UNIVERSITEIT GENT

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Academiejaar 2019 - 2020

Hoe kan de werking van een geïntegreerde huisartsenwachtpost en de interactie met de spoeddienst geoptimaliseerd worden?

Een vergelijking tussen de bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland.

Dr. Jeroen JOYE

Promotor: Prof. Dr. A. De Sutter, UGent

Copromotor: Dr. B. Van De Velde, UGent

Masterproef voorgedragen in de 2de Master in het kader van de opleiding

MASTER OF MEDICINE IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

"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"

Datum: 30/04/2020

Masterstudent
Dr. Jeroen Joye

Promotor
Prof. Dr. A. De Sutter

Copromotor
Dr. B. Van De Velde

Voorwoord

Deze studie is het resultaat van twee jaar opzoekingswerk, het laten invullen van vragenlijsten en de analyse van gegevens in het kader van mijn masterproef in de opleiding huisartsgeneeskunde. Het maken van deze masterproef gaf mij een beter inzicht in de organisatie en werking van de huisartsenwachtposten in België.

Het tot stand komen van deze masterproef zou niet mogelijk geweest zijn zonder de hulp van mijn medeonderzoekers Dr. Joren Heymans en Dr. Astrid Hoffman. Ik wil hen uitdrukkelijk bedanken voor de aangename samenwerking.

Verder wil ik ook mijn promotor Prof. Dr. A. De Sutter en mijn copromotor Dr. B. Van De Velde bedanken voor de uitstekende begeleiding en voor de tijd die ze in mij geïnvesteerd hebben. Ze stonden steeds klaar om vragen te beantwoorden en raad te geven zodat ik deze studie tot een goed einde kon brengen.

Vervolgens wil ik de wachtpostmanagers Lieve Germonprez (wachtpost Brugge) en Tommy Sierens (wachtpost Meetjesland) en de medische secretaresses bedanken. Door hun medewerking konden wij onze vragenlijst door een aanzienlijk deel van de huisartsen laten invullen. Met betrekking tot het retrospectief onderzoek van deze studie, wil ik ook Johan De Knock, hoofdverpleegkundige van de spoedgevallendienst van het AZ Sint-Jan Brugge, bedanken voor de fijne samenwerking.

Daarnaast wil ik alle deelnemende huisartsen bedanken om mee te werken aan deze studie. Zonder hun medewerking zou deze masterproef nooit mogelijk geweest zijn.

Tenslotte wil ik mijn partner bedanken voor de morele steun gedurende de voorbije twee jaar.

Jeroen Joye

Inhoudstafel

1. Abstract 1
2. Inleiding 3
3. Methodologie 10
    3.1 Studiedesign 10
    3.2 Vraagstelling 10
    3.3 Inclusie- en exclusiecriteria 11
    3.4 Retrospectief onderzoek 11
    3.5 Vragenlijst 12
        3.5.1 Totstandkoming vragenlijst 12
        3.5.2 Vragen 12
        3.5.3 Organisatie ondervraging 13
    3.6 Dataverwerking 14
4. Resultaten 16
    4.1 Huisartsenselectie 16
    4.2 Vragenlijst: Demografische gegevens 16
        4.2.1 Geslacht 16
        4.2.2 Leeftijdscategorie 17
        4.2.3 Praktijkvorm 17
        4.2.4 Afstand van praktijk tot wachtpost (aanrijtijd) 18
        4.2.5 Representativiteit huisartsenselectie HAWP Brugge 18
    4.3 Vragenlijst: Onderdeel 4 18
    4.4 Retrospectief onderzoek 27
5. Discussie 30
    5.1 Vragenlijst 30
    5.2 Retrospectief onderzoek 34
    5.3 Beperkingen van de studie 34
    5.4 Conclusie 35
6. Referentielijst 36
7. Bijlagen 37
    7.1 Tabellen 37
    7.2 Vragenlijst 42
    7.3 Informatiebrief 46
    7.4 Toestemmingsformulier 47

1. Abstract

Achtergrond: Vanaf 2016 werden in België huisartsenwachtposten opgericht die werden geïntegreerd in een spoeddienst. Dankzij dit onderzoek hopen we de samenwerking van de HAWP met de spoeddienst te verbeteren zodoende te kunnen bijdragen aan de verdere uitbouw van geïntegreerde wachtposten in België.

Onderzoeksvraag: De hoofdvraag van deze studie is hoe de werking van een HAWP geïntegreerd in een spoeddienst geoptimaliseerd kan worden. Hierbij wordt onderzocht hoe de interactie tussen de wachtposten van Brugge en het Meetjesland en hun nabijgelegen spoeddienst verloopt. Daarbij wordt de vraag gesteld of de huisartsen van de twee wachtposten hierover een verschillende mening hebben. Het doel van dit onderzoek is werkpunten te formuleren en feedback te geven op de huidige werking van deze geïntegreerde HAWP. Tot slot wordt in deze studie onderzocht of de geïntegreerde HAWP van Brugge de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge kon ontlasten.

Materialen en methoden: De mening van de huisartsen op de HAWP Brugge en Meetjesland werd onderzocht aan de hand van een vragenlijst die werd opgesteld door de drie onderzoekers. Enkel huisartsen die actief waren in het wachtpostsysteem en ten minste één wacht gepresteerd hebben in 2019, werden geïncludeerd in de studie. De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen en bevraagt hierbij: (1) de demografische gegevens van de huisartsen, (2) de attitude en de tevredenheid van de huisartsen over de HAWP, (3) de communicatie tussen huisartsen tijdens en na de wachtdienst en (4) de interactie met de spoeddienst. In deze studie werden de antwoorden van het eerste en het vierde onderdeel bestudeerd. Verder werden geanonimiseerde gegevens van de patiëntencontacten op de HAWP Brugge en de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge opgevraagd. Hierbij werd per jaar onderzocht wat het (maandelijks) gemiddeld aantal patiëntencontacten was dat in het weekend naar de HAWP (2017 – 2019) en in het weekend en/of tijdens de week naar de spoeddienst ging (2008-2019). Hiernaast werden nog volgende gegevens opgevraagd en onderzocht: de wijze van verwijzing van de patiënten naar de HAWP, het aantal patiënten dat telkens werd verwezen naar de spoeddienst en het jaarlijks aantal huisbezoeken dat werd uitgevoerd door de rijdende artsen. De statistische analyses en grafische weergaves werden met het statistisch verwerkingsprogramma SPSS® gemaakt.

Resultaten: In totaal hebben 93 huisartsen in de HAWP Brugge en 71 in de HAWP Meetjesland deelgenomen aan de studie. Uit de vragenlijst blijkt dat bijna 68% van de huisartsen het positief vindt dat de wachtpost geïntegreerd is met de spoeddienst. Meer dan 50% van de artsen vindt het eenvoudig doorsturen naar de spoeddienst, gebruik maken van het

laboratorium en de radiologie en het ontlasten van de spoeddienst grote voordelen. Verder vinden voornamelijk huisartsen uit het Meetjesland dat de grote afstand tot de HAWP een groot nadeel is. In HAWP Brugge blijkt dat bijna 15% van de aangemelde patiënten zich eerst had aangemeld op de spoeddienst. Ongeveer 10% van deze patiënten werd opnieuw doorverwezen naar de spoeddienst. Van alle patiënten die zich aanmeldden, werd ongeveer 6% doorverwezen naar de spoeddienst. Ook werd ongeveer 11% van de patiënten op huisbezoek door de rijdende arts van wacht doorverwezen naar de spoeddienst. Verder blijkt dat slechts 21,5% van de huisartsen in Brugge tevreden is met de huidige vorm van triage. 40,9% vindt dat er betere afspraken moeten gemaakt worden tussen de spoeddienst en de HAWP. Tot slot vindt 44,1% dat de triage kan geoptimaliseerd worden door het inzetten van een gemeenschappelijke triageverpleegkundige. Daarnaast vindt 36,6% van de huisartsen in het Meetjesland en 22,6% van de huisartsen in Brugge dat het niet hebben van een gemeenschappelijke triage met de spoeddienst een groot nadeel is. Voorts blijkt dat 75,3% van de huisartsen in Brugge vindt dat ook patiënten met niet-dringende klachten naar de HAWP komen. Hier vindt 55,9% van de huisartsen het negatief dat de patiënten enkel het remgeld moeten betalen, waardoor de wachtpost te laagdrempelig wordt. In het Meetjesland was dit slechts 33,8% van de huisartsen. Uit het retrospectief onderzoek volgt dat zowel op de HAWP als op de spoeddienst tijdens de week het aantal patiëntencontacten steeg tussen 2017 en 2019 (respectievelijk +17,2% en +10,9%). Echter het aantal spoedcontacten tijdens het weekend daalde in deze periode (-0,8%). Uit de vragenlijst blijkt tot slot dat 51,6% van de huisartsen in Brugge verkiest om het huidig wachtsysteem uit te breiden met de weekwachten.

Besluit: Uit deze studie kunnen we besluiten dat een bindende, gemeenschappelijke triage bij aankomst van de patiënt voor een efficiëntere samenwerking van de spoeddienst en de HAWP kan zorgen. Op die manier kunnen patiënten gerichter verwezen worden en kunnen patiënten met niet-dringende klachten (die kunnen wachten tot na het weekend) verplicht verwezen worden naar de vaste huisarts. Zo ook kan de telefonische triage bindend gemaakt worden. Deze hervormingen kunnen leiden tot een daling van het aantal oneigenlijke spoed- en wachtpostcontacten, wat verder kan resulteren in een daling van de werkdruk en een besparing in de gezondheidszorg. Daarnaast kunnen ook door een verhoging van het remgeld op de HAWP of door campagnes patiënten aangemoedigd worden om met niet-dringende problemen naar de vaste huisarts te gaan. Tot slot zou het openen van de HAWP in de week kunnen resulteren in een verlichting van de werkdruk op de spoeddienst.

2. Inleiding

Artsen zijn in België verplicht om de continuïteit van zorg te waarborgen [1]. Huisartsen waren dan ook decennialang permanent oproepbaar voor hun eigen patiënten. Vanaf de jaren ‘60 organiseerden lokale huisartsenverenigingen (later huisartsenkringen) de dienstverlening tijdens het weekend via rotatiesystemen. Later werd dit ook (in de meeste regio’s) buiten de kantooruren in de week georganiseerd. Vervolgens werden sinds 2003 de **eerste HAWP** (huisartsenwachtposten) opgericht naar het voorbeeld van HAWP die reeds in de jaren ’90 in het Verenigd Koninkrijk, Denemarken en Nederland werden opgericht. Hierbij worden de wachten op nog grotere schaal georganiseerd. Deze wachtposten worden gesubsidieerd vanuit de federale overheid (dit in tegenstelling tot de huisartsenkringen die vanuit de Vlaamse overheid worden gesubsidieerd). De voornaamste drijfveer voor de oprichting van HAWP was het verbeteren van de werkomstandigheden voor huisartsen door de werkbelasting buiten de uren te verlichten, de veiligheid te verbeteren en de administratieve belasting te verlagen. Daarnaast zouden ze ook de spoeddiensten kunnen ontlasten [2, 3].

Vervolgens werd in België in 2008 gestart met pilootprojecten met het nieuwe **telefoonnummer 1733** voor niet-spoedeisende medische bijstand. Vanaf 2014 werd dit telefoonnummer geleidelijk en in verschillende fases ingevoerd in heel België. In een eerste fase werd de beller automatisch doorverbonden met een medewerker van de wachtpost of met de huisarts van wacht zelf. In een tweede fase worden de telefonische oproepen behandeld in de 112-alarmcentrales volgens duidelijke triageprotocollen. Daarna wordt deze oproep naar het meest aangewezen zorgniveau doorgegeven. Deze telefonische triage is voor de patiënt niet verplicht. In tegenstelling tot in België, worden deze oproepen in Nederland beantwoord door een arts of een getrainde verpleegkundige [4].

Hoewel verwacht werd dat de wachtposten voor een daling van het aantal **spoedcontacten** zou zorgen, bleek dit niet zo te zijn. Het aantal spoedcontacten steeg zelfs van ongeveer 3 miljoen contacten in 2009 naar 3,2 miljoen in 2012. Bijgevolg steeg ook het budget voor spoedhonararia jaarlijks met gemiddeld bijna 5% in de periode 2008 – 2013. Hoewel deze stijging eveneens merkbaar was in onze buurlanden, bleken er in België meer spoedcontacten per inwoner te zijn [4]. In 2012 waren er 290 spoedcontacten per 1000 inwoners in vergelijking met 264 in Engeland en slechts 124 in Nederland. Ook bleek dat 71% van de patiënten die zich in België aanmeldde op een spoeddienst, niet werd doorverwezen vanuit de eerste lijn. Dit percentage lag

hoger dan in Engeland (64%) en in Nederland (42%). Overigens was de toename in spoedcontacten in België het grootst bij patiënten die de dag zelf nog het ziekenhuis mochten verlaten. Dit was zo in 76,8% van alle spoedcontacten. Dit in vergelijking met 73,3% in Engeland en 68,0% in Nederland [4].

Patiënten maken in België dus snel gebruik van de spoeddiensten. Voor een deel gaat het hier om 'oneigenlijke' spoedcontacten of patiënten die even goed door een huisarts kunnen geholpen worden. Volgens de meeste internationale studies zou dit over 24 tot 40% van de spoedcontacten gaan [4 - 6]. Belgische studies bevestigen dat dit fenomeen ook hier bestaat [7, 8]. Daarnaast stelden twee studies in de provincie Antwerpen vast dat er een stijging was in het aantal wachtpostcontacten zonder dat het aantal spoedcontacten daalde. Deze stijging bleek te wijten aan oneigenlijke wachtpostcontacten. Een toenemende groep patiënten gaf de voorkeur om tijdens het weekend naar de wachtpost in plaats van op een weekdag naar hun huisarts te gaan [4, 9, 10].

In 2015 waren er al 73 HAWP opgericht in ons land. Dit was in vergelijking met de 139 spoeddiensten nog steeds een klein aantal. HAWP werden vooral gefinancierd om open te blijven tijdens het weekend en op feestdagen, maar ze mochten zelf bepalen hoe ze zich organiseerden qua **openingsuren** en beschikbaarheid van huisartsen. Zo bleken er grote verschillen te bestaan tussen de openingstijden van deze wachtposten. Slechts 54% van de wachtposten was open van vrijdagavond tot maandagmorgen of minstens 61 uur per weekend. Daarnaast was 10% van de wachtposten open tijdens de weekavonden en 1 wachtpost was ook 's nachts tijdens de weekdagen geopend. Om deze verschillen in openingsuren te verkleinen, besliste de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfonden in december 2015 dat nieuwe wachtposten minstens 61 uur per weekend open moesten blijven om van financiering te kunnen genieten. Naast de verschillen in openingstijden, bleken er ook grote verschillen te bestaan tussen de locaties van deze wachtposten. Zo bevond slechts 21% van de wachtposten zich op minder dan 150 meter van een ziekenhuissite en geen enkele was geïntegreerd in een spoeddienst [4].

De oprichting van de HAWP heeft dus niet kunnen voorkomen dat het spoedgebruik in België toenam tussen 2009 en 2012 [4]. Studies in de HAWP en de nabijgelegen spoeddiensten van Turnhout (2010), Antwerpen-Noord (2013) en Aalst (2015) bevestigen dit fenomeen [2, 9, 10]. Daarom stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2016 dat een hervorming van het volledige acute zorglandschap nodig is.

Een **eerste hervormingsvoorstel** is om het aantal spoeddiensten en HAWP en de geografische spreiding ervan te **rationaliseren** met een behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. Een voldoende aantal contacten en een concentratie van spoeddiensten en HAWP zijn namelijk nodig voor een efficiënt gebruik van zorgcentra. Uitzonderingen moeten volgens het KCE-rapport voorzien zijn voor landelijke gebieden met een lage dichtheid aan ziekenhuizen [4].

Het **tweede hervormingsvoorstel** is om HAWP en spoeddiensten op eenzelfde locatie te realiseren en om te vormen naar **centra voor ongeplande acute zorg** met één toegangspoort en een gemeenschappelijke triage (net zoals in Nederland en Engeland), waarbij de professionele autonomie van huisartsen en spoedartsen verzekerd wordt. De gemeenschappelijke triage zou volgens het rapport moeten gebeuren bij aankomst van de patiënt in de triage-zone. Deze triage-zone bevindt zich vóór de ingang van de spoeddienst en de huisartspermanentie en zou moeten worden gecoördineerd door de huisartspermanentie. De triage zou moeten worden uitgevoerd door klinisch geschoold personeel dat duidelijke triageprotocollen volgt en dat gesuperviseerd wordt door een ervaren arts. Vervolgens wordt de patiënt afhankelijk van zijn medische nood, naar de huisartspermanentie of naar de spoeddienst gestuurd [4].

Daarnaast zouden volgens het KCE-rapport HAWP in de toekomst moeten worden gereorganiseerd naar **huisartspermanenties** die 24 uur per dag en 7 dagen per week geopend zijn, zoals het geval is in Engeland. Patiënten met een niet-spoedeisend medisch probleem kunnen zo worden getrieerd naar de huisartspermanentie zonder dat er rekening moet worden gehouden met openingsuren. Aangezien de meeste patiënten overdag naar de spoeddienst komen en tot 40% van de patiënten even goed door een huisarts geholpen kan worden, zouden de huisartspermanenties overdag juist het meeste werk hebben [4, 5]. Echter in regio's waar er 's nachts in de week minder werk is, kan de permanentie tijdens de nacht gesloten worden en kunnen de patiënten toch direct op de spoeddienst gezien worden. Daarnaast moeten in ziekenhuisarme regio's wel voldoende en goed uitgeruste huisartspermanenties worden uitgebouwd [11].

Dit is volgens een toenemend aantal internationale studies de meest succesvolle manier om een verschuiving van niet-spoedeisende zorg van de spoeddienst terug te brengen naar de eerste lijn. In de studies die de gevolgen van de oprichting van geïntegreerde HAWP onderzochten, werd een vermindering van het spoedgebruik vastgesteld van 13 tot 53%. Daarnaast werden op de spoeddienst meer patiënten behandeld met een hogere urgentiegraad [12 - 16].

Voordelen aan een dergelijk systeem kunnen zijn: de goed bekende locaties van de ziekenhuizen bij het grote publiek, een daling van de vaste kosten (infrastructuur, uitrusting, veiligheidspersoneel), meer veiligheid en comfort voor de patiënt (geen transport meer nodig na doorverwijzing van eerste- naar tweedelijnszorg), een vermindering van het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten en bijgevolg het vermijden van nutteloze technische onderzoeken [4].

Er zijn wel enkele **nadelen** aan dit systeem. Ten eerste zouden huisartspermanenties de rol van een vaste huisarts kunnen overnemen. Om dit te verhinderen kan men maatregelen nemen. Zo kan men bijvoorbeeld een hoger remgeld aanrekenen in het centrum voor ongeplande zorg. Verder zouden activiteiten die thuishoren bij de vaste huisarts (bv. globaal medisch dossier (GMD), zorgtrajecten, voorschrijven van chronische medicatie), hier verboden moeten worden. Patiënten worden na consult naar de vaste huisarts verwezen voor follow-up. Zo worden patiënten ook gestimuleerd om meer naar hun vaste huisarts te gaan of om een vaste huisarts te kiezen [4, 11].

Verder zou de huisartspermanentie moeilijk te combineren zijn met de huisartspraktijk. Immers, de huisartspermanentie kan beschouwd worden als een nieuw type van huisartsenpraktijk. Hier kunnen huisartsen hun beroep uitoefenen in plaats van te werken in een eigen praktijk. Ook zou dit kunnen gecombineerd worden met de eigen praktijk, net zoals huisartsen die naast hun eigen praktijk ook verbonden zijn aan een woonzorgcentrum of werken bij Kind & Gezin. Dit systeem zou dus de werklast van de huisartsen voor hun wachtdiensten niet per se doen toenemen [11].

Vervolgens is het momenteel onwettig om patiënten de toegang tot de spoeddienst te weigeren op basis van een eerste triage. Een triageverpleegkundige kan een patiënt dus niet verplichten om naar de vaste huisarts of naar de HAWP te gaan zonder dat een arts (desnoods telefonisch) bij deze beslissing betrokken is. Zolang dit zo blijft, zal het triagesysteem vooral dienen voor een medisch verantwoorde herschikking van de wachttijden op de spoeddienst [4, 17].

