Acute, niet spoedeisende pathologie in de huisartsenpraktijk: niet enkel een zorg voor de huisarts

Dr. Buytaert Dries, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Philips Hilde, Universiteit Antwerpen, ELIZA

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Abstract 4

Inleiding 5

Materiaal en methode 7

Vertrekpunt: praktijkorganisatie en werking 7

Brainstormen 7

Open access scheduling 7

Ondersteuning onthaalmedewerkster: telefonische triage 8

Drukteraadpleging: de eigenlijke interventie 8

Voormeting 9

Resultaten 10

Voormeting 10

Drukteraadpleging 11

Deelnemers 11

Symptomen 12

Werkbaarheid 12

Discussie 13

Besluit 15

Bibliografie 16

Bijlagen 18

Bijlage 1: Informatiebrief patiënt 18

Bijlage 2: hulpmiddel onthaalmedewerkster 19

Bijlage 3: goedkeuring ethische commissie 20

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol door ethische commissie 22

Abstract

INLEIDING

Acute aandoeningen zijn een alledaags fenomeen voor de huisarts. Uit ervaring weten we dat het aantal acute aandoeningen per dag moeilijk te voorspelen is en kan variëren naargelang de tijd van het jaar. In de huisartsenpraktijk waar ik momenteel als HAIO mijn opleiding geniet, kampen we ook met een dreigend huisartsentekort. We merken vaak dat de agenda reeds bij het begin van de week tot het einde van de week gevuld is en dat we niet altijd ruimte hebben om patiënten met een acute aandoening op te vangen. Het doel van deze masterpaper is de aanpak van acute aandoeningen binnen onze huisartsenpraktijk te verbeteren door een combinatie van minimale telefonische triage en 'open access scheduling' en zo de toegankelijkheid te vergroten ook al zijn de acute problemen in strikte zin niet altijd 'medisch' dringend.

METHODOLOGIE

We implementeerden het systeem van een drukteraadpleging waarbij patiënten met acute pathologie de dag zelf werden gezien door een arts, ongeacht het probleem. De patiënt werd ingepland op de drukteraadpleging na telefonisch contact met de onthaalmedewerkster om de duur van de klachten na te gaan en de symptomen te bevragen aan de hand van een geschreven, zelf ontwikkelde checklist. De patiëntkarakteristieken, de diagnoses en de werkbaarheid van het nieuwe systeem werden nagegaan. Voor het invoeren van de drukteraadpleging werd een voormeting georganiseerd om de proportie van acute pathologie in onze huisartsenpraktijk te bepalen en zo een schatting te hebben van de grootte van het probleem.

RESULTATEN

Er kwamen gedurende 12 weken 109 patiënten op consultatie tijdens de drukteraadpleging. De gemiddelde leeftijd bedroeg 35 jaar. De verdeling mannen-vrouwen was 48% en 52%. De grootste groep patiënten leed aan infectieuze pathologie Daarna volgde de traumatische/musculoskeletale pathologie en andere pathologie. De percentages bedroegen respectievelijk 68% , 21 % en 11 %. De checklist voor de onthaalmedewerkster werd in het begin vaak gebruikt, maar werd na een tijd eerder overbodig gezien de focus uiteindelijk vooral lag bij de duur van de klachten in plaats van de klachten op zich.

BESLUIT

De drukteraadpleging werd in onze huisartsenpraktijk voor de eerste maal getest en de eerste bevindingen waren positief. Verder onderzoek naar het effect op wachttijden en patiënttevredenheid is noodzakelijk.

Inleiding

Acute aandoeningen zijn een alledaags fenomeen voor de huisarts. Hij of zij is een belangrijke spilfiguur binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en is logischerwijs het eerste aanspreekpunt voor patiënten met acute klachten en symptomen. In de grote gezondheidsenquête van 2013, uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, komt zelfs naar voor dat 28% van de huisartsencontacten gaat over een nieuwe klacht of nieuw gezondheidsprobleem (1). Er wordt echter ook vastgesteld dat 57,3% van de patiënten geen afspraak bij de huisarts kon krijgen op de dag dat ze besluiten een afspraak te maken (1), wat reeds wijst op een hoge werkdruk. Deze werkdruk zal alleen maar toenemen door de vergrijzing van de bevolking en het toenemende tekort aan huisartsen (2). Uit ervaring weten we dat het aantal acute aandoeningen per dag moeilijk te voorspelen is en kan variëren naargelang de tijd van het jaar (bijvoorbeeld de jaarlijks griepepidemie). De overheid organiseert momenteel de eerstelijnszones om aan de verhoogde chronische zorgnood tegemoet te komen (3), maar artsen kunnen zeker zelf initiatief nemen om op het niveau van de eigen praktijkwerking aanpassingen te doen om ook de acute problematiek in een veranderend zorglandschap aan te pakken.

