11.3%)	5327 (96.6%)
U5	0 (0%)	0 (0%)	3 (0.1%)	20 (0.4%)	12 (0.2%)	35 (0.6%)
Total	12 (0.2%)	60 (1.1%)	531 (9.6%)	4271 (77.4%)	642 (11.6%)	5516 (100%)

Undertriage | Correct triage | Overtriage

	Correct triage	Undertriage	Overtriage
1	Tooth ache	Shortness of breath	Medication requests
2	Itch	Skin cuts	Issuance of medical certificate
3	Ear ache	Chest pain	Chestpain
4	Eye problems	Feeling unwell	Animal or human bite
5	Diarrhea	Syncope	Syncope



reason for encounter urgency grade | urgency grade

Reason for encounter	Triage outcome				
	Correct triage (%)	Undertriage (%)	Overtriage (%)	Total (n)	Percentage of total (%)
RFE not present in the list	73	12	15	823	20%
Fever (A03)	83	7	9	817	20%
Throat ache (R21)	83	3	14	247	6%
Cough (R05)	77	7	16	223	6%
Vomiting (D10)	78	11	11	203	5%
Abdominal pain (D01)	72	17	12	191	5%
Ear ache (H01)	88	2	10	188	5%
Feeling unwell (A05)	66	22	13	152	4%
Diarrhea (D11)	84	6	11	153	4%
Headache (N01)	83	3	13	157	4%
Lumbar pain (L03)	79	8	13	136	3%
Shortness of Breath (R02)	60	28	12	108	3%
Dizziness/Vertigo (N17)	73	9	18	88	2%
Dysuria (U01)	82	10	8	79	2%
Eye problems (F29)	85	6	9	78	2%
Stomach ache (D02)	76	10	13	67	2%
Nausea (D09)	79	5	16	58	1%
Skin cut (S18)	70	27	4	56	1%
Chest pain (K02)	46	23	32	44	1%
Insect bite (S12)	80	13	7	30	1%
Declaration of death (A96)	56	7	4	27	1%
Medication requests(A50)	52	3	45	29	1%
Tooth ache (D82)	95	0	5	21	1%
Itch (S02)	90	0	11	19	0%
Syncope (A06)	64	18	18	11	0%
Issuance of a medical certificate (A97)	50	13	38	8	0%
Animal or human bite (S13)	75	0	25	4	0%
Missing	75	12	13	1499	
Overall Total	77	10	13	5516	

Conclusion

- ✓ Informal telephone triage at GPC in Belgium is unsafe and inefficient
- ✓ Protocols and trained personnel are needed for telephone triage in OOH primary care when large-scale services are introduced
- ✓ Shortness of breath and chest pain show great risk

Universiteit Antwerpen

Dankwoord

Zoals in de inleiding vermeld, heb ik de kans gekregen om mijn opleiding te combineren met onderzoek dat heeft geleid tot deze scriptie. Daarvoor ben ik een aantal mensen heel veel dank verschuldigd.

Mijn promotor, Roy Remmen, moet ik danken voor de mogelijkheid die ik kreeg aan het CHA om zonder enige adelbrief te mogen beginnen aan onderzoek en om geld te vinden om me daarvoor nog te betalen ook. Ik hoop op een dag even snel te kunnen denken en daarbij toch foutloos te kunnen typen.

Mijn co-promotor, Hilde Philips, moet ik danken voor de begeleiding. Voor de expertise, de hulp en de steun wanneer ik me weer eens frustreerde in het niet vastkrijgen van data. Voor het vertrouwen om dit aan te pakken zonder te weten waartoe het zou leiden. Voor de vriendschap op de momenten toen af en toe de combinatie van huis, kind, opleiding en onderzoek wat veel hooi op mijn vork bleek.

Mijn opleiders en collega's die me de kans gaven halftijds HAIO te zijn en vooral dat halftijds niet te zijn: Paul Van Royen en Lieve Peremans, Tine Beckx, Tine Vandenabeele, Katrien Van Hoorick en Bernadette Govaerts. Sylvie Van Bylen om mij als HAIO mijn 2de jaar te mogen doen en af en toe met mijn hoofd bij het onderzoek te zitten.

De collega's op het CHA: Cil Leytens en Chris Monteyne voor de leuke tijd 'wanneer er niemand was', voor de matig lekkere senseo koffies en de koekjes en bij uitbreiding Veronique Verhoeven ook voor het geklets aldaar op het secretariaat. Mijn bureaugenoten in R3.11 die een popgroepje K4 kunnen vormen: Katrien Bombeke, Karolien Van Pyenbroeck , Karen Smets en Kathleen Van Royen. De andere mensen in de gang: Niels Adriaenssens in het bijzonder voor de gesprekken over vaderschap, huisartsgeneeskunde en het leven. Giannoula Tsakitzidis voor het gezwans in de bureau van Walter en Walter. En alle andere medewerkers voor de inspirerende gesprekken tijdens de middagpauzes.

De enthousiaste ploeg in Brugge: Philip Vandevelde voor de talloze en razendsnelle lezingen, Ilse Druwé voor de lekkere broodjes tijdens mijn bezoeken, Koen Steels voor de scherpe inzichten en Johan Brouns voor de extractie van de data.

Mijn familie, mijn ouders en schoonouders, voor alle steun met praktische zaken en vooral de opvang van ons dochtertje Amélie.

En last but not least, mijn vrouw Marie, die mijn zoekende leer-, opleidings- en werksituatie aanvaard heeft. Voor de liefde en de steun die ik van je heb gekregen en voor het fantastische management van ons huishouden dat je zoveel beter als ik kan combineren met werken, de opvoeding van ons dochtertje, het decoreren van ons huisje en daarbij nog te genieten van het leven. Zonder jou had ik dit niet voor elkaar gekregen.