Tot slot hebben spoeddiensten in de huidige financiering een financieel nadeel met dit systeem: de triage van patiënten leidt tot triagekosten waarvoor zij geen financiering ontvangen. Ook de inkomsten uit spoedartsenhonoraria lopen ze mis.

Een **derde hervormingsvoorstel** is om een **gemengde financiering** te voorzien voor de spoeddienst en de huisartspermanentie die beter aansluit bij hun rol in het zorglandschap. Deze financiering zou volgens het KCE-rapport moeten bestaan uit een groot, vast budget voor de beschikbaarheidsfunctie van de spoeddienst of de huisartspermanentie en een variabel budget

op basis van het aantal patiëntencontacten in respectievelijk de spoeddienst of de huisartspermanentie. Artsen zouden bijgevolg een honorarium krijgen voor elk contact, maar dit ligt lager dan het huidige bedrag. Naast de coördinatie van de triagedienst door de huisartspermanentie zou volgens het rapport ook het budget voor de triagedienst moeten komen van het vast budget van de huisartspermanentie. Dit om te vermijden dat de triage onvoldoende selectief zou werken, waarbij minder patiënten naar de huisartspermanentie zouden verwezen worden en er voor de spoeddienst weinig zou veranderen ten opzichte van vroeger [4].

Het **vierde hervormingsvoorstel** is om het **remgeld** en het betalingssysteem van het remgeld voor eerstelijnszorg buiten de kantooruren en voor de spoeddienst gelijk te schakelen. Het KCE-rapport stelt voor dat het remgeld slechts één keer wordt betaald op voorwaarde dat de patiënt de zorgsetting kiest die uit de triage volgt. Zoals reeds vermeld bij het tweede hervormingsvoorstel, zou het remgeld hier best hoger zijn dan het remgeld bij de vaste huisarts tijdens de kantooruren. Dit om te vermijden dat patiënten naar een centrum voor ongeplande zorg gaan om sneller gezien te worden (bv. buiten de kantooruren) dan mogelijk is bij de vaste huisarts [4].

Hoewel studies aantoonden dat een dergelijk model met centra voor ongeplande acute zorg het meest aangewezen model is, was het wenselijk om enkele proefprojecten op te zetten en te evalueren [4]. Sindsdien zijn er HAWP opgericht die geïntegreerd zijn in een spoedafdeling. De eerste was de nieuwe **HAWP te Brugge**, die op 14 oktober 2016 werd geopend. Het verving de oude HAWP die in het centrum van Brugge gelegen was. De wachtpost wordt georganiseerd door de VZW Huisartsenwachtpost Brugge (HAWAP), waarbij 282 huisartsen zijn aangesloten. Deze wachtpost is geïntegreerd met de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge. De 256.555 inwoners (anno 2019) van Brugge, Damme, Jabbeke, Oostkamp, De Haan, Blankenberge, Knokke-Heist, Zuienkerke en Zedelgem kunnen hier terecht voor ongeplande medische zorg. Daarnaast organiseert de HAWAP een satellietwachtpost in Knokke die bij de spoeddienst in het AZ Zeno Knokke gelegen is. Deze wachtpost is enkel overdag open op feestdagen en weekenddagen van 8 uur tot 21 uur en is bemand door 1 huisarts die uitsluitend consultaties doet [18].

Op 4 januari 2019 werd de nieuwe **HAWP Meetjesland** in gebruik genomen door de 190 huisartsen die aangesloten zijn bij de West-Meetjeslandse Huisartsenkring (Wemehak) en de Oost-Meetjeslandse Huisartsenkring (Omehak). De inwoners van volgende gemeenten kunnen een beroep doen op de wachtpost: Aalter, Assenede, Beernem, Eeklo, Evergem, Kaprijke, Lievegem, Maldegem, Sint-Laureins, Wachtebeke, Zelzate, Terdonk en Sint-Kruis-Winkel (de laatste twee zijn deelgemeenten van Gent). Het betreft een gebied van ongeveer 202.000 inwoners (anno 2019). De opstart van deze HAWP kadert in het beleid van de huidige minister van volksgezondheid M. De Block om het aantal en de spreiding van de wachtdienstgebieden te rationaliseren. Deze nieuwe wachtpost is geïntegreerd met de spoeddienst van het AZ Alma Eeklo [19].

Beide wachtposten vertonen veel gelijkenissen qua **organisatie**. Dit komt doordat de huisartsenkringen van het Meetjesland zich lieten inspireren door de HAWP van Brugge. De wachtposten zijn geïntegreerd in een spoeddienst én hebben daarbij een gemeenschappelijke toegangspoort. Ze zijn open op feestdagen en elk weekend van vrijdagavond 19 uur tot maandagochtend 8 uur. Huisartsen werken in shiften van 12 uur (uitzondering van 13 uur op vrijdagnacht). Overdag doen er telkens 3 (Brugge) of 4 (Meetjesland) huisartsen consultaties op de HAWP, terwijl er 2 huisartsen huisbezoeken doen. ’s Nachts is er 1 huisarts die consultaties doet en 1 die huisbezoeken doet [18, 19]. Verder worden de huisartsen zowel door het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) als door de wachtpost betaald. Van het RIZIV ontvangen zij een vast beschikbaarheidshonorarium per uur wacht dat zij presteren. Van de wachtpost ontvangen zij een forfaitaire vergoeding afhankelijk van het soort wachtdienst dat zij presteerden [20].
Deze wachtposten worden ondersteund door onthaalmedewerkers, chauffeurs voor de huisbezoeken en het telefonisch triagesysteem 1733. Zoals eerder vermeld, trieert deze externe triagedienst de telefonische oproepen via duidelijke triageprotocollen. Zelden wordt hierbij naar de huisarts zelf doorverbonden. Als een consultatie of een huisbezoek door een huisarts aangewezen is, wordt deze oproep digitaal doorgestuurd naar de webapplicatie Mediris. Hierop kan de huisarts van wacht de gegevens van de patiënt terugvinden. Op deze webapplicatie worden ook de consultatieverslagen gemaakt en doorgestuurd naar de vaste huisarts. Verder kan de huisarts van wacht via Mediris de Sumehr (Summarized Electronic Health Record) van de patiënten raadplegen. Dit bestand wordt aangemaakt door de vaste huisarts en bevat belangrijke medische gegevens (medicatie, medische en heelkundige voorgeschiedenis,

risicofactoren, vaccinaties, actuele problemen en contactgegevens voor noodgevallen). Daarnaast kan een patiënt ter plaatse zelf kiezen of hij/zij zich aanmeldt op de HAWP of op de spoeddienst. Een spoedverpleegkundige maakt (tijdens de openingsuren van de HAWP) gebruik van de 1733-triageprotocollen en trieert de patiënt indien nodig naar de HAWP. De huisarts kan patiënten via een verwijsbrief naar de spoeddienst doorverwijzen. Verder kan de huisarts ook gebruik maken van het laboratorium en de dienst radiologie van het ziekenhuis. De betaling in de wachtposten gebeurt aan conventietarief. De patiënt dient overigens enkel het remgeld te betalen na de consultatie. In de week worden de wachten georganiseerd door de lokale wachtgroepen. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van de telefonische triagedienst 1733 [18, 19].

De **opzet van deze studie** is te weten te komen wat de attitude van de deelnemende huisartsen is, hoe de communicatie verloopt tijdens en na een wachtdienst en hoe de interactie met de spoeddienst verloopt in deze nieuwe vorm van HAWP. Dit proberen we te kaderen door de nieuwe wachtpost van het Meetjesland te vergelijken met de wachtpost in Brugge, die al meer dan 3 jaar bestaat.

Het tweede aspect van deze studie is nagaan welk effect een HAWP geïntegreerd in een spoeddienst, heeft op de werkdruk van de spoeddienst. Tot 2016 hebben HAWP in België er niet voor kunnen zorgen dat de werkdruk op de spoeddiensten verlicht werd. Men zag zelfs een toename in het aantal spoedcontacten. Echter de wachtposten waren tot dusver niet geïntegreerd met de spoeddienst of bevonden zich nabij of op een grotere afstand van de spoeddienst [2, 4, 9, 10].

Tot op heden zijn er nog maar weinig studies uitgevoerd over deze geïntegreerde HAWP in België. Het doel van dit onderzoek is werkpunten te formuleren en feedback te geven op de huidige werking van deze geïntegreerde HAWP en na te gaan of deze HAWP kunnen zorgen voor een daling van de werkdruk op de spoeddienst. Dankzij dit onderzoek hopen we de werking van de HAWP en de samenwerking met de spoeddienst te optimaliseren en zo te kunnen bijdragen aan de verdere uitbouw van geïntegreerde HAWP in België.

3. Methodologie

3.1 Studiedesign

Deze studie bestaat uit twee luiken. Het eerste luik is een prospectief observationeel onderzoek en het tweede luik is een retrospectief onderzoek. Het werd uitgevoerd van november 2018 tot april 2020, met goedkeuring van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent en het ethisch comité van het AZ Sint-Jan Brugge.

Voor het prospectief observationeel onderzoek werd gebruik gemaakt van een vragenlijst die werd opgesteld door de drie onderzoekers (Dr. J. Heymans, Dr. A. Hoffman en Dr. J. Joye). Via het invullen van de vragenlijst door huisartsen op de geïntegreerde huisartswachtposten van Brugge en het Meetjesland werd informatie verkregen over de attitude van huisartsen, de communicatie tussen huisartsen en de interactie met de nabijgelegen spoeddienst. Voor het retrospectief onderzoek van deze studie werden anonieme gegevens van de patiëntencontacten op de HAWP Brugge en de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge verkregen via respectievelijk de wachtpostverantwoordelijke en de hoofdverpleegkundige van de spoeddienst. Op deze manier werd getracht een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen.

3.2 Vraagstelling

De hoofdvraag van de studie is hoe de werking van een HAWP geïntegreerd in een spoeddienst geoptimaliseerd kan worden. Om deze vraag te kunnen beantwoorden werden er drie onderzoeksvragen opgesteld:

1) Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de HAWP en hoe tevreden zijn ze?
2) Hoe verloopt de communicatie tussen huisartsen tijdens een wachtdienst en hoe gebeurt de opvolging nadien?
3) Hoe verloopt de interactie tussen de HAWP en de spoeddienst?

Elke onderzoeker van deze studie focust in zijn masterthesis op één van deze drie onderzoeksvragen. Dr. J. Heymans en Dr. A. Hoffman focussen in hun masterthesis respectievelijk op de eerste en de tweede onderzoeksvraag. In deze masterthesis wordt onderzocht hoe de interactie tussen de wachtposten van Brugge en het Meetjesland en hun nabijgelegen spoeddienst verloopt. Daarbij wordt de vraag gesteld of de huisartsen van de twee wachtposten hierover een verschillende mening hebben. Ook stelde zich de vraag of huisartsen

binnen eenzelfde wachtpost een verschillende mening hebben op basis van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm.
Vervolgens wordt getracht om een antwoord te formuleren op de vraag of de geïntegreerde HAWP van Brugge de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge kan ontlasten. Tot slot worden in deze studie drie vragen gesteld in verband met de triage: op welke wijze worden patiënten verwezen naar de HAWP, hoeveel patiënten worden naar de spoeddienst doorverwezen op basis van de initiële verwijzing naar de HAWP en hoeveel patiënten worden doorverwezen naar de spoeddienst door de rijdende artsen van wacht tijdens een huisbezoek.

3.3 Inclusie- en exclusiecriteria

Alle huisartsen en HAIO's (huisartsen in opleiding) die werden geïncludeerd in de studie, waren aangesloten bij de HAWP van Brugge of de HAWP Meetjesland. Zij waren allen actief in het wachtpostsysteem en hebben ten minste één wacht gepresteerd op de wachtpost in 2019. Verder werden huisartsen niet uitgesloten op basis van hun leeftijd.

3.4 Retrospectief onderzoek

In het retrospectieve luik van de studie werden digitale, geanonimiseerde gegevens opgevraagd bij de wachtpostmanager van de HAWP Brugge en de hoofdverpleegkundige van de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge. Ten eerste werden de patiëntencontacten opgevraagd die geregistreerd werden op de HAWP en de spoeddienst tussen oktober 2016 en december 2019. Om na te gaan of de HAWP de spoeddienst in die periode heeft kunnen ontlasten, werd per jaar berekend wat het maandelijks gemiddeld aantal patiëntencontacten was dat in het weekend naar de HAWP, in het weekend naar de spoeddienst of in de week naar de spoeddienst ging. Voor de HAWP werd enkel rekening gehouden met consultaties op de wachtpost en dus niet met huisbezoeken die de rijdende artsen doen. Omdat de HAWP opende op 14 oktober 2016, waren er dat jaar voor slechts 2,5 maanden aan gegevens beschikbaar. Daarom werd ervoor gekozen om enkel de patiëntengegevens van januari 2017 tot december 2019 te gebruiken.
Verder bleek dat er in de spoeddienst en de HAWP een verschillende definitie bestaat voor 'patiëntencontacten tijdens de weekenddienst'. In de HAWP worden patiëntencontacten op feestdagen die in de week vallen, meegerekend bij de patiëntencontacten van de weekenddienst. Dit in tegenstelling tot de spoeddienst, waarbij de patiëntencontacten strikt gescheiden worden tussen weekenddienst en weekdienst.

Daarnaast werden bij de spoeddienst ook de patiëntencontacten opgevraagd die geregistreerd werden tussen januari 2008 en september 2016. Voor deze periode bleek echter enkel het totale aantal patiëntencontacten per maand en per jaar beschikbaar te zijn. Gegevens waarbij een opsplitsing werd gemaakt tussen patiëntencontacten op de spoeddienst tijdens de week of tijdens het weekend konden voor deze periode niet worden verkregen. Bijgevolg werd dus enkel het gemiddeld aantal maandelijkse patiëntencontacten over de periode 2008 tot 2019 berekend. Deze gegevens dragen bij tot het antwoord op de vraag of de HAWP de spoeddienst heeft kunnen ontlasten.

Naast het aantal patiëntencontacten op de HAWP tussen oktober 2016 en december 2019 werd ook de wijze van verwijzing van deze patiënten naar de HAWP (via triage van de spoeddienst, via telefonische triage op het nummer 1733 of via zelfverwijzing) en het aantal patiënten dat (op basis van de initiële verwijzing naar de HAWP) werd doorverwezen naar de spoeddienst, opgevraagd. Deze gegevens werden per jaar opgeteld en vervolgens met elkaar vergeleken. Tot slot werd nog het jaarlijks aantal huisbezoeken dat werd uitgevoerd door de rijdende artsen opgevraagd, met daarbij het aantal doorverwijzingen naar de spoeddienst.

3.5 Vragenlijst

3.5.1 Totstandkoming vragenlijst

Inspiratie voor de opstelling van de vragenlijst werd enerzijds gehaald uit vragenlijsten van eerdere studies die een tevredenheidsonderzoek verrichtten [3, 22, 23]. Anderzijds ook uit de werkervaring van de onderzoeker als HAIO en als onthaalmedewerker op de HAWP van Brugge. Na opstelling van de vragenlijst door de onderzoekers werd deze getoetst bij enkele huisartsen op een HAWP in Gent. Nadien werd de definitieve vragenlijst opgesteld (zie bijlage 7.3).

3.5.2 Vragen

De vragenlijst bevat 40 vragen. Het eerste onderdeel (4 vragen) bevraagt demografische gegevens. Het tweede onderdeel (11 vragen) bevraagt de attitude en de tevredenheid van de huisartsen over de HAWP. Het derde onderdeel (10 vragen) bevraagt de communicatie tussen huisartsen tijdens en na de wachtdienst. Het vierde onderdeel (15 vragen) bevraagt hoofdzakelijk de interactie met de spoeddienst. Sommige vragen in dit onderdeel gaan over de tevredenheid van de organisatie van de HAWP (vragen 29, 30, 36, 37) en één vraag gaat over het organiseren van consultaties op zaterdag (vraag 31). De laatste drie vragen (vragen 38 tot

40) werden overigens uitsluitend bevraagd bij de huisartsen van de HAWP van Brugge. Deze vragen gaan namelijk over de satellietwachtpost in Knokke (vraag 38) of over de organisatie van de triage in de HAWP en de spoeddienst van Brugge (vragen 39 en 40).
Na het tweede, derde en vierde onderdeel werd er telkens ruimte gelaten aan de artsen om persoonlijke aanvullingen of opmerkingen te geven op de voorgaande vragen.
In deze studie worden naast de demografische gegevens ook de antwoorden op de vragen van het vierde onderdeel onderzocht en besproken. Relevante opmerkingen of aanvullingen die hierbij werden gegeven door de huisartsen, werden meegenomen in de resultaten of de discussie. Verder werden de antwoorden van twee vragen (vraag 8 en vraag 15.5) uit het tweede onderdeel ook besproken in deze studie. Hierbij werden enkel de antwoorden van de HAWP van Brugge besproken. Dit werd zo gedaan omdat de resultaten van deze vragen interessant leken voor deze studie.
In de studies van Dr. J. Heymans en Dr. A. Hoffman worden de vragen en antwoorden van respectievelijk het tweede en het derde onderdeel bestudeerd.

3.5.3 Organisatie ondervraging

Alle huisartsen en HAIO's die actief waren in 2019 op de HAWP van Brugge en het Meetjesland werden door de wachtpostmanagers via mail geïnformeerd over de studie. Zij werden hierbij gevraagd om deel te nemen aan de studie. Aan het onthaal van de wachtposten werden blanco versies van de vragenlijst gelegd. De onthaalmedewerkers van de wachtposten werden vervolgens over de studie en de vragenlijst ingelicht door de wachtpostmanagers. Zij spoorden de huisartsen tijdens hun wachtdienst aan tot deelname aan de studie. De vragenlijsten werden overigens enkel schriftelijk aangeboden aan de huisartsen. De deelnemende huisartsen konden de vragenlijst zelfstandig invullen en terug afgeven aan de onthaalmedewerker. Nadien werden de vragenlijsten door de onderzoekers geanonimiseerd.
Het invullen van de vragenlijst nam tussen de 10 en 15 minuten in beslag. De vragenlijsten werden aangeboden op de wachtposten tussen 22 mei en 16 november 2019. Er werd naar gestreefd om per wachtpost 100 huisartsen te laten deelnemen aan het onderzoek zodoende een representatief deel van de populatie huisartsen te bekomen. De wachtpostmanager van Brugge stelde eveneens een geanonimiseerde lijst beschikbaar met de gegevens (geslacht, leeftijd, praktijkvorm en de data van de wachtdiensten) van de huisartsen die actief waren in de HAWP van Brugge in 2019. Zo kon onderzocht worden of de deelnemende huisartsen representatief

waren voor de gehele populatie huisartsen. Van de wachtpostmanager van het Meetjesland werd enkel het totale aantal huisartsen actief op de HAWP in 2019 verkregen.

3.6 Dataverwerking

In Office Excel® werden twee databanken aangemaakt: de eerste databank bevatte de gegevens van de vragenlijsten (het prospectieve onderzoek) en de tweede databank bevatte de patiëntengegevens van de spoeddienst en de HAWP (het retrospectieve onderzoek). Deze databanken werden vervolgens in het statistisch verwerkingsprogramma SPSS® ingevoerd. De statistische analyses en grafische weergaves werden met dit programma gemaakt. Telkens werd een statistisch significant verschil aangetoond als de p-waarde <0,05 bedroeg. Bij het vergelijken van de resultaten van de vragenlijsten werd gebruik gemaakt van de Chi-kwadraat (χ^2) test. Wanneer echter niet voldaan werd aan de voorwaarden om deze statistische test uit te voeren (bij een kruistabel 2x2 moeten alle verwachte waarden ('expected count') groter zijn dan 5 en bij grotere kruistabellen (bv. 3x2) moeten meer dan 80% van de verwachte waarden groter zijn dan 5), werd gebruik gemaakt van de Fisher's exact test. Indien deze test werd uitgevoerd, werd '(F)' genoteerd bij de p-waarde in de tabellen. Verder werden tijdens het uitvoeren van de testen telkens de antwoorden 'blanco' of 'geen mening' uitgesloten. Ook werden bij vragen met meerdere antwoordmogelijkheden, statische testen uitgevoerd op elke antwoordmogelijkheid afzonderlijk.