Een belangrijk kenmerk van de eerstelijnsgezondheidszorg is de laagdrempelige toegang. Dit kenmerk kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden, maar voor patiënten betekent dit vooral dat ze snel terecht kunnen bij hun huisarts indien zij dit nodig achten. Een te late toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg kan immers zorgen voor een negatieve uitkomst op de gezondheid (4). Om wachttijden beperkt te houden zijn verschillende interventies mogelijk zoals bijvoorbeeld ‘open (advanced) acces scheduling’ waarbij patiënten de dag zelf worden gezien door de arts ongeacht het probleem. Deze vorm van afspraken maken houdt dus vooral rekening met de wens van de patiënt. Om de werkdruk te beperken kan men gebruik maken van telefonische triage. Hierbij krijgen patiënten een afspraak naargelang de ernst van hun symptomen. Deze manier van werken houdt dus vooral rekening met mogelijks ernstige aandoeningen en de werkdruk van de arts.

In de huisartsenpraktijk waar ik momenteel als HAIO mijn opleiding geniet, kampen we ook met een dreigend huisartsentekort. In de gemeente zijn 5 vaste huisartsen aan het werk, waarvan 3 reeds boven de 60 jaar zijn, met op deze moment nog geen opvolging in het vooruitzicht. De gemeente bestond op 1 januari 2019 uit 7908 inwoners, maar er zijn ook veel patiënten die van buitenaf komen (5). In onze praktijk is ook reeds 4 jaar een patiëntenstop in werking, gezien de werkdruk te hoog was. We merken vaak dat de agenda reeds bij het begin van de week tot het einde van de week gevuld is en dat we niet altijd ruimte hebben om patiënten met een acute aandoening de dag zelf op te vangen. Het aantal contacten doen dalen is onbegonnen werk en geen oplossing. Het is echter wel nuttig om

na te denken over dit soort problemen en organisatorisch een oplossing te zoeken om de werkdruk draaglijk te houden en toch de acute zorgvragen van patiënten op een kwaliteitsvolle manier te kunnen opvangen.

Het doel van deze masterpaper is de aanpak van acute aandoeningen binnen onze huisartsenpraktijk te verbeteren door het systeem van telefonische triage en 'open access scheduling' te combineren en zo de toegankelijkheid te vergroten ook al zijn de acute problemen in strikte zin niet altijd 'medisch' dringend, zoals bijvoorbeeld de noodzaak voor een attest van arbeidsongeschiktheid omwille van een virale aandoening of een jeukende huiduitslag. Er wordt nagegaan of dit nieuwe systeem praktisch werkbaar is voor de artsen en onthaalmedewerkster. We maken ook een terugkoppeling naar onze werkwijze en praktijkorganisatie voor het invoeren van dit systeem. Hoewel het zeker interessant is werd het effect op wachttijden en patiënttevredenheid (voorlopig) niet bestudeerd en valt het buiten de scope van dit werk.

Materiaal en methode

Vertrekpunt: praktijkorganisatie en werking

Om het ontwikkelingsproces van deze masterpaper te begrijpen, is het eerst en vooral nodig om het vertrekpunt te kennen. Hiermee bedoel ik de praktijkorganisatie en werking voor het toepassen van de interventie om de aanpak van de acute pathologie binnen de huisartsenpraktijk te verbeteren. Een aanpassing van de praktijkorganisatie is immers zeer afhankelijk van het aantal artsen en medewerkers.

De huisartsenpraktijk bestaat uit 2 artsen, 2 HAIO's en 1 halftijds onthaalmedewerkster die 4 dagen in de voormiddag werkt en 1 dag in de namiddag. Er zijn 3 dokterskabinetten. Maandag en vrijdag zijn er 4 artsen aanwezig, de andere dagen 3. Er wordt enkel gewerkt op afspraak. Deze kunnen zowel telefonisch als online worden gemaakt via introlution. Als de onthaalmedewerkster afwezig is worden de telefonische oproepen aangenomen door een telesecretariaat. Huisbezoeken worden de dag zelf verdeeld. Er worden dagelijks enkele 'dagafspraken' voorzien. Deze zijn niet op voorhand beschikbaar en kunnen pas ingeboekt worden de dag zelf.

Brainstormen

Initieel werden artsen en de onthaalmedewerkster bevraagd over de huidige situatie. De artsen vonden het vooral vervelend dat de agenda reeds in het begin van de week voor de hele week gevuld was, ondanks dagafspraken die normaal gezien de dag zelf beschikbaar werden. Deze dagafspraken werden soms op voorhand ingevuld. De onthaalmedewerkster vond vooral het gebrek aan plaats om afspraken de dag zelf te geven een werkpunt. Dit kon soms leiden tot discussies met patiënten. Tijdens gemeenschappelijk overleg werd gebrainstormd over mogelijk oplossingen voor deze problemen. Zo kwamen we terecht bij het systeem 'open acces scheduling' en invoeren van telefonische triage. Een combinatie van deze 2 verschillende manieren van werken werd een optie. Hier begon voor ons de uitwerking van de interventie: de drukteraadpleging.