Eerst werden de demografische gegevens (geslacht, leeftijdscategorie, praktijkvorm en afstand tot de wachtpost) van de twee wachtposten met elkaar vergeleken. Nadien werd ook nagegaan of er voor de huisartsen, die actief waren in de HAWP van Brugge in 2019, significante verschillen bestaan tussen de deelnemende huisartsen en de gehele populatie huisartsen. Op die manier werd onderzocht of de selectie van huisartsen representatief is voor de gehele populatie huisartsen. Hierbij werd enkel vergeleken op het vlak van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm. Er werd geen vergelijking gemaakt op basis van de 'aanrijtijd tot de HAWP' omdat deze gegevens niet beschikbaar waren voor de gehele populatie huisartsen.

Vervolgens werden de resultaten van het vierde onderdeel van de vragenlijst onderzocht. Hierbij werd bij vraag 36 (vraag over tevredenheid van de verloning van een wachtdienst) enkel gekeken naar de antwoorden van de huisartsen en werden de antwoorden van de HAIO's niet meegeteld. Dit omdat HAIO's op een verschillende manier vergoed worden voor hun wachtdiensten.

Daarna werd onderzocht of de resultaten van dit vierde onderdeel (met uitzondering van de vragen 38 tot 40) tussen de beide wachtposten significant van elkaar verschilden. Vooraleer de Chi-kwadraat testen konden worden uitgevoerd, werden sommige antwoordopties van bepaalde vragen samengevoegd. Dit werd telkens in de tabellen met resultaten aangeduid met een accolade. Dit was nodig omdat het aantal huisartsen per antwoordoptie anders te klein (< 5) was om een Chi-kwadraat test uit te voeren.

Vervolgens werd binnen elke wachtpost afzonderlijk onderzocht of er significant verschillende antwoorden werden gegeven op basis van geslacht, leeftijdscategorie (jonger of ouder dan 45 jaar) en praktijkvorm (verschil tussen solopraktijken en groepspraktijken (duo, groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum)). Hierbij werden de antwoorden van het vierde onderdeel van de vragenlijst onderzocht. Voor de wachtpost van Brugge werden ook de vragen 38 tot 40 en de extra vragen van het tweede onderdeel, vragen 8 en 15.5, onderzocht. Ook hier werden sommige antwoordopties van bepaalde vragen samengevoegd zodat de Chi-kwadraat test kon worden uitgevoerd.

4. Resultaten

4.1 Huisartsenselectie

In 2019 waren er bij de HAWP van Brugge 282 huisartsen en HAIO's aangesloten. 208 van hen waren actief tijdens het verloop van de studie (van 22 mei tot 16 november 2019).

Van deze 282 huisartsen was 51,1% van het mannelijke en 48,9% van het vrouwelijke geslacht. De leeftijden van de huisartsen verdeelden zich als volgt: 11,3% was HAIO, 22,3 % was jonger dan 35 jaar, 17,4 % was tussen 35 en 45 jaar, 14,9% was tussen 45 en 55 jaar, 30,1% was tussen 55 en 65 jaar en 3,9% was ouder dan 65 jaar. Op basis van praktijkvorm verdeelden de huisartsen zich zo: 28,4% was solo-arts, 19,5% werkte in een duopraktijk, 50,0% werkte in een groepspraktijk en 2,1% werkte in een wijkgezondheidscentrum.

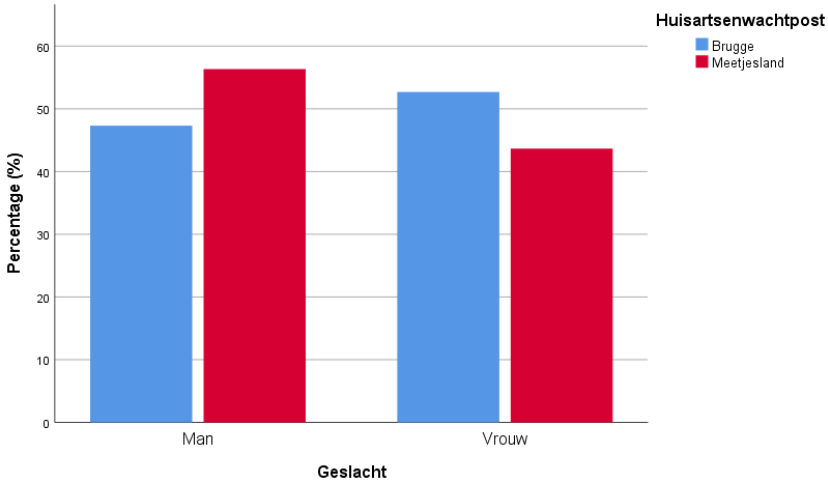
In totaal hebben 93 huisartsen in de HAWP Brugge deelgenomen aan de studie. Dit is 44,7% van de huisartsen die actief waren op de HAWP tijdens het verloop van de studie. Betrokken op het totale aantal huisartsen die aangesloten waren in 2019 in de HAWP, komt dit neer op 33,0%.

In de HAWP Meetjesland waren er 190 huisartsen en HAIO's aangesloten in 2019. 71 van hen namen deel aan de studie. Dit komt neer op een deelnamepercentage van 37,4% voor het totale aantal huisartsen dat aangesloten was in 2019 in de HAWP Meetjesland.

4.2 Vragenlijst: Demografische gegevens

4.2.1 Geslacht

Grafiek 1: Vergelijking wachtposten o.b.v. geslacht

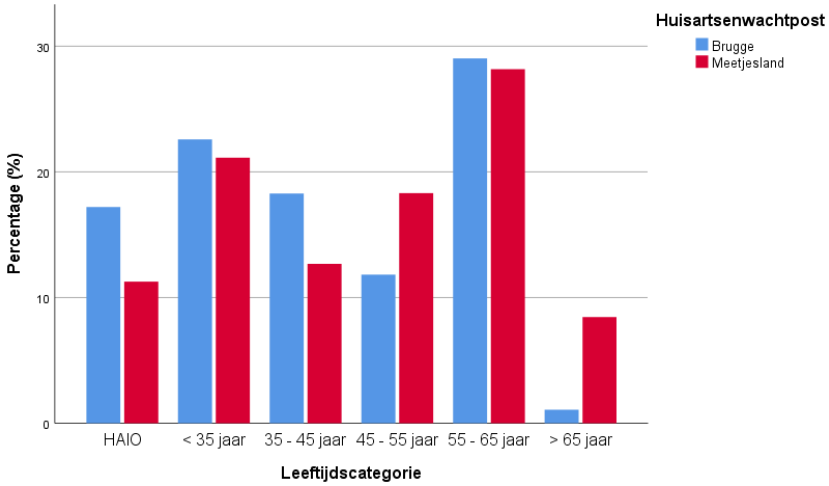


Van de 93 deelnemende huisartsen in de HAWP Brugge waren er 44 van het mannelijke geslacht (47,3%) en 49 van het vrouwelijke geslacht (52,7%). In de HAWP Meetjesland namen er 40 mannen (56,3%) en 31 vrouwen (43.7%) deel aan de vragenlijst. Na het uitvoeren van de

Chi-kwadraat test werd geen significant verschil op basis van geslacht tussen beide wachtposten gevonden (p = 0,252).

4.2.2 Leeftijdscategorie

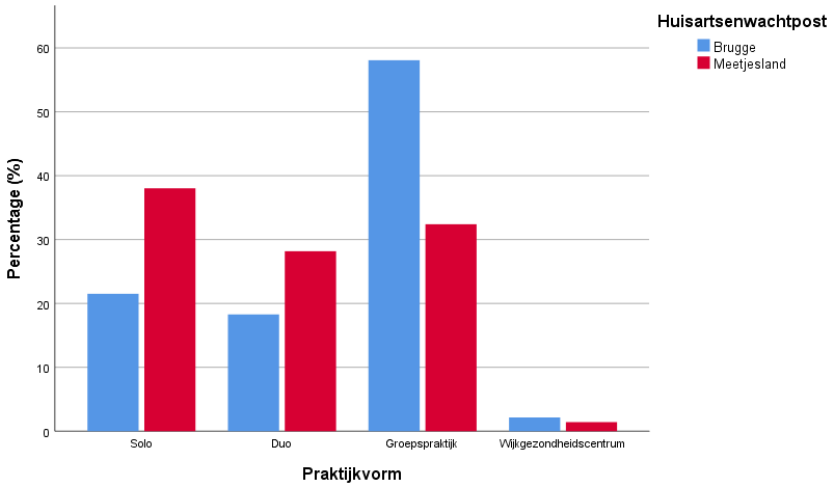
Grafiek 2: Vergelijking wachtposten o.b.v. leeftijdscategorie



De mediaan van de leeftijden van de deelnemende huisartsen in Brugge ligt in de derde leeftijdscategorie (35 - 45 jaar). Bij de deelnemende huisartsen van het Meetjesland ligt de mediaan in de vierde leeftijdscategorie (45 - 55 jaar). De Chi-kwadraat test toont een p-waarde van 0,481. Er is dus geen significant verschil tussen beide wachtposten op basis van leeftijd.

4.2.3 Praktijkvorm

Grafiek 3: Vergelijking wachtposten o.b.v. praktijkvorm

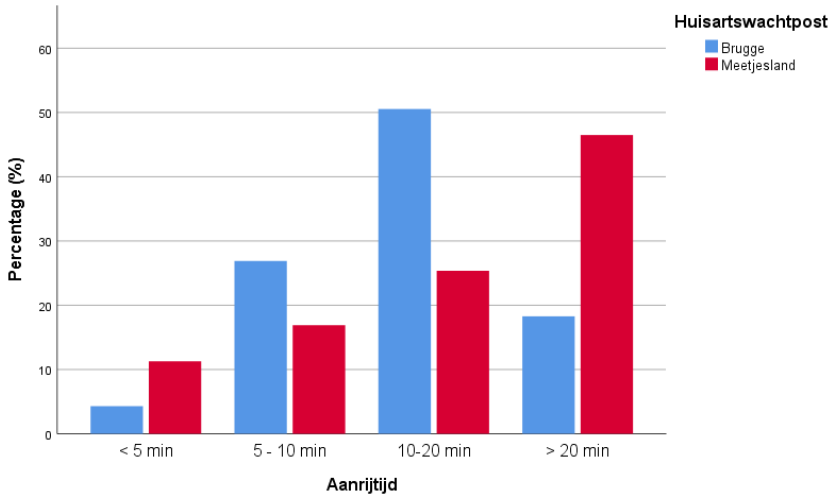


Aan de hand van de Chi-kwadraat test wordt een significant verschil gevonden (p = 0,003) tussen beide wachtposten op het vlak van de verschillende praktijkvormen. De oorzaak hiervan is het verschil tussen het aantal deelnemende huisartsen dat werkt in een groepspraktijk (58,1% in Brugge t.o.v. 32,4% in het Meetjesland). Daarnaast bleek ook uit de persoonlijke

opmerkingen dat één van de solo-artsen in Brugge niet meer actief was in zijn eigen praktijk, maar nog uitsluitend wachtdiensten deed.

4.2.4 Afstand van praktijk tot wachtpost (aanrijtijd)

Grafiek 4: Vergelijking wachtposten o.b.v. aanrijtijd



De mediaan voor de aanrijtijd van de huisartsen ligt in beide wachtposten op 10 – 20 minuten. Verder toont de Chi-kwadraat test een p-waarde van < 0,001. Er bestaat dus een significant verschil tussen beide wachtposten op basis van aanrijtijd tot de HAWP. De oorzaak hiervan is enerzijds het verschil in het aantal huisartsen die 10 tot 20 minuten rijdt naar de HAWP (50,5% in Brugge t.o.v. 25,4% in het Meetjesland) en anderzijds het verschil in het aantal huisartsen dat meer dan 20 minuten moet rijden naar de HAWP (18,3% in Brugge t.o.v. 46,5% in het Meetjesland).

4.2.5 Representativiteit huisartsenselectie HAWP Brugge

De Chi-kwadraat test werd uitgevoerd tussen de twee groepen huisartsen (deelnemende en totale populatie huisartsen) op basis van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm. Voor geen enkele test werd een significant verschil gevonden (geslacht: p = 0,530; leeftijdscategorie: p = 0,528; praktijkvorm: p = 0,539).

4.3 Vragenlijst: Onderdeel 4

In de tabellen 1 tot 3 worden de resultaten van de vragen 26 tot 40 en van de extra vragen 8 en 15.5 weergegeven. De resultaten van de overige vragen (5 tot 25) worden niet besproken in deze studie maar kunnen worden teruggevonden in bijlage 1 (tabellen 7 en 8). In tabel 4 vindt men de resultaten van de Chi-kwadraattesten die werden uitgevoerd op de antwoorden van beide wachtposten.

Tabel 1: Antwoorden op vragen 26 tot 31 (de accolades geven aan welke antwoordopties werden samengevoegd bij het uitvoeren van de Chi-kwadraat test)

Vragen	**Antwoordopties**	Percentage (%) in Brugge	Percentage (%) in Meetiesland
Vraag 26: Wat vindt u ervan dat de wachtpost naast de spoeddienst gelegen is?	Erg positief	19,4	9,9
	Positief	48,4	57,7
	Neutraal	29,0	25,4
	Negatief	2,2	7,0
	Erg negatief	1,1	0,0
Vraag 27: Wat zijn voor u de grote voordelen aan een wachtpost die naast de spoeddienst gelegen is (meerdere antwoorden mogelijk)?	1) Eenvoudig aanvragen labo en radiologie	52,7	90,1
	2) Ontlasting spoeddienst in het weekend	53,8	56,3
	3) Patiënten met acute pathologie kunnen snel naar de spoeddienst verwezen worden	78,5	78,9
	4) Patiënten kunnen sneller geholpen worden	26,9	28,2
	5) Patiënten moeten niet zelf keuze maken tussen spoed/HAWP	48,4	31,0
	6) Besparing van kosten in de gezondheidszorg	39,8	46,5
	Blanco/geen voordelen	2,2	2,8
Vraag 28: Wat zijn voor u de grote nadelen aan een wachtpost die naast de spoeddienst gelegen is (meerdere antwoorden mogelijk)?	1) Patiënten moeten grotere afstand afleggen naar HAWP	19,4	46,5
	2) Patiënten met complexe pathologie worden getrieerd naar HAWP	51,6	9,9
	3) Onzekere huisartsen verwijzen naar de spoeddienst om fouten te verwijden	14,0	16,9
	4) Geen gemeenschappelijke triage	22,6	36,6
	Blanco/geen nadelen	18,3	21,1
Vraag 29: Wat vindt u ervan dat patiënten enkel het remgeld (derdebetalersregeling) dienen te betalen als ze naar de wachtpost komen?	Positief	34,4	59,2
	Negatief	55,9	33,8
	Blanco/ geen mening	9,7	7,0
Vraag 30: Vindt u dat er voldoende medisch materiaal/instrumenten/medicijnen aanwezig zijn op de wachtpost?	Altijd voldoende	68,8	67,6
	Meestal voldoende	30,1	31,0
	Onvoldoende	1,1	1,4
Vraag 31: Bent u sinds de opening van de HAWP gestopt met consultaties doen op zaterdag?	Nooit gedaan	30,1	60,6
	Hiermee gestopt	21,5	9,9
	Minder dan vroeger	16,1	15,5
	Evenveel als vroeger	29,0	12,7
	Blanco	3,2	1,4

Uit vraag 26 blijkt dat het merendeel van de huisartsen het positief vindt dat de wachtpost naast de spoeddienst gelegen is (67,8% in Brugge en 67,6% in het Meetjesland). Ongeveer een kwart van alle huisartsen staat hier neutraal tegenover en een minderheid vindt dit negatief. Er is geen significant verschil tussen de antwoorden in beide wachtposten.

Vraag 27 toont aan dat meer dan de helft van de huisartsen in beide wachtposten aangeeft dat de locatie van de wachtpost volgende voordelen heeft: het is eenvoudiger om laboratoriumtesten en radiologie aan te vragen, de spoeddienst wordt ontlast in het weekend en patiënten met acute pathologie kunnen snel naar de spoeddienst verwezen worden. Tussen 25 en 50% van alle huisartsen vindt dat deze locatie ook volgende voordelen heeft: patiënten

kunnen sneller geholpen worden, patiënten moeten niet zelf de keuze maken om naar de spoeddienst of de HAWP te gaan en deze locatie zorgt voor een besparing in de gezondheidszorg. 2 tot 3% van alle huisartsen vulde de vraag niet in of schreven 'geen voordelen' bij deze vraag. Opvallend is dat huisartsen van het Meetjesland het 'eenvoudig aanvragen van labo en radiologie' een significant groter voordeel vinden dan huisartsen in Brugge ($p < 0,001$). Die laatste vinden dan weer het 'niet zelf moeten kiezen van patiënten tussen de spoeddienst en de HAWP' een significant groter voordeel dan de huisartsen van het Meetjesland ($p = 0,026$).

Uit vraag 28 blijkt dat een significant groter aantal huisartsen in het Meetjesland ($p < 0,001$) aangeeft dat de patiënten door de nieuwe locatie van de wachtpost een grotere afstand moeten afleggen ernaartoe (46,5% t.o.v. 19,4% in Brugge). Daarnaast vindt een significant groter aantal huisartsen in Brugge ($p < 0,001$) dat patiënten met een complexere pathologie naar de HAWP worden getrieerd door de locatie van de wachtpost (51,6% t.o.v. 9,9% in het Meetjesland). Verder is zo'n 15% van alle huisartsen van mening dat, door de nabijgelegen spoeddienst, onzekere huisartsen sneller naar de spoeddienst zullen verwijzen om fouten te vermijden. Tevens vindt een significant groter aantal huisartsen in het Meetjesland ($p = 0,026$) dat het 'niet hebben van een gemeenschappelijke triage met de spoeddienst' een groot nadeel is (36,6% t.o.v. 22,6% in Brugge). Ongeveer 20% van alle huisartsen geeft te kennen dat er geen nadelen zijn aan de locatie van de wachtpost naast de spoeddienst (zij lieten deze vraag blanco of vulden aan met 'geen nadelen').

Vervolgens blijkt uit vraag 29 dat huisartsen in het Meetjesland significant positiever ($p = 0,007$) staan tegenover het feit dat patiënten enkel het remgeld dienen te betalen op de HAWP (59,2% t.o.v. 34,4% in Brugge). Daarnaast vindt respectievelijk 33,8% en 55,9% dit negatief en vindt hierdoor de HAWP te laagdrempelig.

In vraag 30 werd de voorradigheid van medisch materiaal bevraagd op de HAWP. Ongeveer 68% van alle huisartsen is van mening dat er altijd voldoende materiaal aanwezig is en ongeveer 30% vindt dat er meestal voldoende materiaal aanwezig is. Bij deze vraag werd geen significant verschil gevonden tussen de antwoorden van beide wachtposten.

Voorts blijkt uit vraag 31 dat er een significant verschil bestaat tussen de twee wachtposten over het al dan niet openen van de eigen praktijk op zaterdag sinds de opening van de HAWP ($p = 0,001$). In het Meetjesland deed reeds 60,6% van de huisartsen geen consultaties meer op zaterdag (t.o.v. 30,1% in Brugge). Daarnaast is respectievelijk 9,9% en 21,5% van de huisartsen gestopt met consultaties doen op zaterdag en ongeveer 16% van alle huisartsen doet minder

consultaties. 29,0% van de huisartsen in Brugge doet nog steeds evenveel consultaties op zaterdag (t.o.v. 12,7% in het Meetjesland).

Tabel 2: Antwoorden op vragen 32 tot 37 (de accolades geven aan welke antwoordopties werden samengevoegd bij het uitvoeren van de Chi-kwadraat test)

Vragen	**Antwoordopties**	Percentage (%) in Brugge	Percentage (%) in Meetiesland
Vraag 32: Hoe vaak moet u als zittende arts patiënten vanuit de wachtpost doorsturen naar de spoeddienst?	Heel vaak	0,0	0,0
	Vaak	3,2	1,4
	Soms	50,5	23,9
	Heel soms	38,7	50,7
	Zelden tot nooit	7,5	22,5
	Blanco	0,0	1,4
Vraag 33: Hoe vaak moet u als rijdende arts patiënten doorsturen naar de spoeddienst?	Heel vaak	0,0	0,0
	Vaak	4,3	8,5
	Soms	47,3	43,7
	Heel soms	24,7	22,5
	Zelden tot nooit	12,9	4,2
	Blanco	10,8	21,1
Vraag 34: Er is tijdens de wachtdienst een goede samenwerking met het labo.	Helemaal akkoord	9,7	19,7
	Akkoord	47,3	60,6
	Neutraal	34,4	18,3
	Niet akkoord	5,4	0,0
	Helemaal niet akkoord	1,1	0,0
	Blanco	2,2	1,4
Vraag 35: Er is tijdens de wachtdienst een goede samenwerking met de dienst radiologie.	Helemaal akkoord	10,8	4,2
	Akkoord	52,7	54,9
	Neutraal	22,6	25,4
	Niet akkoord	12,9	11,3
	Helemaal niet akkoord	1,1	4,2
Vraag 36: Wat vindt u van de verloning voor een wachtdienst?	Ruim voldoende	11,7	3,2
	Voldoende	42,9	54,0
	Neutraal	28,6	20,6
	Onvoldoende	16,9	15,6
	Erg onvoldoende	0,0	3,2
	Blanco	0,0	3,2
Vraag 37: Het is eenvoudig om een wachtdienst te wisselen of te laten overnemen?	Helemaal akkoord	14,0	5,6
	Akkoord	36,6	43,7
	Neutraal	25,8	35,2
	Niet akkoord	12,9	11,3
	Helemaal niet akkoord	7,5	2,8
	Blanco	3,2	1,4

Vraag 32 (tabel 2) toont een significant verschil tussen de twee wachtposten in het al dan niet moeten doorsturen van patiënten naar de spoeddienst als zittende arts op de HAWP ($p < 0,001$). 53,7% van de huisartsen in Brugge zegt soms tot vaak patiënten te moeten doorsturen (t.o.v. 25,3% in het Meetjesland). Daarnaast geeft 46,2% van de huisartsen in Brugge aan maar heel soms tot nooit patiënten te moeten doorsturen (t.o.v. 73,2% in het Meetjesland).

Uit vraag 33 blijkt dat ongeveer 50% van alle huisartsen zegt dat ze patiënten soms tot vaak moeten doorsturen naar de spoeddienst als rijdende arts. Tussen 22 en 25% doet dit heel soms. 12,9% van de huisartsen in Brugge zegt dit zelden tot nooit te doen t.o.v. 4,2% in het Meetjesland. Voor deze vraag bestaat er geen significant verschil tussen de antwoorden in beide wachtposten.
Verderop volgt uit vraag 34 dat de huisartsen van het Meetjesland significant positiever staan tegenover de samenwerking met het laboratorium in het ziekenhuis ($p = 0,005$). In Brugge gaat 57,0% van de huisartsen akkoord met deze stelling t.o.v. 80,3% van de huisartsen in het Meetjesland. 40,9% van de huisartsen in Brugge staat hier neutraal tegenover of is hier (helemaal) niet mee akkoord t.o.v. 18,3% van de huisartsen in het Meetjesland.
Uit vraag 35 blijkt dat ongeveer 60% van alle huisartsen stelt dat er een goede samenwerking is met de dienst radiologie. Ongeveer 25% staat hier neutraal tegenover en ongeveer 15% vindt dat er geen goede samenwerking is. Na het uitvoeren van de Chi-kwadraat test blijkt er voor deze vraag geen significant verschil te bestaan tussen de twee wachtposten.
Met betrekking tot de verloning van de wachtdiensten (vraag 36) vindt 54,6% van de huisartsen in Brugge en 57,2% van de huisartsen in het Meetjesland die (ruim) voldoende. Respectievelijk staat 28,6% en 20,6% van de huisartsen hier neutraal tegenover. 16,9% van de huisartsen in Brugge en 18,8% van de huisartsen in het Meetjesland vindt de verloning (erg) onvoldoende. Tussen de beide wachtposten werd voor deze vraag geen significant verschil gevonden.
Uit vraag 37 blijkt dat in Brugge 50,6% van de huisartsen en in het Meetjesland 49,3% van de huisartsen het eenvoudig vindt om wachtdiensten te wisselen. 25,8% en 35,2% staat hier respectievelijk neutraal tegenover. 20,4% van de huisartsen in Brugge en 14,1% van de huisartsen in het Meetjesland gaat (helemaal) niet akkoord met deze stelling. Er werd geen significant verschil gevonden tussen beide wachtposten. Uit de persoonlijke opmerkingen blijkt dat voornamelijk praktijkopleiders van HAIO's het moeilijk vinden om te wisselen omdat zij gekoppeld zijn aan hun HAIO voor een wachtdienst.

Volgende resultaten werden gevonden uit vraag 38 (tabel 3): 9,7% van de huisartsen in Brugge vindt satellietwachtposten (zoals de HAWP van Knokke) geen meerwaarde, 74,2% vindt dit nuttig voor afgelegen regio's en 14,0% vindt dit enkel nuttig als de satellietwachtpost ook bij een ziekenhuis is gelegen.
Daarnaast blijkt uit vraag 39 dat 21,5% van de huisartsen in Brugge tevreden is met de huidige triage op de HAWP. 40,9% geeft te kennen dat er betere afspraken nodig zijn tussen de

spoeddienst en de HAWP. 44,1% stelt dat er een gemeenschappelijke triageverpleegkundige moet worden aangesteld met de spoeddienst om de triage uit te voeren.

Tabel 3: Antwoorden op vragen 38 tot 40 en extra vragen 8 en 15.5

Vragen	**Antwoordopties**	Percentage (%) in Brugge
Vraag 38: Hoe staat u tegenover satellietwachtposten, zoals de wachtpost in Knokke (Meerdere antwoorden mogelijk)?	1) Geen meerwaarde	9,7
	2) Nuttig voor afgelegen regio's	74,2
	3) Enkel nuttig als het bij een ziekenhuis ligt	14,0
	Blanco	5,4
Vraag 39: Hoe vindt u dat de triage op de HAWP dient te verlopen? (Meerdere antwoorden mogelijk)	1) Ik ben tevreden over de huidige triage	21,5
	2) Betere afspraken zijn nodig tussen de spoeddienst en HAWP	40,9
	3) Gemeenschappelijke triageverpleegkundige (met de spoeddienst) moet worden aangesteld	44,1
	Blanco	2,2
Vraag 40: Heeft u al eens patiënten die van de spoeddienst naar de wachtpost doorgestuurd werden, moeten terugsturen naar de spoeddienst?	Heel vaak	1,1
	Vaak	14,0
	Soms	45,2
	Heel soms	26,9
	Zelden tot nooit	11,8
	Blanco	1,1
Vraag 8: Als ik moet kiezen tussen het oude wachtsysteem en dat van de HAWP:	Oude wachtsysteem	4,3
	Huidig wachtsysteem	37,6
	Uitbreiden met weekwachten	51,6
	Wachtsystemen zijn evenwaardig	5,4
	Blanco	1,1
Vraag 15.5: Na enkele wachten waren deze onrusten terecht (meerdere antwoorden mogelijk)?	Patiënten komen met niet-dringende klachten	75,3

Uit vraag 40 blijkt dat 15,1% van de huisartsen in Brugge (heel) vaak patiënten moet terugsturen naar de spoeddienst die initieel van de spoeddienst naar de HAWP werden getrieerd. 45,2% zegt dit soms te moeten doen. En 38,7% zegt dit heel soms tot nooit te moeten doen.

Voorts blijkt uit vraag 8 dat 4,3% van de huisartsen in Brugge het oude wachtsysteem verkiest. 37,6% verkiest het huidige wachtsysteem. 51,6% wil het huidige wachtsysteem uitbreiden met de weekwachten, wat wil zeggen dat de weekwachten ook worden georganiseerd via de HAWP en niet meer via de lokale wachtgroepen. Daarnaast vindt 5,4% de verschillende wachtsystemen evenwaardig.

Tot slot blijkt uit vraag 15.5 dat 75,3% van de huisartsen in Brugge vaststelt dat patiënten met niet-dringende klachten naar de huisartswachtpost komen.

Tabel 4: Statistische vergelijking antwoorden Brugge en Meetjesland (de aangeduide p-waarden wijzen op een statistisch significant verschil)

Vraag	p-waarde	Vraag	p-waarde
Vraag 26	0.217	Vraag 28.4	**0,026**
Vraag 27.1	< **0,001**	Vraag 29	**0,007**
Vraag 27.2	0,702	Vraag 30	0,869
Vraag 27.3	0,882	Vraag 31	**0,001**
Vraag 27.4	0,833	Vraag 32	< **0,001**
Vraag 27.5	**0,026**	Vraag 33	0,229
Vraag 27.6	0,365	Vraag 34	**0,005**
Vraag 28.1	< **0,001**	Vraag 35	0,855
Vraag 28.2	< **0,001**	Vraag 36	0,474
Vraag 28.3	0,531	Vraag 37	0,151

Tabel 5: Statistische vergelijking antwoorden Brugge op vlak van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm (de aangeduide p-waarden wijzen op een statistisch significant verschil)

Vraag	P-waarde: geslacht	P-waarde: leeftijdscategorie	P-waarde: praktijkvorm	Vraag	P-waarde: geslacht	P-waarde: leeftijdscategorie	P-waarde: praktijkvorm
Vraag 26	0,709	0,777	0,175	Vraag 33	0,364	**0,044**	**0,007**
Vraag 27.1	0,153	0,974	0,101	Vraag 34	0,208	0,358	0,061
Vraag 27.2	0,416	0,318	0,615	Vraag 35	0,601	0,746	0,211 (F)
Vraag 27.3	0,715	0,480	0,342 (F)	Vraag 36	0,650	0,147	0,995
Vraag 27.4	0,828	0,578	0,779	Vraag 37	0,357	0,071	0,298 (F)
Vraag 27.5	0,348	0,580	0,956	Vraag 38.1	0,076 (F)	1,000 (F)	0,382 (F)
Vraag 27.6	0,093	0,375	0,107	Vraag 38.2	0,265	0,518	0,525 (F)
Vraag 28.1	**0,001**	0,062	0,752 (F)	Vraag 38.3	0,524	0,677	1,000 (F)
Vraag 28.2	0,065	**0,043**	0,444	Vraag 39.1	0,056	0,655	1,000 (F)
Vraag 28.3	0,827	0,346	0,172 (F)	Vraag 39.2	0,053	0,270	0,185
Vraag 28.4	0,330	0,262	0,556 (F)	Vraag 39.3	0,416	**0,045**	0,100
Vraag 29	0,178	0,813	0,682	Vraag 40	**0,027**	0,110	0,812
Vraag 30	0,095	0,942	0,897	Vraag 8	0,642 (F)	**0,009 (F)**	0,466
Vraag 31	0,150	**0,001**	0,401 (F)	Vraag 15.5	0.276	0.276	1.000 (F)
Vraag 32	0,490	0,407	0,163				

In tabel 5 zijn de p-waarden terug te vinden van de Chi-kwadraat of Fisher's exact testen (F) die werden uitgevoerd op de antwoorden van de huisartsen in Brugge op vlak van geslacht, leeftijdsvorm (jonger of ouder dan 45 jaar) en praktijkvorm (verschil tussen solopraktijken en groepspraktijken (duopraktijk, groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum)). Deze antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 1 (tabellen 9 en 10). Er werden enkele statisch significante verschillen gevonden.

Uit vraag 28.1 blijkt dat 19,4% van de huisartsen vindt dat patiënten een grotere afstand moeten afleggen naar de wachtpost. Volgens geslacht blijkt dat 42,4% van de mannen akkoord ging met deze stelling in vergelijking met slechts 9,3% van de vrouwen ($p = 0,001$).

51,6% van de huisartsen vindt het een nadeel dat patiënten met complexe pathologie getrieerd worden naar de HAWP (vraag 28.2). Op basis van de leeftijd blijkt dat 72,7% van de jongere artsen hiermee akkoord ging, in vergelijking met slechts 50,0% van de oudere artsen. Dit is een significant verschil ($p = 0,043$).

Jongere en oudere artsen hebben vraag 31 i.v.m. consultaties op zaterdag significant verschillend ingevuld ($p = 0,001$): 46,2% van de jongere en 10,5% van de oudere artsen heeft nooit consultaties op zaterdag gedaan, 21,2% van de jongere en 23,7% van de oudere artsen is hiermee gestopt, 7,7% van de jongere en 28,9% van de oudere artsen zegt minder consulten op zaterdag te doen dan vroeger en tot slot doet 25,0% van de jongere en 36,8% van de oudere artsen nog evenveel consulten op zaterdag als voor de opening van de HAWP.

Bij vraag 33 antwoorden jongere en oudere artsen ook significant verschillend ($p = 0,044$). 70,5% van de jongere tegenover 43,6% van de oudere zegt soms tot (heel) vaak patiënten te moeten doorverwijzen naar de spoeddienst tijdens een rijdende wachtdienst. Daarnaast zegt 29,5% van de jongere en 56,4% van de oudere artsen dit heel soms tot nooit te moeten doen. Ook is er bij deze vraag een significant verschil tussen solo-artsen en artsen die werken in een groepspraktijk ($p = 0,007$). 42,1% van de solo-artsen tegenover 62,5% van de artsen in groepspraktijken zegt soms tot (heel) vaak patiënten te moeten doorverwijzen naar de spoeddienst tijdens een rijdende wachtdienst. Daarnaast zegt 57,9% van de solo-artsen en 37,5% van de artsen in groepspraktijken dit heel soms tot nooit te moeten doen.

44,1% van de huisartsen vindt dat er een gemeenschappelijke triageverpleegkundige moet worden aangesteld om de triage bij de HAWP te optimaliseren (vraag 39.3). 53,7% van de jongere artsen tegenover 32,4% van de oudere artsen gaat akkoord met deze stelling. Dit is een significant verschil tussen beide leeftijdscategorieën ($p = 0,045$).

Vraag 40 beantwoorden mannen en vrouwen significant anders ($p = 0,027$). 4,7% van de mannelijke artsen en 24,5% van de vrouwelijke artsen zegt vaak tot heel vaak patiënten te moeten terugverwijzen naar de spoeddienst. 48,8% van de mannen en 42,9% van de vrouwen zegt dit soms te moeten doen. Tot slot zegt 46,5% van de mannen en 32,7% van de vrouwen dit heel soms tot nooit te moeten doen.

Uit vraag 8 blijkt een significant verschil op basis van leeftijdscategorie ($p = 0,009$). 1,9% van de jongere artsen en 7,7% van de oudere artsen is voorstander van het oud wachtsysteem. 28,3%

van de jongere artsen en 51,3% van de oudere artsen verkiest het huidige wachtsysteem. 66,0% van de jongere en 33,3% van de oudere artsen vindt dat de weekwachten ook moeten georganiseerd worden in de HAWP. Tot slot vindt 3,8% van de jongere en 7,7% van de oudere artsen dat de verschillende wachtsystemen evenwaardig zijn.

Tabel 6: Statistische vergelijking antwoorden Meetjesland op vlak van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm (de aangeduide p-waarden wijzen op een statistisch significant verschil)

Vraag	P-waarde: geslacht	P-waarde: leeftijdscategorie	P-waarde: praktijkvorm	Vraag	P-waarde: geslacht	P-waarde: leeftijdscategorie	P-waarde: praktijkvorm
Vraag 26	0,983	0,179	0,895	Vraag 28.4	0,489	1,000	0,712
Vraag 27.1	1,000 (F)	0,370 (F)	0,073 (F)	Vraag 29	0,815	0,283	0,314
Vraag 27.2	0,239	0,334	0,501	Vraag 30	0,983	0,852	0,697
Vraag 27.3	0,829	0,603	0,565	Vraag 31	0,083 (F)	**0,020 (F)**	0,150 (F)
Vraag 27.4	0,364	**0,033**	0,523	Vraag 32	0,343	0,076	0,596
Vraag 27.5	0,073	0,952	0,394	Vraag 33	0,784	0,158	0,589
Vraag 27.6	0,197	0,064	**0,044**	Vraag 34	0,881	0,514	0,754 (F)
Vraag 28.1	0,141	0,415	0,391	Vraag 35	0,276	0,133	0,722 (F)
Vraag 28.2	1,000 (F)	0,422 (F)	0,429 (F)	Vraag 36	0,504	0,614	0,124
Vraag 28.3	0,748 (F)	0,193	1,000 (F)	Vraag 37	0,811	0,223	0,258

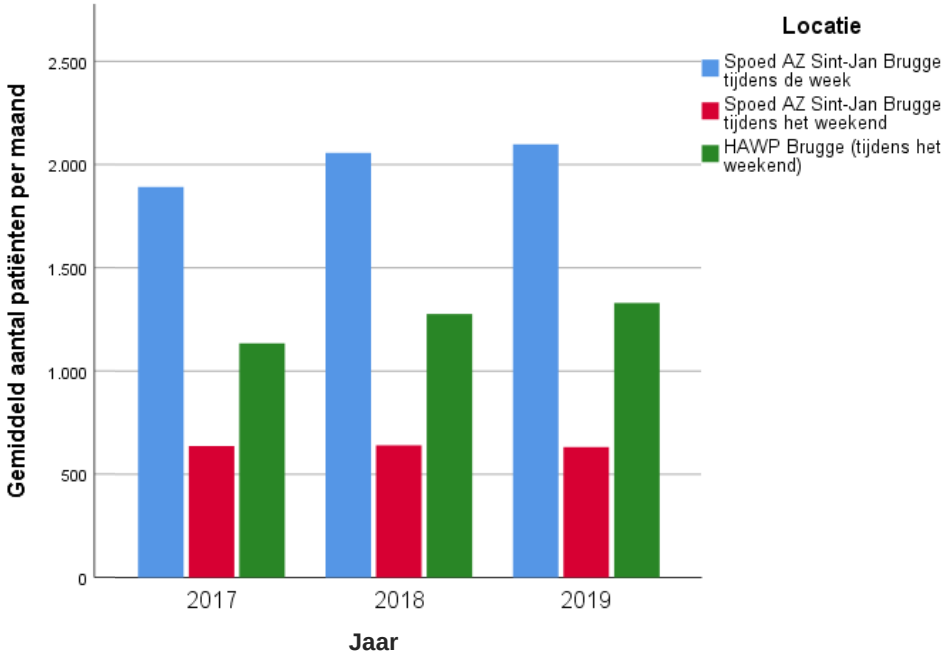
In tabel 6 zijn de p-waarden terug te vinden van de Chi-kwadraat of Fisher's exact testen (F) die werden uitgevoerd op de antwoorden van de huisartsen in het Meetjesland op vlak van geslacht, leeftijdsvorm en praktijkvorm. Deze antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 1 (tabellen 9 en 10). Slechts 3 testen geven een statistisch significant verschil aan.

Uit vraag 27.4 blijkt dat 16,1% van de jongere artsen en 39,5% van de oudere artsen vindt dat patiënten sneller kunnen geholpen worden als de HAWP naast de spoeddienst gelegen is. Dit verschil tussen de leeftijden is significant (p = 0,033). Daarnaast vindt 63,0% van de solo-artsen en 38,1% van de artsen die werken in een groepspraktijk, dat de locatie van de nieuwe HAWP zorgt voor een besparing in de gezondheidszorg (vraag 27.6). Dit verschil tussen praktijkvormen is significant (p =0,044).

Tot slot is er ook bij de huisartsen van het Meetjesland een significant verschil tussen de leeftijden bij vraag 31. Zo zegt 81,3% van de jongere en 44,7% van de oudere artsen nooit consultaties te hebben gedaan op zaterdag. 6,3% van de jongere en 13,2% van de oudere artsen is hiermee gestopt. 6,3% van de jongere en 23,7% van de oudere artsen doet minder consultaties op zaterdag dan vroeger. Tot slot geeft 6,3% van de jongere artsen en 18,4% van de oudere artsen aan evenveel consultaties op zaterdag te doen als voor de opening van de HAWP.