Open access scheduling

'Open access scheduling' is een mogelijke werkwijze die in de huisartsenpraktijk kan toegepast worden. De idee van dit systeem is dat een patiënt kan bellen voor een afspraak en deze ook onmiddellijk krijgt ongeacht of de reden nu routine of dringend is (6). In theorie kan dus iedereen die de dag zelf een consultatie wenst langskomen. De mogelijkheid bestaat om op voorhand afspraken in te boeken, maar deze is beperkt. 'Open acces scheduling' is een patiënt-georiënteerde interventie met een bewezen reductie op de wachttijd van patiënten (7). Dit leidt dan weer tot een betere

patiënttevredenheid (8). De bedoeling van onze interventie is een 'open access' te creëren, niet voor alle patiënten, maar voor patiënten met een acuut probleem.

Ondersteuning onthaalmedewerkster: telefonische triage

Een andere mogelijkheid om afspraken te organiseren is telefonische triage. Triage is het indelen van patiënten op basis van de ernst van hun aandoening. Afhankelijk hiervan wordt de prioriteit om door een arts gezien te worden bepaald. Deze onderverdeling wordt bepaald door een aantal gerichte vragen over de toestand van de patiënt. In Nederland wordt dit systeem reeds uitgebreid toegepast in de eerstelijnsgezondheidszorg (9), terwijl dit in België niet het geval is. Er worden in Nederland zelfs richtlijnen rond triage in de eerste lijn ontwikkeld, zoals de NHG-TriageWijzer (10). In België wordt er wel getrieerd via het noodnummer 112 en recent werd ook in enkele gemeenten het proefproject 1733 ingevoerd waarbij patiënten in een wachtdienst getrieerd worden naar de huisartsenwachtdienst of naar de spoedgevallen (11).

In deze masterpaper was het voor de interventie vooral belangrijk om onderscheid te maken tussen acute en subacute of chronische problemen omdat we acute pathologie liefst de dag zelf willen behandelen. Dit onderscheid gebeurde door de onthaalmedewerkster. Hiervoor werd een instructieblad ontwikkeld voor de onthaalmedewerkster met een aantal mogelijke symptomen die bij acute pathologie kunnen voorkomen. Er werden ook enkele alarmsymptomen neergeschreven waarbij de arts onmiddellijk op de hoogte moest worden gebracht. Als laatste stonden ook enkele kenmerken en technische handelingen vermeld, waarvan we vonden dat deze niet thuis hoorden op de drukteraadpleging. Dit hulpmiddel werd ontwikkeld op basis van consensus tussen de artsen werkzaam in de praktijk. Terugkoppeling werd voorzien door de onthaalmedewerkster .

Drukteraadpleging: de eigenlijke interventie

De drukteraadpleging is onze gecombineerde vorm van 'open access scheduling' en telefonische triage. Per dag werd 1 blok afspraken voorzien voor patiënten met een acuut probleem. Deze acute problemen kunnen medisch gezien niet dringend zijn (bvb briefje nodig voor het werk omwille van ziekte). Deze afspraken zijn enkel te maken via telefonisch contact met de onthaalmedewerkster (voormiddag). De onthaalmedewerkster bevraagt de patiënt over het probleem en neemt dan de beslissing om de patiënt een afspraak te geven of niet. Zij gebruikt hiervoor een tool, ontwikkeld met consensus van de artsen en aangepast na de voormeting, met daarop mogelijke symptomen als hulpmiddel. De hoofdvoorwaarde is dat het probleem acuut is. Zoals reeds gezegd werd per dag 1 blok afspraken voorzien door 1 arts. De drukteraadpleging werd georganiseerd in de namiddag zodat patiënten in de voormiddag konden bellen. Patiënten werden verwittigd via een informatiebrief via

GIMME , een online prikbord waarop berichten kunnen worden geplaatst voor ingeschreven patiënten. De drukteraadpleging werd 12 weken op rij georganiseerd (maanden januari, februari en maart 2019). Deze periode viel samen met de jaarlijkse griepepidemie en dus een verhoogde incidentie aan acute pathologie.

Om data te verzamelen over de patiëntkarakteristieken en acute problematiek werd een korte vragenlijst aan de artsen voorgelegd. Per patiënt werd het geslacht, de leeftijd, de aanmeldingsklacht en de diagnose bevraagd. Er werd tevens nagegaan of de arts van mening was dat de patiënt terecht op de drukteraadpleging was gepland.

Voormeting

Alvorens onze interventie (drukteraadpleging) toe te passen werd eerst een voormeting georganiseerd in de praktijk om na te gaan of we voldoende patiënten hadden om naar een drukteraadpleging te verwijzen. Er werd gedurende 4 weken aan ieder van de 4 artsen gevraagd om het aantal patiënten te noteren die volgens de arts thuis horen in het systeem van de drukteraadpleging, met name patiënten met een acuut, niet levensbedreigend probleem. Het aantal werd per dag genoteerd door elke arts. Tevens werden ook de symptomatologie/tentatieve diagnose neergeschreven. Patiëntkarakteristieken werden niet genoteerd.