4.4 Retrospectief onderzoek

Grafiek 5: Vergelijking gemiddeld aantal maandelijkse patiëntencontacten per locatie per jaar



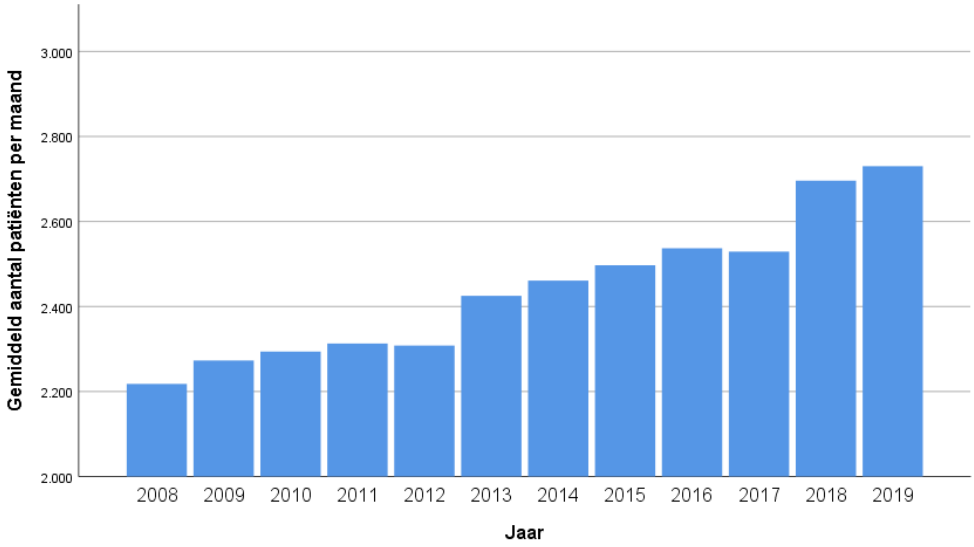
In grafiek 5 wordt het gemiddeld aantal maandelijkse patiëntencontacten weergegeven op de HAWP Brugge en de spoeddienst AZ Sint-Jan Brugge (in het weekend of in de week) van 2017 tot 2019.

In 2017 waren er maandelijks gemiddeld 1892 patiënten op de spoeddienst tijdens de weekdienst. In 2018 waren dit gemiddeld 2056 patiënten (+ 8,7%) en in 2019 waren dit gemiddeld 2098 patiënten (+ 2,0%). Dit komt neer op een totale stijging van 10,9% over de gehele periode.

Tijdens de weekends waren er op de spoeddienst maandelijks gemiddeld 637 patiënten in 2017. Dit gemiddeld aantal patiënten steeg naar 640 in 2018 (+0,5%), waarop het daalde naar gemiddeld 632 patiënten in 2019 (-1,3%). Over de periode 2017 tot 2019 komt dit neer op een daling van 0,8% van het maandelijks gemiddeld aantal patiënten op de spoedafdeling in het weekend.

In 2017 meldden zich maandelijks gemiddeld 1134 patiënten aan op de HAWP. In 2018 steeg dit gemiddeld aantal patiënten naar 1276 (+ 12,5%). Vervolgens steeg dit gemiddeld aantal patiënten verder naar 1329 in 2019 (+ 4,2%). Dit komt neer op een totale stijging van 17,2% over de gehele periode.

Grafiek 6: Gemiddeld aantal maandelijkse patiëntencontacten op de spoeddienst AZ Sint-Jan Brugge per jaar



In grafiek 6 is de evolutie te zien van het gemiddeld aantal maandelijkse patiëntencontacten op de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge van 2008 tot 2019. Hierbij gaat het zowel om patiëntencontacten die in de week als in het weekend plaatsvonden op de spoeddienst. Ook moet worden opgemerkt dat de y-as een schaalbereik heeft van 2000 tot 3000 gemiddeld aantal patiënten per maand (dit werd zo gedaan om duidelijker de evolutie in de tijd te zien). Tussen 2008 en 2019 steeg het gemiddeld aantal maandelijkse spoedcontacten met 23,1%. Jaarlijks steeg het gemiddeld aantal maandelijkse spoedcontacten gemiddeld ca. 2,1%. In twee jaren werd echter een lichte daling vastgesteld, namelijk in 2012 (-0,2%) en 2017 (-0,3%). In 2013 en 2018 werden dan weer opvallende stijgingen vastgesteld van respectievelijk 5,1 en 6,6%.

Tevens werd de wijze van verwijzing van deze patiënten naar de HAWP van Brugge onderzocht. In 2017 meldde 15,0% van de patiënten zich aan via triage van de spoeddienst, 41,0% via telefonische triage met het nummer 1733 en 44,0% via zelfverwijzing (wandelde spontaan binnen). In 2018 werd 13,4% van de patiënten getrieerd via de spoeddienst en 86,6% werd verwezen via de telefonische triage of wandelde spontaan binnen (onderscheid werd hier dit jaar niet gemaakt). In 2019 meldde zich 13,6% zich aan via triage van de spoeddienst, 65,0% via telefonische triage en 21,4% via zelfverwijzing.

In 2017 werd 5,7% van de zelfverwijzers, 5,5% van de patiënten die via telefonische triage werden doorgestuurd en 11,0% van de patiënten die werden getrieerd van de spoeddienst naar de HAWP, doorverwezen naar de spoeddienst. Op het totale aantal patiënten die zich aanmeldde op de HAWP, komt dit neer op 6,5%.

In 2018 werd 5,3% van de patiënten die spontaan binnenwandelden of die via de telefonische triage naar de HAWP verwezen werden, naar de spoeddienst doorverwezen. Van de patiënten die initieel door de spoeddienst naar de HAWP werden getrieerd, werd 9,4% doorverwezen naar de spoeddienst. In 2018 werd in totaal 5,9% van de patiënten verwezen naar de spoeddienst.

Ten slotte waren de percentages van de patiënten die in 2019 naar de spoeddienst doorverwezen werden, de volgende: 4,8% van de patiënten die spontaan binnenwandelden, 5,2% van de patiënten die telefonisch getrieerd werden en 9,4% van de patiënten die via de spoeddienst naar de HAWP werden getrieerd. In totaal werd dit jaar 5,5% van de patiënten verwezen naar de spoeddienst.

Als men kijkt naar het aantal patiënten dat tijdens een huisbezoek in het weekend van een rijdende arts van wacht naar de spoeddienst wordt verwezen, kwam dit neer op 12,0% in 2017, 10,0% in 2018 en 10,3% in 2019.

Discussie

5.1 Vragenlijst

De twee wachtposten verschillen niet op basis van geslacht en leeftijd van de huisartsen. Wel werd een verschil in praktijkvorm en aanrijtijd gevonden. De huisartsen in Brugge werken significant meer in groepspraktijken. Huisartsen in het Meetjesland moeten een grotere afstand afleggen tot de HAWP. Dit zijn te verwachten verschillen gezien hier een provinciehoofdstad vergeleken wordt met een eerder landelijk gebied.

Uit de vragenlijst blijkt dat de meeste huisartsen (bijna 68%) van beide wachtposten het positief vinden dat de wachtpost geïntegreerd is met de spoeddienst. Eenvoudig doorsturen naar de spoeddienst, gebruik maken van het laboratorium en de radiologie van het ziekenhuis en het ontlasten van de spoeddienst vindt meer dan de helft van alle huisartsen een voordeel (respectievelijk ongeveer 79%, 71% en 55%). Ook vindt meer dan de helft van alle huisartsen dat er een goede samenwerking is met de dienst radiologie (ongeveer 60%) en het laboratorium (ongeveer 69%). Voorts geeft ongeveer 43% van alle huisartsen aan dat de integratie van de HAWP met de spoeddienst zorgt voor een besparing in de gezondheidszorg. Toekomstige studies zullen moeten uitwijzen of dit effectief het geval is. Minder dan een derde van alle huisartsen is ervan overtuigd dat patiënten op deze manier sneller geholpen kunnen worden. Redenen hiervoor kunnen enerzijds langere wachttijden zijn (in vergelijking met de oude, niet-geïntegreerde HAWP) of anderzijds de grotere afstand tot de wachtpost die de patiënten moeten afleggen. In de HAWP Meetjesland geeft immers 46,5% van de huisartsen aan dat de grotere afstand naar de HAWP een groot nadeel is.

Verder geeft ongeveer 40% van alle huisartsen aan dat het een voordeel is dat patiënten niet zelf de keuze moeten maken tussen de spoeddienst of de HAWP. De vermoedelijke reden voor deze minderheid is dat patiënten inderdaad niet moeten kiezen tussen twee locaties, maar dat ze ter plaatse wel nog de keuze moeten maken aan welk onthaal ze zich aanmelden.
In de huidige organisatie van het triagesysteem heeft de patiënt dan ook veel keuzevrijheid. Hierdoor kunnen patiënten met een spoedeisend medisch probleem zich aanmelden op de HAWP, terwijl patiënten met een niet-spoedeisend medisch probleem zich kunnen aanmelden op de spoeddienst. Uit het retrospectief onderzoek bleek dat in de periode 2017 – 2019 13,4% tot 15,0% van de patiënten die zich aanmeldden op de HAWP Brugge, zich eerst had aangemeld op de spoeddienst. Van deze patiënten werd 9,4% tot 11,0% terugverwezen naar de spoeddienst.

Nochtans zegt 60,3% van de huisartsen in Brugge soms tot (heel) vaak dergelijke patiënten te moeten terugsturen naar de spoeddienst. Daarnaast werd in totaal 5,5% tot 6,5% van de patiënten op de HAWP doorverwezen naar de spoeddienst. Uit de vragenlijst blijkt dat 53,7% van de huisartsen in Brugge zegt dat ze soms tot vaak patiënten moeten doorverwijzen naar de spoeddienst tijdens hun zittende wachtdienst. In de pas opgestarte wachtpost in het Meetjesland ligt dit percentage lager (25,3%).
Een deel van de patiënten wordt dus van de spoeddienst naar de HAWP (of omgekeerd) doorverwezen. Dit ligt enerzijds aan de keuzevrijheid van de patiënt in het huidige triagesysteem. Anderzijds kan dit ook volgen uit tekortkomingen in de 1733-triageprotocollen die de spoeddienst gebruikt om patiënten te verwijzen naar de HAWP of aan huisartsen die te snel patiënten zouden doorverwijzen van de HAWP naar de spoeddienst.

Met deze huidige vorm van triage blijkt ook dat slechts 21,5% van de huisartsen in Brugge tevreden is. 40,9% van deze huisartsen vindt dat er betere afspraken moeten gemaakt worden tussen de spoeddienst en de HAWP. Tot slot vindt 44,1% dat de triage kan geoptimaliseerd worden als er voor de spoeddienst en de HAWP een gemeenschappelijke triageverpleegkundige zou worden ingezet (voornamelijk jongere artsen zijn hier voorstander van). Daarnaast vindt 36,6% van de huisartsen in het Meetjesland en 22,6% van de huisartsen in Brugge dat het niet hebben van een gemeenschappelijke triage met de spoeddienst een groot nadeel is. Net zoals het KCE-rapport van 2016 voorstelt, kan een gemeenschappelijke triage bij aankomst van de patiënt zorgen voor een efficiëntere samenwerking van de spoeddienst en de geïntegreerde HAWP [4]. Dit kan resulteren in een drastische vermindering van het aantal doorverwijzingen tussen de spoeddienst en de HAWP.

Zoals het KCE-rapport ook aangeeft, zorgen oneigenlijke spoedcontacten voor een hogere kost van de gezondheidszorg en het meer uitvoeren van nutteloze technische onderzoeken [4]. Echter is het op heden onwettig om patiënten de toegang tot de spoeddienst te weigeren op basis van een eerste triage. Een triageverpleegkundige kan een patiënt dus niet verplichten om naar de vaste huisarts of om naar de HAWP te gaan zonder dat een arts bij deze beslissing betrokken is. Wel kan deze triageverpleegkundige aan patiënten met een niet-spoedeisende hulpvraag voorstellen om zich aan te melden op de HAWP, zodoende sneller geholpen te worden [4, 17]. Daarnaast blijken er ook op de HAWP Brugge oneigenlijke contacten te zijn. 75,3% van de huisartsen vindt namelijk dat patiënten met niet-dringende klachten naar de HAWP komen.

Ook hier kunnen patiënten met niet-dringende klachten (die kunnen wachten tot na het weekend) wettelijk niet geweigerd worden. Een mogelijke oplossing voor deze oneigenlijke contacten op de spoeddienst en de HAWP is het bindend maken van de triage. Hierbij kunnen patiënten met een niet-spoedeisend medisch probleem verplicht verwezen worden naar de HAWP. Daarnaast kunnen patiënten die zich aanmelden met medische klachten die kunnen wachten tot na het weekend, geweigerd worden. Zij worden verwezen naar de vaste huisarts. Dit kan resulteren in een besparing in de gezondheidszorg en een daling van de werkdruk.

Een andere oorzaak van oneigenlijke wachtpostcontacten kan de lage kost zijn voor de patiënt. In de HAWP Brugge vindt 55,9% van de huisartsen het negatief dat de patiënten enkel het remgeld moeten betalen, waardoor de wachtpost te laagdrempelig wordt. Interessant is dat de huisartsen van het Meetjesland hier significant verschillend op antwoorden (slechts 33,8% staat hier negatief tegenover). Een verschil in werkdruk tussen de wachtposten kan een mogelijke oorzaak zijn voor deze verschillende resultaten. Een mogelijke oplossing hiervoor kan een verhoging zijn van het remgeld op de HAWP om patiënten aan te moedigen om naar hun vaste huisarts te gaan tijdens de kantooruren. Dit werd eveneens voorgesteld in het KCE-rapport. Ook stelde het rapport voor om het remgeld gelijk te schakelen met dat van de spoeddienst, waarbij het remgeld ook slechts éénmaal betaald dient te worden op voorwaarde dat de patiënt de zorgsetting kiest die uit de triage volgt [4]. Om het aantal oneigenlijke wachtpostcontacten nog verder te doen verminderen, kunnen er ook campagnes worden opgezet om de patiënt duidelijk te maken wanneer men wel en wanneer men niet naar de HAWP dient te komen (bijvoorbeeld voorschrijven chronische medicatie, chronische opvolgconsulten etc.).

Vervolgens zou ook de telefonische triage via het telefoonnummer 1733 bindend moeten zijn. Op heden kunnen patiënten die telefonisch verwezen worden naar de HAWP, zich toch aanmelden op de spoeddienst. Ook kunnen huisbezoeken voor niet-dringende klachten wettelijk niet geweigerd worden. De telefonische triage zou dus patiënten verplicht moeten kunnen verwijzen naar de HAWP, de spoeddienst of de vaste huisarts. Net zoals in Nederland zouden deze oproepen bijvoorbeeld door artsen of getrainde verpleegkundigen kunnen worden beantwoord, derhalve een betere inschatting van de klachten te kunnen maken [4]. Anderzijds kan dit er ook voor zorgen dat oproepen van patiënten met een spoedeisende hulpvraag vlugger herkend worden. Bijna 50% van alle huisartsen zegt immers dat ze soms tot vaak patiënten moeten doorsturen naar de spoeddienst als rijdende arts. Uit het retrospectief onderzoek blijkt

overigens dat 10,0% tot 12,0% van de thuis bezochte patiënten wordt doorverwezen naar de spoeddienst.

Daarnaast zijn de meeste huisartsen in beide wachtposten tevreden over het aanwezige materiaal op de HAWP. Ongeveer een derde van alle huisartsen zegt wel soms eigen materiaal of medicijnen te moeten gebruiken. Een navraag om welk materiaal of medicijnen dit gaat, kan hier mogelijk voor een grotere tevredenheid zorgen. Verder is slechts iets meer dan 50% van alle huisartsen tevreden met de verloning van een wachtdienst. Vermoedelijk komt dit door het forfaitaire betalingssysteem. Huisartsen verdienen voor hetzelfde werk vermoedelijk minder op de wachtpost in vergelijking met op de eigen praktijk. Op het vlak van het wisselen van wachtdiensten blijkt dat ongeveer 50% van de huisartsen dit eenvoudig vindt. Tussen 14,1% en 20,4% van de huisartsen vindt dit (helemaal) niet eenvoudig. Een flexibelere regeling om wachten te wisselen voor HAIO's en hun praktijkopleiders kan mogelijk voor een grotere tevredenheid zorgen. Verder vindt een meerderheid van de artsen in Brugge (74,2%) dat een satellietwachtpost zoals die in Knokke nuttig is op voorwaarde dat de wachtpost gelegen is in een afgelegen regio. Een minderheid vindt dit geen meerwaarde of enkel nuttig als ze bij een ziekenhuis gelegen is.

De huisartsen van beide wachtposten antwoordden significant verschillend op het al dan niet organiseren van consultaties op zaterdag. De Brugse huisartsen deden dit zowel voor als na de opening van de HAWP nog het vaakst. Hier zegt 29,0% nog steeds consultaties op zaterdag te doen. Wel is 21,5% van de huisartsen hier na de opening van de HAWP mee gestopt en 16,5% zegt er minder te doen dan vroeger. In het Meetjesland daarentegen zegt 60,6% van de huisartsen dit nooit gedaan te hebben. Een oorzaak voor dit verschil kon niet uit de resultaten van de vragenlijst afgeleid worden. Mogelijks speelt een cultureel verschil tussen de huisartsengroepen een rol.

Verder blijkt dat 51,6% van de huisartsen in Brugge het nadelig vindt dat patiënten met een complexe pathologie naar de HAWP worden getrieerd vanop de spoeddienst. In het Meetjesland vindt slechts 9,9% van de huisartsen dit. Door de triage worden patiënten met een complexe pathologie maar met niet-spoedeisende klachten naar de HAWP verwezen. Deze patiënten kunnen zo eerst door een huisarts worden gezien, wat ervoor kan zorgen dat het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst vermindert. Het feit dat maar een klein percentage van de huisartsen in het Meetjesland dit nadelig vindt, kan erop wijzen dat er nog onvoldoende patiënten met een complexe pathologie maar met niet-spoedeisende klachten naar deze HAWP worden getrieerd.

5.2 Retrospectief onderzoek

Uit het retrospectief onderzoek blijkt dat er op de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge van 2008 tot 2019 een stijgende trend is van het aantal patiënten die zich aanmelden. De HAWP, die opende in het najaar van 2016, heeft er vermoedelijk voor kunnen zorgen dat het totale aantal spoedcontacten in 2017 licht daalde (-0,3%). In 2018 bleek er dan weer een duidelijke stijging (+6,6%) te zijn van het aantal spoedcontacten. Vermoedelijk hebben andere factoren voor deze stijging gezorgd. Zo werd de nabijgelegen spoeddienst van het AZ Alma Sijsele gesloten in april 2017 en verloor de spoeddienst van het AZ Zeno te Blankenberge de erkenning van gespecialiseerde spoeddienst in maart 2018.

Bijkomend volgt uit het onderzoek dat zowel op de HAWP als op de spoeddienst tijdens de week het aantal patiëntencontacten steeg van 2017 tot 2019 (respectievelijk +17,2% en +10,9%). Echter het aantal spoedcontacten tijdens het weekend daalde in deze periode (-0,8%). We kunnen hieruit besluiten dat de stijging van het aantal spoedcontacten tijdens de week de oorzaak is van de toename van het totale aantal spoedcontacten tussen 2017 en 2019. De HAWP heeft er dus vermoedelijk voor kunnen zorgen dat de werkdruk op de spoeddienst tijdens het weekend niet toenam.

Wellicht zou dus het openen van de HAWP tijdens de week resulteren in een verdere verlichting van de werkdruk op de spoeddienst. Dit kan ook zorgen voor een vermindering van het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst [4]. Uit de vragenlijst blijkt ook dat 51,6% van de huisartsen in Brugge verkiest om het huidige wachtsysteem uit te breiden met de weekwachten. Jongere artsen zijn hier overigens een grotere voorstander van. Slechts 37,6% verkiest het huidige wachtsysteem en een minderheid verkiest het oude wachtsysteem of vindt de verschillende wachtsystemen evenwaardig.