Resultaten

Voormeting

De voormeting werd gedurende 4 weken uitgevoerd (eind oktober en begin november 2018). Het aantal patiënten met een acuut probleem werd genoteerd. We zien dat 24% van de consultaties ging over een acuut/nieuw probleem. Deze patiënten kunnen mogelijks op een drukteraadpleging worden gezien. Een opvallend iets is dat de meeste patiënten met een acuut probleem terecht komen bij de HAIO's. Respectievelijk 38% en 36% van de patiënten die door de HAIO worden gezien betreft een acuut probleem zoals wij het nu in de praktijk gedefinieerd hebben. Dit is een groot verschil met de vaste artsen die respectievelijk 14% en 9% patiënten met een acute pathologie zien. Deze bevinding kan grotendeels verklaard worden door het feit dat de agenda van de vaste huisartsen reeds op voorhand gevuld staat en dit voornamelijk met chronische patiënten, terwijl die van de HAIO's vaak de dag op voorhand of de dag zelf ingevuld geraakt.

Bij het bekijken van de diagnoses onderscheiden we 3 grote groepen van acute problemen: infectieuze pathologie, traumatische/musculoskeletale pathologie en overige pathologie die niet onder de 2 voorafgaande noemers kon worden gebracht (surmenage, werkgerelateerde problematiek, insectenbeten, …).

	A	*B*	*C*	*TOT*
HA 1	73%	10%	17%	48
HA 2	68%	18%	14%	22
HAIO 1	67%	14%	19%	90
HAIO 2	76%	11%	13%	82

Figuur 1: Aandeel groepen symptomen tov totale acute pathologie, procentueel uitgedrukt A: infectieuze symptomen/pathologie, B: traumatische/musculoskeletale pathologie, C: andere pathologie. HA: huisarts, HAIO: huisarts in opleiding. TOT: absoluut aantal patiënten met acuut probleem van 15/10/2018 tot 26/10/2018 en van 05/11/2018 tot 16/11/2018.

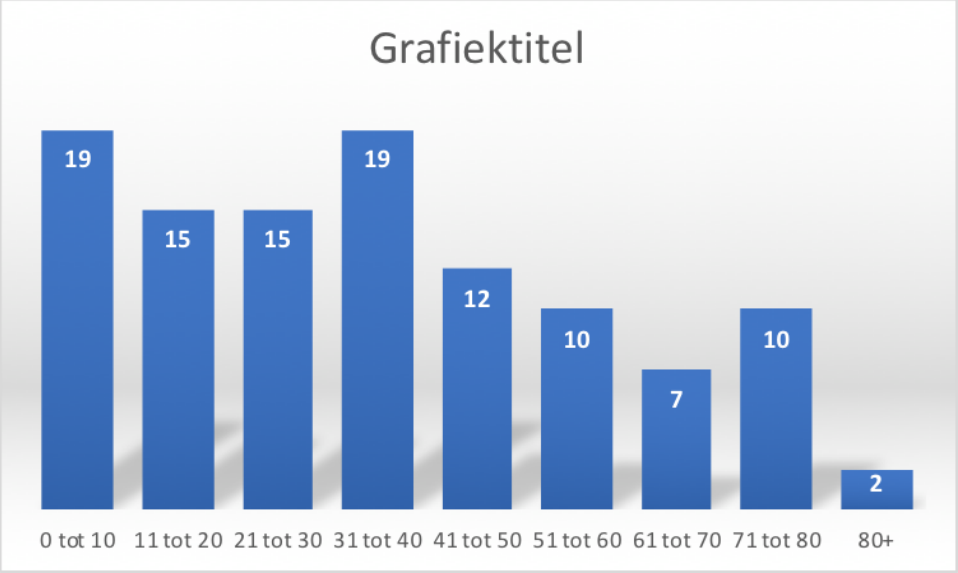
Het grootste deel van de symptomen en diagnoses vinden we in de infectieuze categorie. We verwachten deze verdeling ook te zien tijdens het uitvoeren van de drukteraadpleging, gezien deze plaatsvindt tijdens de jaarlijkse griepepidemie. Patiëntenkarakteristieken werden bij deze voormeting niet geregistreerd, maar we verwachten vooral schoolgaande jeugd en de werkende populatie op deze raadpleging, aangezien zij vaak een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid nodig hebben voor de werkgever.

Drukteraadpleging

De drukteraadpleging werd georganiseerd in de maanden januari, februari en maart. De onthaalmedewerkster trieert patiënten telefonisch naar de drukteraadpleging indien het gaat over een acuut probleem. Zij gebruikt hiervoor een lijst met mogelijke symptomen of klachten die bij consensus met de artsen overeen gekomen is. Aangezien de onthaalmedewerkster op donderdagen niet in de voormiddag werkt, werd er geen drukteraadpleging georganiseerd op die dagen. Niet elk acuut probleem werd op de drukteraadpleging geplaatst, indien er nog vrije afspraken zijn werden deze eerst ingevuld. Als de hele agenda volstond, konden er patiënten op de drukteraadpleging worden geplaatst.

Deelnemers

Er kwamen gedurende 12 weken 109 patiënten op consultatie tijdens de drukteraadpleging. De gemiddelde leeftijd bedroeg 35 jaar. De verdeling mannen-vrouwen was 48% en 52%.



Figuur 2: X-as: leeftijdscategorie, Y-as: aantal

De verdeling van de leeftijden van de patiënten wordt in de grafiek hierboven weergegeven. Wat opvalt is dat het aantal patiënten die op de drukteraadpleging terecht komt daalt met de leeftijd. Deze tendens ligt in de lijn van onze verwachtingen. De schoolgaande jeugd en de werkende populatie heeft

voor banale acute problemen vaak een attest van arbeidsongeschiktheid nodig waardoor het noodzakelijk is om hiervoor naar een arts te gaan, ook al weten patiënten misschien zelf dat het vanzelf over gaat.

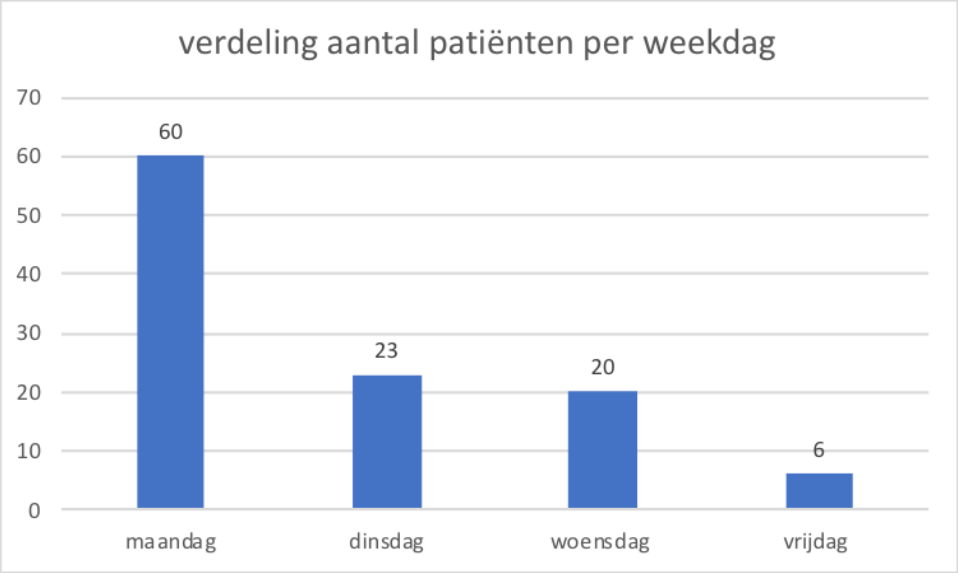
Symptomen

Het grootste aandeel blijft zoals in de voormeting behouden voor infectieuze pathologie. Daarna volgt de traumatische/musculoskeletale pathologie en de andere pathologie. De percentages bedragen respectievelijk 68% , 21 % en 11 %

Werkbaarheid

De werkbaarheid op praktijkniveau werd nagegaan door een korte navraag te doen bij artsen en de onthaalmedewerkster na het aflopen van 3 maanden drukteraadpleging. We noteren dat 9 op 10 patiënten die op de drukteraadpleging terecht kwamen, daar effectief thuis horen volgens de artsen. De meeste patiënten die niet thuis hoorden op de drukteraadpleging kwamen vooral in het begin van de invoering van het systeem voor. Dit kwam vooral doordat er bij de start van de drukteraadpleging wat twijfel was bij de onthaalmedewerkster. Persoonlijk vond zij het moeilijk om de patiënten te bevragen wat juist het probleem was omdat zij dit nog nooit eerder had moeten doen. Het hulpmiddel voor de onthaalmedewerkster werd in het begin vaak gebruikt, maar werd na een tijd eigenlijk overbodig gezien de focus uiteindelijk vooral lag bij de duur van de klachten in plaats van de klachten op zich.

Ook bij de artsen werd het systeem van de drukteraadpleging als positief ervaren. Consultaties konden vlot aan de afgesproken tijd worden gehouden. Patiënten werden immers gezien voor een acuut probleem waarbij het niet de bedoeling is andere aanslepende problemen te vermelden. Indien dit het geval was, werd een afspraak gemaakt op een later moment om verder in te gaan op deze klachten. Het systeem zorgde ook dat er geen overloop meer was in de agenda in het begin van de week (zie figuur 3). Hierdoor werd er vooral gebruik gemaakt van de drukteraadpleging in het begin van de week (maandag en dinsdag).



Figuur 3: absoluut aantal patiënten van drukteraadpleging tov weekdag. (verspreid over 12 weken)

Discussie

In deze masterpaper hebben we een mogelijke aanpak van acute problematiek in de huisartsenpraktijk geïllustreerd. De aanpassingen zijn gebeurd op het niveau van de praktijkorganisatie en zijn uiteraard niet toepasbaar op alle huisartsenpraktijken. We ontwikkelden een gecombineerd systeem van 'open access scheduling' en telefonische triage: de drukteraadpleging. Patiënten worden bij acute problematiek de dag zelf geholpen, de onthaalmedewerkster heeft voldoende plaats om deze patiënten een afspraak te kunnen geven en het aantal afspraken die een arts plant op een dag dat hij of zij niet van dienst is voor de drukteraadpleging worden niet overschreden. Harde eindpunten worden hier weliswaar niet beschreven. Deze masterpaper is eerder een verkennend proefproject waarbij een nieuwe werkwijze wordt geïmplementeerd met daarover enkele algemene bevindingen.

In de voormeting zien we dat het aantal patiënten met een acuut probleem ongeveer overeenkomt met de beschikbare epidemiologische gegevens van het RIZIV (1). Hiermee willen we illustreren dat er genoeg patiënten zijn met een acuut probleem om daarvoor een drukteraadpleging te organiseren. De jaarlijkse griepepidemie is een steeds terugkerend fenomeen waarbij de incidentie van infectieuze acute problematiek stijgt. Het is op die momenten waarschijnlijk het meest noodzakelijk om een systeem zoals de drukteraadpleging te implementeren. Het feit dat de meeste patiënten met een acuut probleem bij de HAIO's terecht komen, kunnen we mogelijks verklaren door de vergrijzing van de bevolking. Het aandeel van 65-plussers stijgt in België en dit gaat gepaard met een verhoogde nood aan chronische en complexe zorg (12). Logischerwijs consulteren zij voor opvolging hun vaste huisarts.

Deze opvolging kan gemakkelijk gepland worden, waardoor het te verklaren valt dat de agenda's van de vaste artsen reeds gevuld zijn. De niet planbare zorg komt daardoor vooral bij de HAIO's terecht.

Over het systeem van de drukteraadpleging kunnen we in literatuur niets terug vinden. Als we echter kijken naar 'open access scheduling' waar het systeem het meeste bij aanleunt, vinden we wel enkele belangrijke studies terug. Een grote systematic review van Ansell et al. overloopt verschillende interventies om wachttijden te verminderen. In 11 studies wordt 'open access scheduling' benoemd als effectieve interventie om wachttijden tot eerstelijnszorg te doen dalen (13). Volgens Pickin et al. worden in het geval van 'open access scheduling' de voorafgeboekte afspraken vooral door de oudere populatie gebruikt en de dag zelf door de jongere populatie (14). In de resultaten zien we dit ook terug als we kijken naar het aantal patiënten per leeftijdscategorie. Bejaarden komen minder terecht op een drukteraadpleging omdat mogelijks acute pathologie bij bejaarden vaak ernstiger verloopt met soms nood aan een spoedopname. Ook kan het zijn dat ze minder ernstig verlopende acute pathologie afwachten omdat ze mogelijks een opvolgafspraak gepland hebben staan bij hun huisarts.

We zien natuurlijk veel voordelen in dit systeem. De drukteraadpleging houdt rekening met de verschillende actoren in een huisartsenpraktijk: artsen, patiënten en onthaalmedewerkster. We dachten dat het tijd ging vergen voor de onthaalmedewerkster om zich de telefonische triage eigen te maken, maar eigenlijk ging dit vrij vlot. Dit werd mede in de hand gewerkt door het feit dat zij maar enkele vragen moest stellen om uit te maken of de patiënt een acuut probleem had of niet. Het hulpmiddel dat werd ontwikkeld ter ondersteuning werd uiteindelijk minder gebruikt gezien de symptomatologie minder belangrijk bleek te zijn omdat er vooral naar tijdsduur werd gepolst. De genoteerde alarmsymptomen werden natuurlijk wel in acht genomen.

Deze masterpaper is een praktijkverbeterend project met ook een aantal beperkingen. De drukteraadpleging werd geïntroduceerd tijdens de jaarlijkse griepepidemie. Als we vergelijken met vorige jaar merken we dat deze epidemie redelijk goed meeviel en meer beperkt was in duur (15). Een andere beperking is dat patiënten waarschijnlijk onvoldoende op de hoogte waren over de drukteraadpleging. Zoals eerder vermeld werden patiënten verwittigd via een informatiebrief via GIMME, maar nog niet elke patiënt was hierop ingeschreven. Natuurlijk staat op de website van de praktijk dat patiënten altijd mogen bellen indien er online geen afspraken meer te vinden zijn, maar dit wordt niet altijd gedaan. Vandaar dat dit mogelijks een onderschatting geeft van het aantal patiënten die uiteindelijk op de drukteraadpleging terecht zijn gekomen. Als laatste werden er toch nog een grote hoeveelheid dagafspraken voorzien door artsen die op dat moment niet van dienst waren voor de drukteraadpleging. Dit om het aantal chronische patiënten of langdurige problematiek per dag nog steeds te beperken. Op deze dagafspraken kwamen natuurlijk ook een deel van de

patiënten terecht die ook op de drukteraadpleging gepland zouden kunnen worden, waardoor het aantal patiënten in dit werk waarschijnlijk wordt onderschat.

Er bestaat nog veel onduidelijkheid over het project 1733 van de Federale Overheid waarbij in een wachtdienst naar een algemeen nummer wordt gebeld. De patiënt wordt met behulp van vastgelegde protocollen getrieerd naar het ziekenhuis of naar de huisarts of wordt geadviseerd te wachten (11). Dit project loopt al in een aantal gemeenten (Komen, Brugge, Leuven, Tienen…). Stel dat dit project wordt doorgetrokken als algemeen noodnummer waar patiënten ook kunnen naar bellen buiten een wachtdienst, dan moeten patiënten die naar de huisarts verwezen worden ook effectief gezien worden. Hiervoor moet natuurlijk plaats worden voorzien, wat met de implementatie van de drukteraadpleging zeker mogelijk moet zijn.

Zoals reeds werd vermeld is deze masterpaper eerder een verkennend werk. Wat deze masterpaper wel wil bereiken is andere huisartsen doen nadenken over hun omgang met acute problematiek in de huisartsenpraktijk. In onze praktijk is het nieuwe systeem zeker werkbaar en goedgekeurd.

Besluit

We kunnen besluiten dat de eerste bevindingen over de drukteraadpleging over het algemeen positief zijn. Er werden (nog) geen harde eindpunten nagegaan zoals afname van wachttijden of patiënttevredenheid, maar eerder beschrijvend gewerkt. Eventueel kunnen deze elementen later nog worden onderzocht. Vanuit deze eerste ervaringen kunnen we nu wel verder werken om het niveau van onze praktijkorganisatie aan te passen aan de stijgende zorgvraag. De drukteraadpleging zal alvast 1 aanpassing zijn die we zullen blijven behouden tijdens de jaarlijkse griepepidemie.

Bibliografie

1. Drieskens S, Gisle L (ed.). Gezondheids- enquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten.WIV-ISP, Brussel, 2015

2. Pacolet J. Deliège D. Artoisenet C. Cattaert G. Coudron V. Leroy X. Et al. Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België: syntheserapport voor de FOD Sociale Zekerheid. 2007.

3. Agentschap Zorg & Gezondheid. Eerstelijnszones in Vlaanderen. (Internet). Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/eerstelijnszones-in-vlaanderen. Geraadpleegd op 27 maart 2019.

4. Prentice JC, Pizer SD. Delayed access to health care and mortality. Health Serv Res. 2007 Apr;42(2):644–662

5. Gemeente Kruibeke. Demografische gegevens. (internet). Beschikbaar op: https://www.kruibeke.be/product/349/demografische-gegevens. Geraadpleegd op 15 april 2019.

6. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. The CAHPS Ambulatory Care Improvement Guide: Practical Strategies for Improving Patient Experience. Content last reviewed April 2019. http://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/improvement-guide.html

7. Murray M, Berwick DM. Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003 Feb 26;289(8):1035-40.

8. Michael M, Schaffer SD, Egan PL, Little BB, Pritchard PS. Improving wait times and patient satisfaction in primary care. J Healthc Qual. 2013; 35(2):50–9. quiz 59-60

9.Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet. 2007; 13: 656-659

10.Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-TriageWijzer. Gebaseerd op de Nederlandse triage standaard. Utrecht: NGH, 2011.www.nhg.org, geraadpleegd januari 2012.

11. FOD Volksgezondheid. Dokter van wacht nodig, bel 1733. Beschikbaar op: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/wachtdiensten#article. Geraadpleegd op 20 april 2019.

12. Internet site Statistieken België. Federale Overheid België; 2013. www.statbel.fgov.be (geraadpleegd op 23 april 2019.)

13. Ansell D, Crispo J, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. BMC Health Services Research (2017) 17:295

14. Pickin DM, O'Cathain A, Sampson F, Dixon S. Evaluation of Advanced Access in the National Primary Care Collaborative. Br J Gen Pract. 2004; 54(502):334–40.

15. Sciencano. Epidemiologie van infectieziekten. Beschikbaar op: https://epidemio.wiv-isp.be/ID/diseases/Pages/Influenza.aspx. Geraadpleegd op 16 april 2019.

Bijlagen

Bijlage 1: Informatiebrief patiënt

Geachte patiënt(e)

Wij zijn er ons van bewust dat het soms moeilijk is om een afspraak te krijgen in de praktijk, ook ondanks de huidige patiëntenstop. Vooral in de drukke wintermaanden zitten we soms overvol. Omwille van dit probleem zijn wij beginnen nadenken over mogelijke oplossingen.

Via deze weg willen wij u mededelen dat vanaf 7/01/2019 wij met een nieuw systeem van afspraken gaan werken. Er zal van maandag tot vrijdag in de namiddag 1 arts ter beschikking staan om patiënten die de dag zelf wensen gezien te worden te helpen. U kan dus nog steeds op voorhand een afspraak maken voor planbare zorg, maar deze extra raadpleging wordt voorzien om acute problemen op te vangen.

Bedoeling:

Indien u de dag zelf een consultatie wenst omwille van ziekte of een andere acute aandoening, belt u tussen half 9 en 11u naar de praktijk om een afspraak te maken bij de arts van dienst. U zal een richtuur krijgen waarop u naar de praktijk moet komen. Het kan wel zijn dat u even moet wachten als het druk is, maar de bedoeling is dan ook dat we iedereen kunnen zien die dat die dag wenst. Het kan ook zijn dat u toch een afspraak krijgt als uw probleem niet valt onder onze definitie van acute problemen.

Met behulp van dit nieuwe systeem willen we de werking in onze praktijk vlotter laten verlopen zodat wij aan al uw noden kunnen voldoen. Dit nieuw systeem zal ook uitgebreid besproken worden de masterthesis van onze HAIO dr. Dries Buytaert.

Voor vragen over dit systeem kan u altijd contact opnemen met 1 van de artsen

Bijlage 2: hulpmiddel onthaalmedewerkster

WAT? Drukteraadpleging

VOOR WIE? Patiënt die de dag dat ze bellen ook een consultatie willen, vooral indien zij niet kunnen gaan werken

HOE? Acute problemen bundelen zodat deze snel en binnen de dag kunnen opgelost worden.

INFECTIEUS	ACCIDENTEEL	ANDERE
Mogelijke symptomen: - Koorts - Diarree - Braken - Hoesten - Keelpijn - Verkouden - Pijn bij het plassen - Griepaal - 'ziek' - Oogontsteking - oorpijn	- Musculoskeletale problemen - Schouderpijn - Kniepijn - Rugpijn - Pijn aan de voet - …	- Surmenage - Algemen malaise - Werkgerelateerde problemen - Insectenbeten - …

ALARMSYMPTOMEN: (pt zo snel mogelijk te zien)

- bloedbraken/bloed bij de stoelgang
- ernstige kortademigheid/ademhalingsmoeilijkheden
- pijn op de borst, uitstralend naar de linker arm en de kaak
- bewustzijnsvermindering
- Dubbel zien

WAT NIET?

- Preoperatieve onderzoeken
- Bloedname
- Kleine operatieve ingrepen
- Bespreking van medische beeldvorming
- Opvolgconsulten
- Chronische problematiek
- Voorschriften
- Verzekeringsonderzoeken
- Invullen van formulieren

Bijlage 3: goedkeuring ethische commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Dr. H. Philips
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Acute, niet spoedeisende hulp in de huisartsenpraktijk: niet enkel een zorg voor de huisarts (manama huisartsgeneeskunde Dries Buytaert)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
26/03/2018	18/11/147	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 26/03/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dr. Buytaert
- Protocol dd. 28/02/2018
  versie 1
- Informatieboekje voor de patiënt dd. 8/03/2018
  versie 1

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. D. Buytaert, NVT, Kalverstraat 123 - 9150 Rupelmonde

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/11/147

datum	ons kenmerk	contactpersoon
26/03/2018	18/11/147	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 26/03/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
Uitgenodigde Experten			
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol door ethische commissie

Achtergrond

In mijn opleidingspraktijk worden de consultaties georganiseerd op afspraak. Een afspraak maken is mogelijk online of telefonisch. Dit systeem draait over het algemeen heel goed, maar tijdens drukke momenten zoals de griepepidemie loopt het vaak mis. Afspraakmomenten zitten snel vol en patiënten die dezelfde dag een consultatie nodig hebben moeten vaak enkele dagen wachten voor een afspraak kunnen krijgen. Dit zorgt er dan weer voor dat er ook in de volgende dagen weinig vrije afspraakmomenten overblijven. Hierdoor moeten er patiënten worden gezien terwijl de artsen eigenlijk niet aan het werk zijn of tijdens de tijd die eigenlijk voorzien is voor huisbezoeken. Dit aanslepend probleem willen we proberen tegengaan zodat het zowel voor artsen als patiënten aangenaam wordt om op consultatie te komen

Methode

Een nieuwe dagindeling waarbij 1 arts vrije consultatie voorziet in de voormiddag. Dit om de acute patiënten van die dag een afspraak te geven. Deze consultatieblok zal enkel geraadpleegd kunnen worden via onze onthaalmedewerkster die de meeste voormiddagen werkt. Zij zal via een flowchart die nog gemaakt moet worden beslissen of die patiënt thuis hoort in het consultatieblok. Welke patiënten die we vooral willen aantrekken moet nog verder besproken worden, maar het zal vooral gaan over infecties en kleiner pathologieën.

Aangezien het hier gaat om een kwaliteitsverbeterend project op praktijkniveau , starten we eerst met een voormeting. We laten onze onthaalmedewerkster gedurende 2 weken het aantal mensen die een afspraak wensen op dezelfde dag die zij niet kan voorzien, noteren. Als interventie volgt de aanpassing van consultatiemoment dat voor een eerste maal zal uitgetest worden in de zomervakantie van 2018.

Resultaat

We verwachten dat door dit systeem in te voeren de meeste patiënten die op de dag zelf een consultatie vragen ook daadwerkelijk kunnen gezien worden. We verwachten ook een aangenamere werksfeer en minder druk voor