5.3 Beperkingen van de studie

Mogelijk vormt de kleine steekproefgrootte een beperking van deze studie. Er was een deelnamepercentage van slechts 33,0% van het totale aantal huisartsen dat actief was op de HAWP Brugge in 2019. Wel werd een deelnamepercentage van 44,7% gevonden voor de huisartsen die actief waren tijdens het verloop van de studie. Overigens blijkt dat er op het vlak van geslacht, leeftijd en praktijkvorm geen significant verschil was tussen de steekproefpopulatie en de totale populatie. Verder lag ook in de HAWP Meetjesland het deelnamepercentage op slechts 37,4% van het totale aantal huisartsen die aangesloten was in 2019. Een hoger deelnamepercentage had ervoor kunnen zorgen dat sommige resultaten toch

significant hadden kunnen worden. Verder hebben vermoedelijk huisartsen die positiever staan ten opzichte van de HAWP de vragenlijst ingevuld (selectie bias). Dit kan een vertekend beeld geven van de werkelijkheid. Voorts waren er beperkingen in de vragenlijst. Zo hebben huisartsen enkel kunnen kiezen tussen de opgegeven antwoorden. Een voorbeeld hiervan zijn de vragen over de nadelen en de voordelen van de geïntegreerde wachtpost. Vermoedelijk zijn er nog andere antwoordmogelijkheden die niet werden opgegeven. Tot slot konden er voor het retrospectief onderzoek geen gegevens verkregen worden over het aantal spoedcontacten tijdens het weekend of tijdens de week vóór het jaar 2017. Hierdoor kon maar een evolutie van deze gegevens over drie jaar berekend worden.

5.4 Conclusie

Men kan besluiten dat de meeste huisartsen van de beide wachtposten positief staan ten opzichte van de integratie van de HAWP met de spoeddienst. Het eenvoudig doorsturen naar de spoeddienst en het gebruik maken van het laboratorium en de radiologie zijn grote voordelen. Een nadeel is dat sommige patiënten een grotere afstand moeten afleggen tot de HAWP. Verder zou een bindende, gemeenschappelijke triage bij aankomst van de patiënt voor een efficiëntere samenwerking van de spoeddienst en de HAWP kunnen zorgen. Op die manier kunnen patiënten gerichter verwezen worden en kunnen patiënten met niet-dringende klachten (die kunnen wachten tot na het weekend) verplicht verwezen worden naar de vaste huisarts. Zo ook zou de telefonische triage bindend kunnen gemaakt worden. Een idee is om de oproepen door artsen of getrainde verpleegkundigen te laten beantwoorden om een betere inschatting van de klachten en een gerichtere verwijzing te bekomen. Deze hervormingen kunnen leiden tot een daling van het aantal oneigenlijke spoed- en wachtpostcontacten, wat verder kan resulteren in een daling van de werkdruk en een besparing in de gezondheidszorg. Daarnaast kan ook een verhoging van het remgeld op de HAWP een aanmoediging zijn voor patiënten met niet-dringende problemen om naar de vaste huisarts te gaan. Er zou ook via campagnes kunnen duidelijk gemaakt worden aan de bevolking waarvoor je naar de HAWP kan komen. Tot slot blijkt dat de HAWP Brugge er vermoedelijk heeft voor kunnen zorgen dat de werkdruk op de spoeddienst van het AZ Sint-Jan Brugge in het weekend niet toenam tussen 2017 en 2019 terwijl er wel een duidelijke stijging van de werkdruk in de week was. Het openen van de HAWP in de week zou dus ook dan kunnen resulteren in een verlichting van de werkdruk op de spoeddienst.

6. Referentielijst

[1] Koninklijk besluit van 10 november 1967 n°78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, B.S. 14 november 1967.

[2] Van Espen S. De impact van de huisartsenwachtpost op de activiteiten en workload van de spoeddienst [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2016.

[3] Jannis L. Huisartsenwachtpost Noord-Limburg: een evaluatie [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2013.

[4] Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier, N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 263As. D/2016/10.273/21. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_263_As_Organisatie_en_financiering_van_spoeddiensten.pdf. [Accessed 9th September 2019].

[5] Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009; 25(1):7-28.

[6] Moll van Charante, EP, ter Riet G, Bindels, P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. Patient Education and Counseling. 2008; 70(2), 256-265.

[7] Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes. Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières. La Mutualité Socialiste; 2011.

[8] Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Verhaeghe N, Trybou J, Cohen L, et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. Eur J Pediatr. 2012; 171(12):1829-37.

[9] 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.

[10] Streffe MJ, van Bergen J, Philips H, Remmen R. Rapport Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Universiteit Antwerpen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde; 2013.

[11] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Hervormingen van de spoed en de wachtposten. [Internet]. Available from: https://kce.fgov.be/nl/news/hervormingen-van-de-spoed-en-de-wachtposten. [Accessed 11th September 2019].

[12] Cowling TE, Ramzan F, Ladbrooke T, Millington H, Majeed A, Gnani S. Referral outcomes of attendances at general practitioner led urgent care centres in London, England: retrospective analysis of hospital administrative data. Emerg Med J. 2015.

[13] Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. Emerg Med Int. 2013; 2013:364659.

[14] van Gils-van Rooij ES, Yzermans CJ, Broekman SM, Meijboom BR, Welling GP, de Bakker DH. Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands. J Am Board Fam Med. 2015; 28(6):807-15.

[15] van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out -of -hours service. J Gen Intern Med. 2005; 20(7):612 -7.

[16] van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emerg Med J. 2003; 20(2):184 -7.

[17] De Specialist. Juridisch advies wettelijkheid pre-triage. [Internet]. Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/juridisch-advies-wettelijkheid-pre-triage.html. [Accessed 13th October 2019].

[18] VZW Huisartsenwachtpost Brugge (HAWAP). Huisartsenwachtpost Brugge. [Internet]. Available from: http://www.kgbn-habo.be/HAWAP. [Accessed 8th October 2019].

[19] Huisartsenkringen Meetjesland. Huisartsenwachtpost Meetjesland. [Internet]. Available from: https://www.huisartsenwachtpostmeetjesland.be. [Accessed 10th October 2019].

[20] Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Financiële tegemoetkomingen voor de artsen. [Internet]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/default.aspx#Financi%C3%ABle_tegemoetkomingen_(enkel)_voor_huisartsen. [Accessed 5th January 2020].

[21] Koninklijk besluit van 22 april 2019. Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, B.S. 14 mei 2019.

[22] Van Uden CJT, Voss GBW, Ament A, Crebolder H., et al. Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid-Limburg (Nightcare): Tevredenheidsenquête huisartsen. Rapport, juli 2002.

[23] Merckx J. Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2013.

7. Bijlagen

7.1 Tabellen

Tabel 7: Antwoorden op vragen 5 tot 15

Vragen	Antwoordopties	Percentage (%) in Brugge	Percentage (%) in Meetiesland
Vraag 5: Ik vind dat er onmiddellijk een huisarts beschikbaar moet zijn als een patiënt een hulpvraag heeft.	8u tot 19u	28.0	19.7
	8u tot 22u + weekend	21.5	28.2
	24u/7d	46.2	45.1
	Blanco	4,3	7,0
Vraag 6: Indien de wachtdienst voor huisartsen vrijblijvend was, zou ik mij hier nog steeds voor engageren?	Ja	60.2	70.4
	Nee	39,8	29,6
Vraag 7: Wat vindt u over het aantal te presteren wachtdiensten op de wachtpost?	Tevreden	77.4	66.2
	Liever meer wachten	2.2	2.8
	Liever minder wachten	20,4	31,0
Vraag 8: Als ik moet kiezen tussen het oude wachtsysteem en dat van de HAWP:	Oude wachtsysteem	4.3	18.3
	Huidig wachtsysteem	37,6	50,7
	Uitbreiden met weekwachten	51,6	21,1
	Wachtsystemen zijn evenwaardig	5.4	9.9
	Blanco	1,1	0,0
Vraag 9: Hoe ervaart u de bezetting van de HAWP overdag?	Te veel artsen	0.0	39.4
	Te weinig artsen	19.4	0.0
	Voldoende artsen	80,6	60,6
Vraag 10: Hoe ervaart u de bezetting van de HAWP ‘s nachts?	Te veel artsen	0.0	0.0
	Te weinig artsen	3.2	4.2
	Voldoende artsen	81.7	88.7
	Blanco	15,1	7,0
Vraag 11: Bent u tevreden over de organisatie van het onthaal/chauffeurs op de wachtpost?	Tevreden	95.7	97.2
	Enkel tevreden over onthaal	3.2	1.4
	Enkel tevreden over chauffeurs	0.0	0.0
	Ontevreden	0.0	1.4
	Blanco	1,1	0,0
Vraag 12: De HAWP vergroot de toegankelijkheid tot zorg voor de patiënt.	Helemaal akkoord	45.2	35.2
	Akkoord	37.6	29.6
	Neutraal	12,9	18,3
	Niet akkoord	3.2	12.7
	Helemaal niet akkoord	1,1	4,2
Vraag 13: De HAWP zorgt ervoor dat ik als huisarts een betere kwaliteit van zorg kan bieden	Helemaal akkoord	31.2	19.7
	Akkoord	33.3	46.5
	Neutraal	24.7	19.7
	Niet akkoord	7.5	5.6
	Helemaal niet akkoord	3,2	8,5
Vraag 14: Welke onrusten had u bij het oprichten van de HAWP (meerdere antwoorden mogelijk)?	Hogere werkbelasting	25.8	9.9
	Complexere pathologie	14.0	9.9
	Grotere impact op privéleven	7.5	18.3
	Tech. prestaties verliezen aan spoed	1.1	9.9
	Patiënten komen met niet-dringende klachten	77,4	46,5
	Patiënten vinden HAWP te ver	20.4	60.6
	Patiënten vragen sneller huisbezoeken	17.2	36.6
	Mijn patiënten kan ik niet helpen omdat ik mijn praktijk vroeger moet sluiten	17,2	38,0
	Geen	6,5	5,6
Vraag 15: Na enkele wachten waren deze onrusten terecht (meerdere antwoorden mogelijk)?	Hogere werkbelasting	19.4	5.6
	Complexere pathologie	5.4	0.0
	Grotere impact op privéleven	5.4	11.3
	Tech. prestaties verliezen aan spoed	1.1	4.2
	Patiënten komen met niet-dringende klachten	75,3	38,0
	Patiënten vinden HAWP te ver	14.0	31.0
	Patiënten vragen sneller huisbezoeken	4.3	11.3
	Mijn patiënten kan ik niet helpen omdat ik mijn praktijk vroeger moet sluiten	10,8	19,7
	Geen	11,8	28,2

Tabel 8: Antwoorden op vragen 6 tot 25

Vragen	Antwoordopties	Percentage (%) in Brugge	Percentage (%) in Meetiesland
Vraag 16: Was de webapplicatie Mediris al bij u gekend voor u zich aansloot bij de HAWP?	Werd al gebruikt in lokale wachtdienst	64.5	81.7
	Gekend, maar niet van lokale wachtdienst	1,1	7.0
	Het was nieuw voor mij	32,3	11,3
	Blanco	2,2	0,0
Vraag 17: Vindt u de webapplicatie Mediris gebruiksvriendelijk?	Ja	82.8	74.6
	Het kostte mij tijd om ermee te werken	14,0	21,1
	Nee	3,2	4,2
Vraag 18: Wat vindt u van de wijze van verslaggeving vanuit de HAWP? (Meerdere antwoorden mogelijk)	Elektronisch verslag is voldoende	69.9	70.4
	Bij specifieke situaties is telefonisch briefing nodig	33.3	33.8
	Enkel bij overlijden is telefonische briefing nodig	23.7	18.3
	Sjabloon Mediris is onvolledig	6,5	8,5
	Blanco	0,0	1,4
Vraag 19: In het geval dat een Sumehr is aangemaakt, helpt dit u voldoende om goede zorgen te leveren bij patiënten met complexe pathologie/voorgeschiedenis?	Ja	25.0	16.9
	Sumehr vaak onvolledig	29.3	31.0
	Sumehr is onvoldoende voor patiënten met complexe pathologie	4,3	4,2
	Ik bekijk geen Sumehrs	38.0	46.5
	Blanco	3,3	1,4
Vraag 20: In hoeveel procent van de gevallen vindt u dat de Sumehrs van uw eigen patiënten volledig zijn?	0 – 20 %	11.8	29.6
	20 – 40 %	31.2	23.9
	40 – 60 %	22.6	28.2
	60 – 80 %	22.6	14.1
	80 – 100 %	7,5	1,4
	Blanco	4,3	2,8
Vraag 21: In hoeveel procent van de gevallen vindt u dat de Sumehrs van de patiënten op de HAWP volledig zijn?	0 – 20 %	18.3	32.4
	20 – 40 %	41.9	25.4
	40 – 60 %	8.6	5.6
	60 – 80 %	1.1	1.4
	80 – 100 %	2.2	0.0
	Blanco	28,0	35,2
Vraag 22: Sinds ik ben aangesloten bij de HAWP probeer ik de Sumehrs van mijn eigen patiënten volledig aan te vullen?	Sumehrs waren al goed aangevuld	15.1	7.0
	Ja	39.8	36.6
	Enkel bij patiënt met complexe pathologie	24.7	28.2
	Nee	19.4	26.8
	Blanco	1,1	1,4
Vraag 23: Wat vindt u van de kwaliteit van de verslaggeving nadat één van uw patiënten naar de HAWP is geweest?	Steeds de nodige info	77.4	81.7
	Soms extra info nodig	6.5	5.6
	Vaak onvoldoende info	15.1	12.7
	Blanco	1,1	0,0
Vraag 24: Als rijdende huisarts gebruik ik de tablet...	Ik zoek steeds medisch info op van patiënt	7.5	11.3
	Ik zoek soms medische info op van patiënt	50.5	42.3
	Ik zoek amper medische info op van patiënt	29,0	23,9
	Ik vind een tablet niet gebruiksvriendelijk	3,2	1,4
	Blanco	9,7	21,1
Vraag 25: Hoe ervaart u het samenwerken met collega-huisartsen op de HAWP?	Erg positief	37.6	42.3
	Positief	59.1	56.3
	Negatief	0.0	0.0
	Erg negatief	0.0	0.0
	Geen mening	3,2	1,4

Tabel 9: Antwoorden op vragen 26 tot 34 op vlak van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm (blanco antwoorden werden hier niet meegerekend; de accolades geven aan welke antwoordopties werden samengevoegd bij het uitvoeren van de Chi-kwadraat test (zie tabellen 5 en 6)).

Vragen	**Antwoordopties**	Percentage (%) in Brugge						Percentage (%) in Meetiesland					
		Geslacht		Leeftijd		Praktijkvorm		Geslacht		Leeftijd		Praktijkvorm	
		Man	Vrouw	Jong	Oud	Solo	Groep	Man	Vrouw	Jong	Oud	Solo	Groep
26	Erg positief	22,7	16,3	18,5	20,5	25,0	17,8	10,0	9,7	18,8	2,6	7,4	11,4
	Positief	47,7	49,0	46,3	51,3	60,0	45,2	57,5	58,1	40,6	71,8	59,3	56,8
	Neutraal	27,3	30,6	31,5	25,6	15,0	32,9	22,5	29,0	34,4	17,9	29,6	22,7
	Negatief	0,0	4,1	3,7	0,0	0,0	2,7	10,0	3,2	6,3	7,7	3,7	9,1
	Erg negatief	2,3	0,0	0,0	2,6	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
27	27.1	61,9	46,9	53,7	54,1	70,0	49,3	92,3	93,3	96,8	89,5	85,2	97,6
	27.2	59,5	51,0	59,3	48,6	50,0	56,3	64,1	50,0	51,6	63,2	63,0	54,8
	27.3	78,6	81,6	77,8	83,8	90,0	77,5	82,1	80,0	83,9	78,9	77,8	83,3
	27.4	28,6	26,5	29,6	24,3	25,0	28,2	33,3	23,3	16,1	39,5	33,3	26,2
	27.5	54,8	44,9	51,9	45,9	50,0	49,3	23,1	43,3	32,3	31,6	25,9	35,7
	27.6	50,0	32,7	44,4	35,1	25,0	45,1	41,0	56,7	35,5	57,9	63,0	38,1
28	28.1	42,4	9,3	15,9	34,4	27,8	22,4	51,4	71,4	64,3	53,6	52,2	63,6
	28.2	51,5	72,1	72,7	50,0	55,6	65,5	11,4	14,3	7,1	17,9	17,4	9,1
	28.3	18,2	16,3	13,6	21,9	5,6	20,7	20,0	23,8	14,3	28,6	21,7	21,2
	28.4	33,3	23,3	22,7	34,4	33,3	25,9	42,9	52,4	46,4	46,4	43,5	48,5
29	Positief	45,2	31,0	37,0	39,5	42,1	36,9	64,9	62,1	56,7	69,4	56,0	68,3
	Negatief	54,8	69,0	63,0	60,5	57,9	63,1	35,1	37,9	43,3	30,6	44,0	31,7
30	Altijd voldoende	77,3	61,2	68,5	69,2	70,0	68,5	67,5	67,7	68,8	66,7	70,4	65,9
	Meestal voldoende	20,5	38,8	31,5	28,2	30,0	30,1	30,0	32,3	31,3	30,8	29,6	31,8
	Onvoldoende	2,3	0,0	0,0	2,6	0,0	1,4	2,5	0,0	0,0	2,6	0,0	2,3
31	Nooit gedaan	25,6	36,2	46,2	10,5	26,3	32,4	48,7	77,4	81,3	44,7	46,2	70,5
	Hiermee gestopt	23,3	21,3	21,2	23,7	36,8	18,3	15,4	3,2	6,3	13,2	11,5	9,1
	Minder dan vroeger	25,6	8,5	7,7	28,9	15,8	16,9	17,9	12,9	6,3	23,7	26,9	9,1
	Evenveel als vroeger	25,6	34,0	25,0	36,8	21,1	32,4	17,9	6,5	6,3	18,4	15,4	11,4
32	Heel vaak	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Vaak	2,3	4,1	1,9	5,1	5,0	2,7	2,5	0,0	3,1	0,0	0,0	2,3
	Soms	47,7	53,1	55,6	43,6	35,0	54,8	27,5	20,0	12,5	34,2	22,2	25,6
	Heel soms	40,9	36,7	38,9	38,5	40,0	38,4	45,0	60,0	68,8	36,8	51,9	51,2
	Zelden tot nooit	9,1	6,1	3,7	12,8	20,0	4,1	25,0	20,0	15,6	28,9	25,9	20,9
33	Heel vaak	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Vaak	2,5	7,0	9,1	0,0	0,0	6,3	12,9	8,0	10,7	10,7	5,6	13,2
	Soms	50,0	55,8	61,4	43,6	42,1	56,3	51,6	60,0	64,3	46,4	55,6	55,3
	Heel soms	27,5	27,9	20,5	35,9	21,1	29,7	25,8	32,0	21,4	35,7	22,2	31,6
	Zelden tot nooit	20,0	9,3	9,1	20,5	36,8	7,8	9,7	0,0	3,6	7,1	16,7	0,0
34	Helemaal akkoord	7,0	12,5	13,2	5,3	11,1	9,6	23,1	16,1	15,6	23,7	30,8	13,6
	Akkoord	58,1	39,6	49,1	47,4	66,7	43,8	59,0	64,5	62,5	60,5	53,8	65,9
	Neutraal	25,6	43,8	32,1	39,5	22,2	38,4	17,9	19,4	21,9	15,8	15,4	20,5
	Niet akkoord	7,0	4,2	5,7	5,3	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Helemaal niet akkoord	2,3	0,0	0,0	2,6	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabel 10: Antwoorden op vragen 35 tot 40 en extra vragen 8 en 15.5 op vlak van geslacht, leeftijdscategorie en praktijkvorm (blanco antwoorden werden hier niet meegerekend; de accolades geven welke antwoordopties werden samengevoegd bij het uitvoeren van de Chi-kwadraat test (zie tabellen 5 en 6)).

Vragen	**Antwoordopties**	Percentage (%) in Brugge							Percentage (%) in Meetiesland					
		Geslacht		Leeftijd		Praktijkvorm			Geslacht		Leeftijd		Praktijkvorm	
		Man	Vrouw	Jong	Oud	Solo	Groep		Man	Vrouw	Jong	Oud	Solo	Groep
35	Helemaal akkoord	9,1	12,2	11,1	10,3	25,0	6,8		7,5	0,0	3,1	5,1	7,4	2,3
	Akkoord	56,8	49,0	55,6	48,7	55,0	52,1		52,5	58,1	50,0	59,0	55,6	54,5
	Neutraal	18,2	26,5	20,4	25,6	10,0	26,0		30,0	19,4	21,9	28,2	25,9	25,0
	Niet akkoord	13,6	12,2	13,0	12,8	10,0	13,7		7,5	16,1	18,8	5,1	7,4	13,6
	Helemaal niet akkoord	2,3	0,0	0,0	2,6	0,0	1,4		2,5	6,5	6,3	2,6	3,7	4,5
36	Ruim voldoende	7,0	14,9	11,8	10,3	10,5	11,3		2,6	3,4	6,5	0,0	3,8	2,4
	Voldoende	44,2	44,7	52,9	33,3	42,1	45,1		53,8	62,1	61,3	54,1	42,3	66,7
	Neutraal	30,2	27,7	23,5	35,9	31,6	28,2		20,5	20,7	16,1	24,3	23,1	19,0
	Onvoldoende	18,6	10,6	9,8	20,9	15,8	14,1		17,9	13,8	16,1	16,2	23,1	11,9
	Erg onvoldoende	0,0	2,1	2,0	0,0	0,0	1,4		5,1	0,0	0,0	5,4	7,7	0,0
37	Helemaal akkoord	9,5	18,8	17,0	10,8	27,8	11,1		5,0	6,7	6,3	5,3	7,4	4,7
	Akkoord	33,3	41,7	45,3	27,0	33,3	38,9		47,5	40,0	53,1	36,8	33,3	51,2
	Neutraal	31,0	22,9	17,0	40,5	27,8	26,4		32,5	40,0	25,0	44,7	37,0	34,9
	Niet akkoord	14,3	12,5	15,1	10,8	5,6	15,3		12,5	10,0	15,6	7,9	14,8	9,3
	Helemaal niet akkoord	11,9	4,2	5,7	10,8	5,6	8,3		2,5	3,3	0,0	5,3	7,4	0,0
38	38.1	17,1	4,3	9,6	11,1	16,7	8,6		/	/	/	/	/	/
	38.2	73,2	83,0	80,8	75,0	72,2	80,0		/	/	/	/	/	/
	38.3	12,2	17,0	13,5	16,7	11,1	15,7		/	/	/	/	/	/
39	39.1	31,0	14,3	20,4	24,3	22,2	21,9		/	/	/	/	/	/
	39.2	31,0	51,0	37,0	48,6	55,6	38,4		/	/	/	/	/	/
	39.3	40,5	49,0	53,7	32,4	27,8	49,3		/	/	/	/	/	/
40	Heel vaak	0,0	2,0	1,9	0,0	0,0	1,4		/	/	/	/	/	/
	Vaak	4,7	22,4	18,5	7,9	10,5	15,1		/	/	/	/	/	/
	Soms	48,8	42,9	48,1	42,1	47,4	45,2		/	/	/	/	/	/
	Heel soms	30,2	24,5	24,1	31,6	31,6	26,0		/	/	/	/	/	/
	Zelden tot nooit	16,3	8,2	7,4	18,4	10,5	12,3		/	/	/	/	/	/
8	Oude wachtsysteem	6,8	2,1	1,9	7,7	5,0	4,2		/	/	/	/	/	/
	Huidig wachtsysteem	38,6	37,5	28,3	51,3	50,0	34,7		/	/	/	/	/	/
	Uitbreiden met weekwachten	47,7	56,3	66,0	33,3	45,0	54,2		/	/	/	/	/	/
	Wachtsystemen zijn evenwaardig	6,8	4,2	3,8	7,7	0,0	6,9		/	/	/	/	/	/
15.5	Patiënten komen met niet-dringende klachten	80,6	89,1	89,1	80,6	88,9	84,4		/	/	/	/	/	/

7.2 Vragenlijst

Hoe kan de werking van een huisartsenwachtpost geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland.

Onderdeel 1: Demografische gegevens

1. Geslacht:
   - Man
   - Vrouw
2. Leeftijd:
   - HAIO
   - < 35 jaar
   - 35 - 45 jaar
   - 45 - 55 jaar
   - 55 - 65 jaar
   - > 65 jaar
3. Praktijkvorm:
   - Solo
   - Duo
   - Groepspraktijk
   - Wijkgezondheidscentrum
4. Afstand van praktijk tot wachtpost (aanrijtijd)
   - < 5 min
   - 5 - 10 min
   - 10 - 20 min
   - > 20 min

Onderdeel 2: Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de huisartsenwachtpost?

5. Ik vind dat er onmiddellijk een huisarts beschikbaar moet zijn als een patiënt een hulpvraag heeft.
   - In de week van 8u00 tot 19u00. Buiten deze uren kan de patiënt met zijn hulpvraag terecht in de spoeddienst.
   - In de week van 8u00 tot 22u00 en in het weekend. Op andere momenten via de spoeddienst.
   - 24/7
6. Indien de wachtdienst voor huisartsen vrijblijvend was, zou ik mij hier nog steeds voor engageren?
   - Ja
   - Nee
7. Wat vindt u over het aantal te presteren wachtdiensten op de wachtpost?
   - Ik ben tevreden met de verdeling van de wachten
   - Ik zou graag meer wachten willen doen
   - Ik zou graag minder wachten willen doen
8. Als ik moet kiezen tussen het oude wachtsysteem en dat van de HAWP:
   - Ik kies voor het oude wachtsysteem
   - Ik kies voor het huidige HAWP systeem
   - Ik kies voor het huidige HAWP systeem en ik zou het HAWP systeem ook voor de weekwachten willen gebruiken
   - Ik vind beide systemen evenwaardig
9. Hoe ervaart u de bezetting van de HAWP overdag?
   - We zijn met te veel artsen
   - We zijn met te weinig artsen
   - We zijn met voldoende artsen
10. Hoe ervaart u de bezetting van de HAWP ‘s nachts?
    - We zijn met te veel artsen
    - We zijn met te weinig artsen
    - We zijn met voldoende artsen
11. Bent u tevreden over de organisatie van het onthaal/chauffeurs op de wachtpost
    - Ik ben tevreden over de organisatie van zowel het onthaal als van de chauffeurs
    - Ik ben tevreden over de organisatie van het onthaal, maar niet van de chauffeurs
    - Ik ben tevreden over de organisatie van de chauffeurs, maar niet van niet van het onthaal
    - Ik ben niet tevreden over de organisatie van het onthaal/chauffeurs

12. De HAWP vergroot de toegankelijkheid tot zorg voor de patiënt
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord
13. De HAWP zorgt ervoor dat ik als huisarts een betere kwaliteit van zorg kan bieden
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord
14. Welke onrusten had u bij het oprichten van de HAWP (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - De werkbelasting gaat hoger zijn
    - De pathologie op de HAWP zal complexer zijn
    - De wachten zullen een te grote impact hebben op mijn privéleven
    - We gaan een deel technische prestaties verliezen aan de spoeddienst
    - Patiënten bieden zich met niet-dringende klachten aan op de HAWP.
    - Patiënten vinden de HAWP te ver
    - Patiënten gaan sneller een huisbezoek vragen
    - Patiënten kunnen niet verder geholpen worden als ik mijn praktijk vroeger sluit om op tijd op de HAWP te zijn.
    - Andere: …….
15. Na enkele wachten waren deze onrusten terecht (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - De werkbelasting gaat hoger zijn
    - De pathologie op de HAWP zal complexer zijn
    - De wachten zullen een te grote impact hebben op mijn privéleven
    - We gaan een deel technische prestaties verliezen aan de spoeddienst
    - Patiënten bieden zich met niet-dringende klachten aan op de HAWP.
    - Patiënten vinden de HAWP te ver
    - Patiënten gaan sneller een huisbezoek vragen
    - Patiënten kunnen niet verder geholpen worden als ik mijn praktijk vroeger sluit om op tijd op de HAWP te zijn.
    - Andere: …….

Persoonlijke aanvullingen/opmerkingen vorig deel

.....

Onderdeel 3: Hoe verloopt de communicatie tussen zorgverleners tijdens de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien?

16. Was de webapplicatie Mediris al bij u gekend voor u zich aansloot bij de HAWP?
    - Ja, het wordt/werd al gebruikt in de lokale wachtdienst
    - Ja, maar het wordt/werd niet gebruikt in de lokale wachtdienst
    - Nee, Mediris was nieuw voor mij
17. De webapplicatie Mediris vind ik …
    - Duidelijk en gebruiksvriendelijk
    - Duidelijk, maar het kostte mij enige tijd voor ik goed met het programma kon werken
    - Onoverzichtelijk en niet-gebruiksvriendelijk
18. Wat vindt u van de wijze van verslaggeving vanuit de HAWP? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    - Ik vind een elektronisch doorgestuurd verslag voldoende.
    - Ik vind in specifieke situaties (bv: overlijden, ziekenhuisopname, consult bij palliatieve patiënt ...) een telefonische briefing noodzakelijk
    - Ik vind enkel bij een overlijden een telefonische briefing noodzakelijk
    - Het huidige sjabloon voor het verslag vanuit Mediris is onvolledig en zou nog meer mogelijkheden moeten kunnen bieden.
19. In het geval dat een Sumehr is aangemaakt, helpt dit u voldoende om goede zorgen te leveren bij patiënten met complexe pathologie/voorgeschiedenis?
    - Ja
    - Nee, de Sumehr is vaak onvolledig
    - Nee, bij complexe pathologie/voorgeschiedenis is meer nodig dan een Sumehr
    - Nee ik bekijk dit niet

20. In hoeveel procent van de gevallen vindt u dat de Sumehrs van uw eigen patiënten volledig zijn?
    - 0 - 20 %
    - 20 - 40 %
    - 40 - 60 %
    - 60 - 80 %
    - 80 - 100 %
21. In hoeveel procent van de gevallen vindt u dat de Sumehrs van de patiënten op de HAWP volledig zijn?
    - 0 - 20 %
    - 20 - 40 %
    - 40 - 60 %
    - 60 - 80 %
    - 80 - 100 %
22. Sinds ik ben aangesloten bij de HAWP probeer ik de Sumehrs van mijn eigen patiënten volledig aan te vullen?
    - Bijna al mijn sumehrs waren reeds volledig ingevuld
    - Ja, ik probeer mijn sumehrs vollediger in te vullen
    - Bij patiënten met uitgebreide comorbiditeit probeer ik de sumehr verder aan te vullen
    - Ik spendeer hier geen extra tijd aan
23. Wat vindt u van de kwaliteit van de verslaggeving nadat één van uw patiënten naar de HAWP is geweest?
    - Ik heb steeds de nodige informatie ontvangen van de huisarts van wacht
    - Ik heb soms nood aan bijkomende informatie waardoor ik de huisarts van wacht contacteer (telefonisch of elektronisch).
    - Ik vind dat de verslaggeving vaak onvoldoende informatie bevat.
24. Als rijdende huisarts gebruik ik de tablet.
    - Ja en ik zoek de medische gegevens op voor ik de patiënten bezoek
    - Ja, ik zoek pas de medische informatie als ik er nood aan heb.
    - Nee, ik gebruik amper de tablet om informatie op te zoeken.
    - Nee, ik gebruik geen tablet omdat ik dit niet gebruiksvriendelijk vind.
25. Hoe ervaart u het samenwerken met collega-huisartsen op de HAWP?
    - Erg positief
    - Positief
    - Negatief
    - Erg negatief
    - Geen mening

Persoonlijke aanvullingen/opmerkingen vorig deel
.....

Onderdeel 4: Hoe verloopt de interactie tussen huisartsenwachtpost en spoeddienst?

26. Wat vindt u ervan dat de wachtpost naast de spoeddienst gelegen is?
    - Erg positief
    - Positief
    - Neutraal
    - Negatief
    - Erg negatief
27. Wat zijn voor u de grote voordelen aan een wachtpost die naast de spoeddienst gelegen is (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - Op deze manier kan je gemakkelijk beeldvorming en laboratoriumonderzoek laten uitvoeren.
    - Dit zorgt voor een ontlasting van de spoeddienst in het weekend.
    - Je kan patiënten met acute pathologie snel doorverwijzen.
    - Patiënten kunnen sneller geholpen worden.
    - Patiënten moeten niet zelf de keuze maken tussen een consultatie op de spoeddienst of de HAWP.
    - Er worden zo kosten bespaard in de eerste lijn gezondheidszorg.
28. Wat zijn voor u de grote nadelen aan een wachtpost die naast de spoeddienst gelegen is (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - Veel patiënten moeten op die manier een grotere afstand afleggen tot de wachtpost.
    - Patiënten met een complexe pathologie worden naar de HAWP getrieerd.
    - Onzekere huisartsen verwijzen door naar de spoeddienst om fouten te vermijden.
    - De gemeenschappelijke locatie biedt geen voordelen zonder gemeenschappelijke triage.
29. Wat vindt u ervan dat patiënten enkel het remgeld (derdebetalersregeling) dienen te betalen als ze naar de wachtpost komen?
    - Ik vind dit goed, de wachtpost moet laagdrempelig zijn.
    - Ik vind dit niet goed, de wachtpost wordt zo te laagdrempelig.
    - Geen mening
30. Vindt u dat er voldoende medisch materiaal/instrumenten/medicijnen aanwezig zijn op de wachtpost?
    - Ja, er is altijd voldoende medisch materiaal aanwezig.
    - Meestal wel, maar soms moet ik toch mijn eigen materiaal/medicijnen gebruiken.
    - Nee, ik moet dikwijls constateren dat er onvoldoende materiaal is.

31. Bent u sinds de opening van de HAWP gestopt met consultaties doen op zaterdag?
    - Ik heb dit nooit gedaan.
    - Ja, ik ben hiermee gestopt.
    - Nee, maar ik doe er nu wel minder dan voorheen.
    - Nee, ik doe nog steeds evenveel consultaties op zaterdag als voorheen.
32. Hoe vaak moet u als zittende arts patiënten vanuit de wachtpost doorsturen naar de spoeddienst?
    - Heel vaak
    - Vaak
    - Soms
    - Heel soms
    - Zelden tot nooit
33. Hoe vaak moet u als rijdende arts patiënten doorsturen naar de spoeddienst?
    - Heel vaak
    - Vaak
    - Soms
    - Heel soms
    - Zelden tot nooit
34. Er is tijdens de wachtdienst een goede samenwerking met het labo.
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord
35. Er is tijdens de wachtdienst een goede samenwerking met de dienst radiologie.
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord
36. Wat vindt u van de verloning voor een wachtdienst?
    - Ruim voldoende
    - Voldoende
    - Neutraal
    - Onvoldoende
    - Erg onvoldoende
37. Het is eenvoudig om een wachtdienst te wisselen of te laten overnemen?
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

Persoonlijke aanvullingen/opmerkingen vorig deel

.....

Vragen uitsluitend voor de wachtpost te Brugge:

38. Hoe staat u tegenover satellietwachtposten (zoals de wachtpost in Knokke)?
    - Ik vind dit geen meerwaarde.
    - Dit kan nuttig zijn voor meer afgelegen gebieden.
    - Dit is enkel nuttig als de wachtpost bij een ziekenhuis ligt.
39. Hoe vindt u dat de triage op de HAWP dient te verlopen?
    - Ik ben tevreden over de huidige triage.
    - Ik vind dat er betere afspraken moeten komen tussen het onthaal van de HAWP en de spoedafdeling zodat er geen patiënten meer heen en terug worden verwezen.
    - Ik denk dat er een triageverpleegkundige moet worden aangesteld met als specifieke taak de triage tussen de spoeddienst en HAWP te regelen.
40. Heeft u al eens patiënten die van de spoeddienst naar de wachtpost doorgestuurd werden, moeten terugsturen naar de spoeddienst?
    - Heel vaak
    - Vaak
    - Soms
    - Heel soms
    - Zelden tot nooit

7.3 Informatiebrief

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Hoe kan de werking van een huisartsenwachtpost geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland.

1. **Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de huisartsenwachtpost?**
2. **Hoe verloopt de communicatie tussen zorgverleners tijden de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien?**
3. **Hoe verloopt de interactie tussen huisartsenwachtpost en spoeddienst?**

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie, gelieve het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

In het kader van de opleiding tot huisarts voeren Joren Heymans, Astrid Hoffman en Jeroen Joye een onderzoek uit naar de huidige visie van artsen over de huisartsenwachtposten, het contact tussen collega huisartsen en de samenwerking met de nabijgelegen spoeddienst. Het onderzoek zal gevoerd worden bij de huisartsen die de wachten verzorgen in de huisartsenwachtpost Meetjesland en Brugge. De resultaten van de beide wachtposten zullen met elkaar vergeleken worden. Het doel van de studie is om aan de hand van deze resultaten werkpunten te formuleren om het functioneren van de wachtposten te optimaliseren.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 min. van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. An De Sutter.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen persoonlijk voordeel. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een beter inzicht over de attitude van huisartsen op de wachtpost en de communicatie tussen collega-artsen.

4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden. Zo zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Uw persoonlijke gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens zijn de onderzoekers, Joren Heymans, Astrid Hoffman en Jeroen Joye. Zij zullen toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. DPO UGent kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

7.4 Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Voor de deelnemer: **BOX AANKRUISEN VOOR AKKOORD**

- ❑ Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 2 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- ❑ Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- ❑ Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
- ❑ Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
- ❑ Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens worden bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Voor de onderzoeker:

- ✓ Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) schriftelijk te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.
- ✓ Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Hoe kan de werking van een huisartswachtdienst geoptimaliseerd worden. Een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland. Hoe verloopt de interactie tussen huisartswachtpost en spoeddienst?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. AN DE SUTTER
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG UGENT
- TELEFOONNUMMER: 09 332 61 04
- E-MAIL: AN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. BART VAN DE VELDE
- FUNCTIE: BESTUURSLID VAN HUISARTSVERENIGING GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: WERKGROEP WACHTDIENST
- TELEFOONNUMMER: 09 231 28 22
- E-MAIL: BARTVANDEVELDE@HALP.BE

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: JEROEN JOYE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0474775642
- E-MAIL: JEROEN.JOYE@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. STEPHANIE DEGOMME
- ADRES: RALINGEN 54B 00/01
- TELEFOONNUMMER: 050/51.52.62
- E-MAIL: MEDIZORGHEIST@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NVT

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: NA GOEDKEURING DOOR ETHISCH COMITÉ

- EINDE ONDERZOEK: 1/05/2020

7. SOORT ONDERZOEK

✓ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ✓ **VRAGENLIJSTEN**
- ❑ INTERVIEW

✓ **RETROSPECTIEF ONDERZOEK**
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

→ IN HET RETROSPECTIEVE LUIK VAN DE STUDIE WORDEN GEANONIMISEERDE GEGEVENS ONTVANGEN VAN HET AANTAL PATIËNTEN DIE ZICH DE VOORBIJE JAREN HEBBEN AANGEMELD OP ZOWEL DE WACHTPOST VAN BRUGGE ALS OP DE SPOEDAFDELING VAN HET AZ SINT-JAN TE BRUGGE. DEZE DATA WORDEN VERKREGEN VIA DE VERANTWOORDELIJKE VAN DE HUISARTSWACHTPOST TE BRUGGE.

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Inleiding:

Op 4 januari 2019 werd de nieuwe huisartswachtpost Meetjesland in gebruik genomen door de 190 huisartsen die aangesloten waren in de huisartsenkringen van Omehak en Wemehak. De opstart van deze huisartswachtpost kadert in het beleid van minister De Block om de wachtdienstgebieden groter te maken. Deze nieuwe wachtpost bevindt zich naast de spoedopname van het AZ Alma Eeklo. Een spoedverpleegkundige werd aangesteld om de patiënten naar de huisartswachtpost of de spoedgevallen te triëren. Ook wordt er gebruik gemaakt van het nieuwe triagesysteem 1733. Hierbij trieert eerst een externe triagedienst de telefonische oproepen alvorens naar de huisarts door te verbinden.
Sinds 14 oktober 2016 is de huisartswachtpost te Brugge geopend. Deze wachtpost is eveneens naast een spoeddienst gelegen, namelijk die van het AZ Sint-Jan. Hier wordt eveneens gebruik gemaakt van het 1733 triagesysteem. Ter plaatste kan de patiënt zelf kiezen of hij zich aanmeldt op de huisartswachtpost of de spoedafdeling. Een spoedverpleegkundige trieert de patiënt indien nodig terug naar de huisartswachtpost. Deze wachtpost bestaat ondertussen 2,5 jaar en tot op heden is er nog geen evaluatie van de huisartsen geweest. Het leek ons interessant om dit zowel voor deze reeds bestaande wachtpost te doen als voor de nieuwe wachtpost in het Meetjesland. Op deze manier kunnen de resultaten vergeleken worden en kan er gekeken worden of er verschillen zijn tussen de twee groepen huisartsen. Daarnaast zijn wij ook geïnteresseerd in het effect dat de wachtpost heeft op de nabijgelegen spoeddienst

Doel

De opzet van dit onderzoek is om te bepalen wat de attitude van de deelnemende huisartsen is, hoe de communicatie verloopt tijdens en na een wachtdienst en hoe de interactie met de nabijgelegen spoeddienst verloopt. Dit proberen we te kaderen door de nieuwe wachtpost te vergelijken met de reeds bestaande wachtpost in Brugge.

Onderzoeksvragen van de volledige vragenlijst:

1. Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de huisartswachtpost
2. Hoe verloopt de communicatie tussen zorgverleners tijden de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien?
3. Hoe verloopt de interactie tussen huisartswachtpost en spoeddienst?
4. Zijn er onderling verschillen tussen de huisartsen?

Deze studie zal zich voornamelijk focussen op het deelaspect van de interactie tussen de huisartswachtpost en de spoeddienst en de verschillen die waarneembaar zijn tussen de verschillende subgroepen.

Methode:

Tijdens deze studie zal een vragenlijst (zie bijlage 2) worden afgenomen bij de huisartsen en haio's van de twee wachtgebieden. Dit wordt schriftelijk afgenomen en zal ongeveer tussen de 10 en 15 minuten duren. De deelnemers kunnen deze enquête zelfstandig invullen. Daarnaast gebeurt in deze studie ook een retrospectief onderzoek waarbij aan de hand van geanonimiseerde data wordt nagegaan of de wachtpost te Brugge zorgt voor een verlichting van de spoeddienst in het AZ Sint-Jan Brugge in het weekend.

Resultaten:

We hopen uit de resultaten van de vragenlijst een beter inzicht te krijgen over de werkzaamheid van de huisartsen op de HWP Brugge en HWP Meetjesland en over de mening van de huisartsen van het huidige wachtdienstsysteem. Verder willen we in kaart brengen waar er verbetering mogelijk is en of er verschillen bestaan tussen de meningen van de artsen van beide huisartswachtposten. Tot slot willen we inzicht krijgen op het effect dat een wachtpost heeft op de nabijgelegen spoeddienst.

Ethische overwegingen

We geven de artsen de kans om de vragenlijst anoniem in te vullen.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ✓ **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ **NEEN**

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UGENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

✓ **JA**

❑ NEEN

→ De huisartsen of haio's dienen aangesloten te zijn in de wachtpost van Brugge of van het Meetjesland. Zij dienen actief te zijn in het wachtpostsysteem en moeten ten minste één wacht gepresteerd hebben op de wachtpost.

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA

✓ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 500

D. LEEFTIJD : 20-100 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? MET BEHULP VAN EEN VRAGENLIJST DIE BESCHIKBAAR ZAL WORDEN GESTELD OP DE HUISARTSWACHTPOSTEN IN BRUGGE EN EEKLO

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

✓ **JA**

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

✓ **JA**

❑ NEEN

MONDELING :

❑ JA

✓ **NEEN**

DE ONDERZOEKERS ZULLEN NIET ALTIJD AANWEZIG ZIJN OM MONDELINGE TOESTEMMING TE

KUNNEN VRAGEN BIJ HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST.

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

✓ **JA**
❑ NEEN

BIJLAGE 1 BEVAT HET INFORMATIEFORMULIER SAMEN MET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

✓ **JA**
❑ NEEN

BIJLAGE 1 BEVAT HET INFORMATIEFORMULIER SAMEN MET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT. AANVULLENDE VERZEKERING NVT

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

BIJ MIJN WETEN IS DEZE STUDIE GEEN VERLENGDE VAN VOORAF BESTAANDE ONDERZOEKEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
✓ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
✓ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
✓ **NEEN**

HET ONDERZOEK HEEFT ALS DOEL DE WERKING VAN DE WACHTPOSTEN TE EVALUEREN EN MET DE RESULTATEN BEKOMEN UIT DE VRAGENLIJST EVENTUELE FEEDBACK TE KUNNEN GEVEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

✓ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN

TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NVT

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
✓ **NEEN**

NVT BIJ DIT ONDERZOEK

HET GAAT HIER OM EEN OBSERVATIONEEL ONDERZOEK, VRAAG 21 TEM 24 ZIJN DUS NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

✓ **NIET VAN TOEPASSING**
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM :
NAAM : DR. JEROEN JOYE
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM : DR. STEPHANIE DEGOMME
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM : PROF. DR. AN DE SUTTER
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM : DR. BART VAN DE VELDE
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : PROF. DR. SARA WILLEMS
HANDTEKENING :

Bijlage 1: Informatieformulier samen met formulier voor schriftelijke toestemming

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Hoe kan de werking van een huisartswachtdienst geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland.

1. **Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de huisartswachtpost?**
2. **Hoe verloopt de communicatie tussen zorgverleners tijden de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien?**
3. **Hoe verloopt de interactie tussen huisartswachtpost en spoeddienst?**

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie, gelieve het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

In het kader van de opleiding tot huisarts voeren Joren Heymans, Astrid Hoffman en Jeroen Joye een onderzoek uit naar de huidige visie van artsen over de huisartswachtposten, het contact tussen collega huisartsen en de samenwerking met de nabijgelegen spoeddienst. Het onderzoek zal gevoerd worden bij de huisartsen die de wachten verzorgen in de huisartswachtpost Meetjesland en Brugge. De resultaten van de beide wachtposten zullen met elkaar vergeleken worden. Het doel van de studie is om aan de hand van deze resultaten werkpunten te formuleren om het functioneren van de wachtposten te optimaliseren.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 min. van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. An De Sutter.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen persoonlijk voordeel. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een beter inzicht over de attitude van huisartsen op de wachtpost en de communicatie tussen collega-artsen.

4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden. Zo zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekers. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Uw persoonlijke gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens zijn de onderzoekers, Joren Heymans, Astrid Hoffman en Jeroen Joye. Zij zullen toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. DPO UGent kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Voor de deelnemer: **BOX AANKRUISEN VOOR AKKOORD**

- ❑ Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 2 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- ❑ Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- ❑ Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.
- ❑ Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
- ❑ Men heeft mij ingelicht dat mijn persoonlijke gegevens worden bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum

Voor de onderzoeker:

- ✓ Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) schriftelijk te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.
- ✓ Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

Bijlage 2: Vragenlijst

Hoe kan de werking van een huisartswachtdienst geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland.

Algemeen

1. Geslacht:
   - Man
   - Vrouw

2. Leeftijd:
   - HAIO
   - < 35 jaar
   - 35 - 45 jaar
   - 45 - 55 jaar
   - 55 - 65 jaar
   - > 65 jaar

3. Praktijkvorm:
   - Solo
   - Duo
   - Groepspraktijk
   - Wijkgezondheidscentrum

4. Afstand van praktijk tot wachtpost (aanrijtijd)
   - < 5 min
   - 5 - 10 min
   - 10 - 20 min
   - > 20 min

Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de huisartswachtpost?

5. Ik vind dat er onmiddellijk een huisarts beschikbaar moet zijn als een patiënt een hulpvraag heeft.
   - In de week van 8u00 tot 19u00. Buiten deze uren kan de patiënt met zijn hulpvraag terecht in het spoed.
   - In de week van 8u00 tot 22u00 en in het weekend. Op andere momenten via het spoed.
   - 24/7

6. Indien de wachtdienst voor huisartsen vrijblijvend was, zou ik mij hier nog steeds voor engageren?
   - Ja
   - Nee

7. Wat vindt u over het aantal te presteren wachtdiensten op de wachtpost?
   - Ik ben tevreden met de verdeling van de wachten
   - Ik zou graag meer wachten willen doen
   - Ik zou graag minder wachten willen doen

8. Als ik moet kiezen tussen het oude wachtsysteem en dat van de HWP:
   - Ik kies voor het oude wachtsysteem
   - Ik kies voor het huidige HWP systeem

- Ik kies voor het huidige HWP systeem en ik zou het HWP systeem ook voor de weekwachteen willen gebruiken
- Ik vind beide systemen evenwaardig

9. Hoe ervaart u de bezetting van de HWP overdag?
   - We zijn met te veel artsen
   - We zijn met te weinig artsen
   - We zijn met voldoende artsen

10. Hoe ervaart u de bezetting van de HWP 's nachts?
    - We zijn met te veel artsen
    - We zijn met te weinig artsen
    - We zijn met voldoende artsen

11. Bent u tevreden over de organisatie van het onthaal/chauffeurs op de wachtpost
    - Ik ben tevreden over de organisatie van zowel het onthaal als van de chauffeurs
    - Ik ben tevreden over de organisatie van het onthaal, maar niet van de chauffeurs
    - Ik ben tevreden over de organisatie van de chauffeurs, maar niet van niet van het onthaal
    - Ik ben niet tevreden over de organisatie van het onthaal/chauffeurs

12. De HWP vergroot de toegankelijkheid tot zorg voor de patiënt
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

13. De HWP zorgt ervoor dat ik als huisarts een betere kwaliteit van zorg kan bieden
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

14. Welke onrusten had u bij het oprichten van de HWP (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - De werkbelasting gaat hoger zijn
    - De pathologie op de HWP zal complexer zijn
    - De wachten zullen een te grote impact hebben op mijn privéleven
    - We gaan een deel technische prestaties verliezen aan de spoeddienst
    - Patiënten bieden zich met niet-urgente klachten aan op de HWP.
    - Patiënten vinden de HWP te ver
    - Patiënten gaan sneller een huisbezoek vragen
    - Patiënten kunnen niet verder geholpen worden als ik mijn praktijk vroeger sluit om op tijd op de HWP te zijn.
    - Andere: …….

15. Na enkele wachten waren deze onrusten terecht (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - o De werkbelasting gaat hoger zijn
    - o De pathologie op de HWP zal complexer zijn
    - o De wachten zullen een te grote impact hebben op mijn privéleven
    - o We gaan een deel technische prestaties verliezen aan de spoeddienst
    - o Patiënten bieden zich met niet-urgente klachten aan op de HWP.
    - o Patiënten vinden de HWP te ver
    - o Patiënten gaan sneller een huisbezoek vragen
    - o Patiënten kunnen niet verder geholpen worden als ik mijn praktijk vroeger sluit om op tijd op de HWP te zijn.
    - o Andere: …….

Persoonlijke aanvullingen/opmerkingen vorig deel
.....
.....
.....
.....

Hoe verloopt de communicatie tussen zorgverleners tijden de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien?

16. Was de webapplicatie Mediris al bij u gekend voor u zich aansloot bij de HWP?
    - o Ja, het wordt/werd al gebruikt in de lokale wachtdienst
    - o Ja, maar het wordt/werd niet gebruikt in de lokale wachtdienst
    - o Nee, Mediris was nieuw voor mij

17. De webapplicatie Mediris vind ik …
    - o Duidelijk en gebruiksvriendelijk
    - o Duidelijk, maar het kostte mij enige tijd voor ik goed met het programma kon werken
    - o Onoverzichtelijk en niet-gebruiksvriendelijk

18. Wat vindt u van de wijze van verslaggeving vanuit de HWP? (Meerdere antwoorden mogelijk)
    - o Ik vind een elektronisch doorgestuurd verslag voldoende.
    - o Ik vind in specifieke situaties (bv: overlijden, ziekenhuisopname, consult bij palliatieve patiënt ...) een telefonische briefing noodzakelijk
    - o Ik vind enkel bij een overlijden een telefonische briefing noodzakelijk
    - o Het huidige sjabloon voor het verslag vanuit Mediris is onvolledig en zou nog meer mogelijkheden moeten kunnen bieden.

19. In het geval dat een Sumehr is aangemaakt, helpt dit u voldoende om goede zorgen te leveren bij patiënten met complexe pathologie/voorgeschiedenis?
    - o Ja
    - o Nee, de Sumehr is vaak onvolledig
    - o Nee, bij complexe pathologie/voorgeschiedenis is meer nodig dan een Sumehr
    - o Nee ik bekijk dit niet

20. In hoeveel procent van de gevallen vindt u dat de Sumehrs van uw eigen patiënten volledig zijn?
    - o 0 - 20 %
    - o 20 - 40 %
    - o 40 - 60 %
    - o 60 - 80 %
    - o 80 - 100 %

21. In hoeveel procent van de gevallen vindt u dat de Sumehrs van de patiënten op de HWP volledig zijn?
    - 0 - 20 %
    - 20 - 40 %
    - 40 - 60 %
    - 60 - 80 %
    - 80 - 100 %

22. Sinds ik ben aangesloten bij de HWP probeer ik de Sumehrs van mijn eigen patiënten volledig aan te vullen?
    - Bijna al mijn sumehrs waren reeds volledig ingevuld
    - Ja, ik probeer mijn sumehrs vollediger in te vullen
    - Bij patiënten met uitgebreide comorbiditeit probeer ik de sumehr verder aan te vullen
    - Ik spendeer hier geen extra tijd aan

23. Wat vindt u van de kwaliteit van de verslaggeving nadat één van uw patiënten is naar de HWP geweest
    - Ik heb steeds de nodige informatie ontvangen van de huisarts van wacht
    - Ik heb soms nood aan bijkomende informatie waardoor ik de huisarts van wacht contacteer (telefonisch of elektronisch).
    - Ik vind dat de verslaggeving vaak onvoldoende informatie bevat.

24. Als rijdende huisarts gebruik ik de tablet.
    - Ja en ik zoek de medische gegevens op voor ik de patiënten bezoek
    - Ja, ik zoek pas de medische informatie als ik er nood aan heb.
    - Nee, ik gebruik amper de tablet om informatie op te zoeken.
    - Nee, ik gebruik geen tablet omdat ik dit niet gebruiksvriendelijk vind.

25. Hoe ervaart u het samenwerken met collega-huisartsen op de HWP?
    - Erg positief
    - Positief
    - Negatief
    - Erg negatief
    - Geen mening

Persoonlijke aanvullingen/opmerkingen vorig deel
.....
.....
.....
.....

Hoe verloopt de interactie tussen huisartswachtpost en spoeddienst?

26. Wat vindt u ervan dat de wachtpost naast het spoed gelegen is?
    - Erg positief
    - Positief
    - Neutraal
    - Negatief
    - Erg negatief

27. Wat zijn voor u de grote voordelen aan een wachtpost die naast het spoed gelegen is (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - Op deze manier kan je gemakkelijk beeldvorming en laboratoriumonderzoek laten uitvoeren.
    - Dit zorgt voor een ontlasting van de spoeddienst in het weekend.
    - Je kan patiënten met acute pathologie snel doorverwijzen.

- Patiënten kunnen sneller geholpen worden.
- Patiënten moeten niet zelf de keuze maken tussen een consultatie op het spoed of de HWP.
- Er worden zo kosten bespaart in de eerste lijn gezondheidszorg.

28. Wat zijn voor u de grote nadelen aan een wachtpost die naast het spoed gelegen is (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - Veel patiënten moeten op die manier een grotere afstand afleggen tot de wachtpost.
    - Patiënten met een complexe pathologie worden naar de HWP getrieerd.
    - Onzekere huisartsen verwijzen door naar het spoed om fouten te vermijden.
    - De gemeenschappelijke locatie biedt geen voordelen zonder gemeenschappelijke triage.

29. Wat vindt u ervan dat patiënten enkel het remgeld (derdebetalersregeling) dienen te betalen als ze naar de wachtpost komen?
    - Ik vind dit goed, de wachtpost moet laagdrempelig zijn.
    - Ik vind dit niet goed, de wachtpost wordt zo te laagdrempelig.
    - Geen mening

30. Vindt u dat er voldoende medisch materiaal/instrumenten/medicijnen aanwezig zijn op de wachtpost?
    - Ja, er is altijd voldoende medisch materiaal aanwezig.
    - Meestal wel, maar soms moet ik toch mijn eigen materiaal/medicijnen gebruiken.
    - Nee, ik moet dikwijls constateren dat er onvoldoende materiaal is.

31. Bent u sinds de opening van de HWP gestopt met consultaties doen op zaterdag?
    - Ik heb dit nooit gedaan.
    - Ja, ik ben hiermee gestopt.
    - Nee, maar ik doe er nu wel minder dan voorheen.
    - Nee, ik doe nog steeds evenveel consultaties op zaterdag als voorheen.

32. Hoe vaak moet u als zittende arts patiënten vanuit de wachtpost doorsturen naar het spoed?
    - Heel vaak
    - Vaak
    - Soms
    - Heel soms
    - Zelden tot nooit

33. Hoe vaak moet u als rijdende arts patiënten doorsturen naar het spoed?
    - Heel vaak
    - Vaak
    - Soms
    - Heel soms
    - Zelden tot nooit

34. Er is tijdens de wachtdienst een goede samenwerking met het labo.
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

35. Er is tijdens de wachtdienst een goede samenwerking met de dienst radiologie.
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord

- Neutraal
- Niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

36. Wat vindt u van de verloning voor een wachtdienst?
    - Ruim voldoende
    - Voldoende
    - Neutraal
    - Onvoldoende
    - Erg onvoldoende

37. Het is eenvoudig om een wachtdienst te wisselen of te laten overnemen?
    - Helemaal akkoord
    - Akkoord
    - Neutraal
    - Niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

Persoonlijke aanvullingen/opmerkingen vorig deel
.....
.....
.....
.....

<u>Vragen uitsluitend voor de wachtpost te Brugge</u>

38. Hoe staat u tegenover satellietwachtposten (zoals de wachtpost in Knokke)? De satellietwachtpost;
    - Ik vind dit geen meerwaarde.
    - Dit kan nuttig zijn voor meer afgelegen gebieden.
    - Dit is enkel nuttig als de wachtpost bij een ziekenhuis ligt.
    - Meer specifiek.

39. Hoe vindt u dat de triage op de HAW dient te verlopen?
    - Ik ben tevreden over de huidige triage.
    - Ik vind dat er betere afspraken moeten komen tussen het onthaal van de HAW en de spoedafdeling zodat er geen patiënten meer heen en terug worden verwezen.
    - Ik denk dat er een triageverpleegkundige moet worden aangesteld met als specifieke taak de triage tussen spoed en HAW te regelen.
    - Al 3 manama over triage geweest, mss beter schrappen.
    - Meer over fysieke triage op spoed. Wat van de patiënten die doorgestuur werden door het spoed

40. Heeft u al eens patiënten die van het spoed naar de wachtpost doorgestuurd werden, moeten terugsturen naar het spoed?
    - Heel vaak
    - Vaak
    - Soms
    - Heel soms
    - Zelden tot nooit

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0533		17-mei-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Hoe kan de werking van een huisartswachtdienst geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland. Hoe verloopt de interactie tussen huisartswachtpost en spoeddienst? (MaNaMa Jeroen Joye)

Belgisch Registratienummer: B670201940432

* Antwoord onderzoekers
  ontvangen via mail dr. Jeroen Joye dd. 30/04/2019 in antwoord op opmerkingen EC dd. 15/04/2019
* Informatie- en toestemmingsformulier voor deelnemers (versie 3) dd. 30/04/2019
* Vragenlijsten versie 3 dd. 30/04/2019
* Antwoord onderzoekers
  ontvangen via mail dr. Jeroen Joye dd. 8/05/2019 in antwoord op extra opmerking dd. 07/05/2019
* Adviesaanvraagformulier versie 3 (met handtekening - ontv. dd. 08/05/2019)

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 9/05/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 8/05/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 9/05/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 8/05/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/05/2019

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/05/2019

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. A. DE SUTTER - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg