Hoe kan de werking van HWP Meetjesland geoptimaliseerd worden?

Een vergelijking tussen een reeds bestaande wachtpost en een nieuwe.

HEYMANS Joren, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. DE SUTTER An, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. VAN DE VELDE Bart, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 2020]

Abstract

Context: Sinds 4 januari 2019 is de nieuwe huisartswachtpost Meetjesland operatief. Het doel van dit onderzoek is om een eerste evaluatie te maken. De nadruk ligt hierbij op de tevredenheid van de artsen en het exploreren van de perceptie van de huisartsen over de nieuwe huisartswachtpost Meetjesland en de bijhorende wachtregeling. Om een objectieve vergelijking te maken werd eenzelfde vragenlijst beschikbaar gesteld in zowel de HWP Meetjesland als de HWP Brugge.

Onderzoeksvraag: De belangrijkste vraag waar deze masterproef een antwoord op tracht te geven luidt als volgt: “Hoe staan de huisartsen van het Meetjesland tegenover de oprichting van een centrale wachtpost voor de weekendwachten?”

Methode: Alvorens het onderzoek te starten wordt een literatuurstudie uitgevoerd. We gaan hierbij op zoek naar gelijkenissen en verschillen in organisatie en werking van andere wachtposten in binnen- en buitenland. Hiernaast onderzoeken we ook de tevredenheid van artsen die werken in een huisartswachtpost. In een tweede deel wordt via een vragenlijst gepeild naar de tevredenheid van de huisartsen in de HWP Meetjesland en Brugge. Deze vragenlijst zal ons helpen om een goed onderbouwd antwoord te geven aangaande de tevredenheid van de artsen.

Resultaten: Tot 1/3 van de bevraagde artsen zou niet deelnemen aan de wachtdiensten moesten deze niet verplicht zijn. Meer dan de helft van de bevraagde artsen vindt dat het niet de taak van de huisarts is om 24/7 de zorgcontinuïteit te garanderen. In beide gevallen is er een significant verschil merkbaar tussen oudere artsen (55j+) en hun collega’s. Het merendeel van de artsen (72,1%) in het Meetjesland vindt de HWP een verbetering tegenover het oude wachtsysteem. Er is weinig enthousiasme (22,8%) om ook de weekwachten via de HWP te organiseren. Tijdens de wachtdiensten vindt een groot deel van de artsen in het Meetjesland (41%) dat er overdag te veel consultatie-artsen aanwezig zijn. Vooral artsen bij wie de praktijk >20’ van de wachtpost gelegen is, zijn niet overtuigd dat de wachtpost zorgt voor een betere kwaliteit van zorg voor hun patiënten. De grootste bezorgdheden voor de artsen van het Meetjesland na het openen van de wachtpost zijn dat patiënten met banale klachten komen consulteren (37,7%), de grote afstand van de praktijk tot de wachtpost (31,6%) en het vroeger moeten sluiten van de praktijk (21,5%).

Conclusie: De huisartsen van het Meetjesland zijn hoofdzakelijk tevreden over de opstart van de huisartswachtpost. Als grootste bezorgdheden noteren we het frequent aanmelden van patiënten met banale klachten, de afstand naar de wachtpost en het feit dat de praktijk vroeger dient gesloten te worden. Er dient nog verder onderzoek te gebeuren naar de optimale bezetting van de wachtpost, de mogelijkheid om gebruik te maken van wachtpostartsen en de best mogelijke manier om triage te organiseren.

Inhoudstafel

Inleiding 1
Motivatie 1
Doelstelling 2
Onderzoeksvraag 2
Literatuuronderzoek 3
Methode 3
Attitude van huisartsen over wachtdiensten 3
De wachtpost als oplossing voor behoud continuïteit in de eerste lijn 3
Algemene kenmerken van een wachtpost 4
Locatie van de wachtpost 5
Vergelijking met de wachtpostorganisatie in buitenland 5
Arts-tevredenheid 8
Kwaliteit van zorg 8
Bezorgdheden 9
Uitdagingen 10
Onderzoeksmethodiek 10
Resultaten 11
Demografie 11
Continuïteit van zorg 12
Wachtsysteem 13
Werkbelasting 14
Multidisciplinair 14
Kwaliteit van zorg 15
Bezorgdheden (vraag 14,15) 16
Discussie 18
Bespreking resultaten 18
Vergelijking met literatuur 18
Sterktes en zwaktes 19
Implicaties 19
Toekomstperspectieven 20
Besluit 21
Referenties 21
Bijlage 23
Vragenlijst 23
Ethisch comité 30

Inleiding

Eén van de taken van de huisarts is het voorzien van continuïteit in de eerstelijnszorg. (1) Om buiten de kantooruren deze zorg te voorzien zijn er verschillende vormen van wachtorganisaties. (2-4) De huisarts kan ervoor kiezen om dag en nacht voor de zorg van zijn eigen patiënten in te staan of verschillende huisartsen kunnen zich groeperen in een wachtkring en zo samen de wacht organiseren.

Een wachtsysteem dat vooral in het Verenigd Koninkrijk wordt toegepast, is de vervangingsservice. Hierbij stelt een bedrijf artsen tewerk die de wachten van andere artsen overnemen. Ook de spoeddienst van een ziekenhuis voorziet in de continuïteit van zorg bij urgenties.

Naar het voorbeeld van Denemarken en Nederland is in België onder impuls van de overheid het oprichten van wachtposten sterk in opmars om de continuïteit van zorg te bewaren. Hierbij zijn de artsen van een omschreven regio beurtelings van wacht op eenzelfde locatie en is het nodige materiaal ter beschikking. Tevens is er ondersteunend personeel (receptionisten, chauffeurs, …) aanwezig.

In België werd in 2003 de eerste wachtpost opgericht: de Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Volgens de laatste cijfers zijn er 79 wachtposten (40 in Vlaanderen; 34 in Wallonië; 5 in Brussel). (5,6)

Motivatie

In het huidige landschap van dreigende huisartsentekorten en stijgende medische consumptie is een goede organisatie van de werklast voor huisartsen in Vlaanderen onontbeerlijk. Een mogelijk antwoord hierop is de huisartsenwachtpost, die de laatste jaren aan populariteit wint. De voordelen zijn duidelijk: verminderde werkbelasting voor de huisarts, betere veiligheid, verlichting van de werkdruk van de spoedgevallen en grotere bereikbaarheid met een vaste locatie. Toch is het opstarten van een wachtpost geen sinecure. Er is weinig uniformiteit en iedere wachtpost moet met vallen en opstaan zijn eigen weg zoeken.

Sinds 4 januari 2019 is de nieuwe huisartswachtpost Meetjesland operatief. Vanaf dit moment dienden alle 190 huisartsen, aangesloten in 1 van de huisartsenkringen in het Meetjesland (Omehak en Wemehak) de weekendwachtdiensten vanuit deze wachtpost te organiseren. De opstart van deze huisartswachtpost kadert in de beleidsrichtlijnen van minister De Block om de wachtdienstgebieden groter te maken.

De nieuwe wachtpost bevindt zich naast de spoedopname van het AZ Alma Eeklo. Tijdens de wachtdienst wordt gebruik gemaakt van het triagesysteem 1733 waarbij een externe triagedienst de telefonische oproepen eerst trieert alvorens naar de huisarts van wacht door te verbinden.

De opstart van deze nieuwe huisartswachtpost viel samen met mijn eerste HAIO-jaar. Ik ben hierdoor mede getuige geweest van de switch van praktijkwachten naar wachtdiensten in de wachtpost. Het leek mij interessant te bekijken wat de attitude van de collega-huisartsen was met betrekking tot deze reorganisatie van het wachtsysteem.

Doelstelling

Om een objectieve vergelijking te maken werd eenzelfde vragenlijst beschikbaar gesteld in zowel de HWP Meetjesland als de HWP Brugge (Bijlage-1). De Brugse huisartswachtpost is net zoals de HWP Meetjesland naast een dienst spoedgevallen gelegen, maar is in tegenstelling tot de nieuwe wachtpost in het Meetjesland al enkele jaren operatief.

Het doel van dit onderzoek is om een eerste evaluatie te maken van de huisartswachtpost Meetjesland. De nadruk ligt hierbij op de tevredenheid van de artsen en het exploreren van de perceptie van de huisartsen over de nieuwe huisartswachtpost Meetjesland en de bijhorende wachtregeling.

Onderzoeksvraag

De belangrijkste vraag waar deze masterproef een antwoord op tracht te geven luidt als volgt: "*Hoe staan de huisartsen van het Meetjesland tegenover de oprichting van een centrale wachtpost voor de weekendwachten?*"

Om op deze vraag een passend antwoord te voorzien, werd ter voorbereiding eerst een literatuuronderzoek uitgevoerd. We gaan hierbij op zoek naar gelijkenissen en verschillen in organisatie en werking van andere wachtposten in binnen- en buitenland. Hiernaast onderzoeken we ook de tevredenheid van artsen die werken in een huisartswachtpost.

In een tweede deel wordt via een vragenlijst gepeild naar de tevredenheid van de huisartsen in de HWP Meetjesland en Brugge. Deze vragenlijst zal ons helpen om een goed onderbouwd antwoord te geven aangaande de tevredenheid van de artsen.

Tot slot kunnen we de resultaten van dit onderzoek terugkoppelen naar de wachtpostverantwoordelijken om zo in de toekomst een betere werking van de wachtpost mogelijk te maken.

Literatuuronderzoek

Methode

In het literatuuronderzoek gaan we op zoek naar verschillen en gelijkenissen in de organisatie van huisartswachtposten. Hierbij werd gebruik gemaakt van verschillende zoekmethodes. Via de ICHO database werd op zoek gegaan naar andere masterproeven die handelen over wachtposten. Hiervan werden er 3 weerhouden.

Vervolgens werd in het archief van het tijdschrift Huisarts Nu gezocht met de zoekterm 'wachtpost', dit leverde 40 artikels op. Hieruit werden na een selectie op basis van de titels 7 artikels weerhouden.

Als laatste werd ook op PubMed gezocht met de MeSH zoektermen 'general practicioner' AND 'after-hours service' in de laatste 10 jaar. Dit leverde 88 artikels op waarvan er 7 weerhouden werden. In een tweede zoekopdracht werd general practicioner vervangen door GP cooperation. Dit leverde 18 artikels op, waarvan nog 5 extra artikels werden weerhouden. Een derde zoekopdracht zocht naar verwante artikels met betrekking tot het artikel 'Examining differences in out-of-hours primary care use in Belgium and the Netherlands: a cross-sectional study'. Dit gaf 99 resultaten, waarvan er nog eens 11 extra artikels weerhouden werden.

Attitude van huisartsen over wachtdiensten

In een eerder onderzoek van collega Jacob Merckx uit 2013 werden Vlaamse huisartsen bevraagd of zij de continuïteitsgarantie in de zorg als een kerntaak van de huisarts zien. De overeenstemming hierover is zeer groot tijdens de werkuren (>97%) en daalt iets voor 's avonds en in het weekend (respectievelijk >92% en >87%). De bereidheid om ook 's nachts de continuïteit te voorzien is beduidend minder (66%). (7)

De wachtpost als oplossing voor behoud continuïteit in de eerste lijn

Artikel 21 van de recent goedgekeurde kwaliteitswet stelt het volgende:

"Iedere huisarts is verplicht deel te nemen aan de medische permanentie in de zone waar hij zijn beroep uitoefent. Om aan deze plicht te voldoen, neemt de huisarts deel aan de medische permanentie georganiseerd door een erkend functioneel samenwerkingsverband van huisartsen dat afspraken maakt omtrent de medische permanentie in de betrokken zone." (8)

In verschillende West-Europese landen zien we de laatste jaren de trend om deze medische permanentie in de eerste lijn te herorganiseren in huisartswachtposten. Iets meer dan 15 jaar geleden werd ook in Vlaanderen een eerste huisartswachtpost geopend (HWP Deurne-Borgerhout opende zijn deuren in 2003). De laatste jaren wint deze vorm van wachtorganisatie steeds meer aan populariteit. (9)

De beleidstekst van de Vlaamse regering in verband met de reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen pleit voor een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn:

"De huisartsenkringen zullen gestimuleerd worden hun werkingsgebieden te laten samenvallen met de eerstelijnszones, zodat de geïntegreerde zorgverlening kan bevorderd worden. Dit kan op zijn beurt een positieve invloed hebben op de inplanting door de huisartsenkringen van de (federale) huisartsenwachtposten (de locaties waar de huisartsen hun wachtdienst organiseren)." (10)

Binnen enkele jaren zou elke Belgische patiënt toegang moeten hebben tot een huisartswachtpost in zijn/haar buurt.

De aanleiding om de wachtdiensten in België te herorganiseren heeft verschillende redenen, die gedeeltelijk gelijklopende zijn met de redenen die in andere landen worden aangehaald. De stijgende zorgnoden in onze samenleving hebben ertoe geleid dat in steeds meer gemeenten een huisartsentekort dreigt te ontstaan. Aangezien elke Vlaamse huisarts verplicht is om de continuïteit van medische zorg voor zijn patiënten te verzekeren, inclusief tijdens weekends en op feestdagen, moest hiervoor een oplossing gevonden worden. (9)

Traditioneel verzekert men de zorgcontinuïteit aan de hand van een rotatiesysteem waarbij de artsen afwisselend wacht houden vanuit hun eigen praktijk. Het dalend aantal huisartsen (door veroudering, vervrouwelijking, minder instroom van jonge huisartsen, meer deeltijds werkende huisartsen…), de wens van de huisarts om werk en privé beter gescheiden te houden, de toenemende onveiligheid bij huisbezoeken in grote steden en de overbelasting van de spoedgevallendiensten, vaak met eerstelijnsproblematiek, creëerden de vraag naar een wachtsysteem dat oplossingen kan bieden voor deze problemen. (11)

In 2009 is er een grootschalig onderzoek uitgevoerd waarbij men de verschillende wachtdienstsystemen die in de eerste lijn gebruikt werden in 25 Westerse landen heeft besproken. De sterktes en zwaktes van elk systeem werden hierin beoordeeld. Het systeem van wachtposten wordt geprezen voor zijn toepasbaarheid in dichtbevolkte regio's, zijn hoge toegankelijkheid en de sterke garantie tot continuïteit van de zorg. (12)

Deze vorm van wachtdienstregeling biedt ook heel wat voordelen voor de huisartsen zelf, zoals de mogelijkheid tot overleg, minder en kortere wachtdiensten per arts, afname in werkbelasting, huisbezoeken met chauffeur en een striktere scheiding tussen werk en privéleven met als resultaat vaak een hogere tevredenheid bij zowel artsen als patiënten. (9,11-14)

Algemene kenmerken van een wachtpost

De algemene structuur van de huisartsenwachtposten in Vlaanderen is sterk gelijklopend. De wachtposten staan in voor de eerstelijnsgeneeskunde tijdens het weekend en de wettelijke feestdagen. Ze voorzien zo een 60 000 tot 200 000 inwoners van medische hulp aan een gemiddelde van ongeveer één arts per 30 000 inwoners. Zo zijn er gemiddeld 1-3 artsen aanwezig voor de consultaties en 1-2 artsen voor de huisbezoeken, aangevuld met een onthaalmedewerker en 1-2 chauffeurs. (15)

De huisartswachtpost Meetjesland heeft een bereik van 202.703 inwoners in de (deel)gemeenten Aalter, Maldegem, Lievegem, Assenede, Eeklo, Evergem, Kaprijke, Sint-Laureins, Langerbrugge Eiland, Sint-Kruis-Winkel, Terdonk, Wachtebeke, Zelzate en het West-Vlaamse Beernem. De service wordt gegarandeerd door de 190 huisartsen met actieve wachtdienst aangesloten bij huisartsenkringen OMEHAK en WEMEHAK., coördinator Tommy Sierens, en acht medewerkers. Overdag zijn er in de wachtpost altijd vier huisartsen aanwezig. Nog twee andere huisartsen rijden samen met een chauffeur uit voor huisbezoeken. Tijdens de nachtelijke uren is er één huisarts present in de wachtpost en één doet de huisbezoeken. Daarnaast is er één arts die inspringt waar nodig. (6)

De huisartswachtpost Brugge, waar in deze studie mee vergeleken wordt, heeft ter vergelijking een bereik van 256.555 inwoners met 289 huisartsen die de zorg verzekeren.

Locatie van de wachtpost

De huisartswachtpost Meetjesland is gelegen boven de spoeddienst van het AZ Alma ziekenhuis in Eeklo. Een groot deel van de huisartswachtposten in België is echter niet verbonden met een ziekenhuissite. In Nederland werken huisartswachtposten en spoedafdelingen net wel zeer sterk met elkaar samen.

Potentiële voordelen van de integratie van de eerstelijnswachtdienst in de spoedgevallendienst zijn de gedeelde infrastructuur en voorzieningen en de nauwe samenwerking tussen de twee diensten. Deze integratie voorkomt bovendien een overbelasting van de spoedgevallendienst en zorgt voor een juiste triage van en door patiënten. Verrassend genoeg daalt het kostenplaatje niet door de integratie van een wachtpost in het ziekenhuis. (9,16)

Het Instituut van mobiliteit van Hasselt ontwikkelde een optimalisatiemodel waarin een geschikte locatie voor wachtposten over heel België werd bepaald. Dit berekende men in functie van de aanrijtijden en het minimum aantal artsen actief in één wachtgebied, gebaseerd op gegevens van de Belgische bevolking. Uit deze studie blijkt dat de aanrijtijden niet sterk toenemen (gemiddelde aanrijtijden nemen toe van 6 naar 8,5 minuten) wanneer men de huisartsenwachtpost situeert nabij het ziekenhuis. Een grotere afstand tot de huisartsenwachtpost is voor patiënten namelijk een belemmerende factor, naast het type gebied (ruraal of stedelijk) en sociale deprivatie, om een wachtpost te bezoeken. (9)

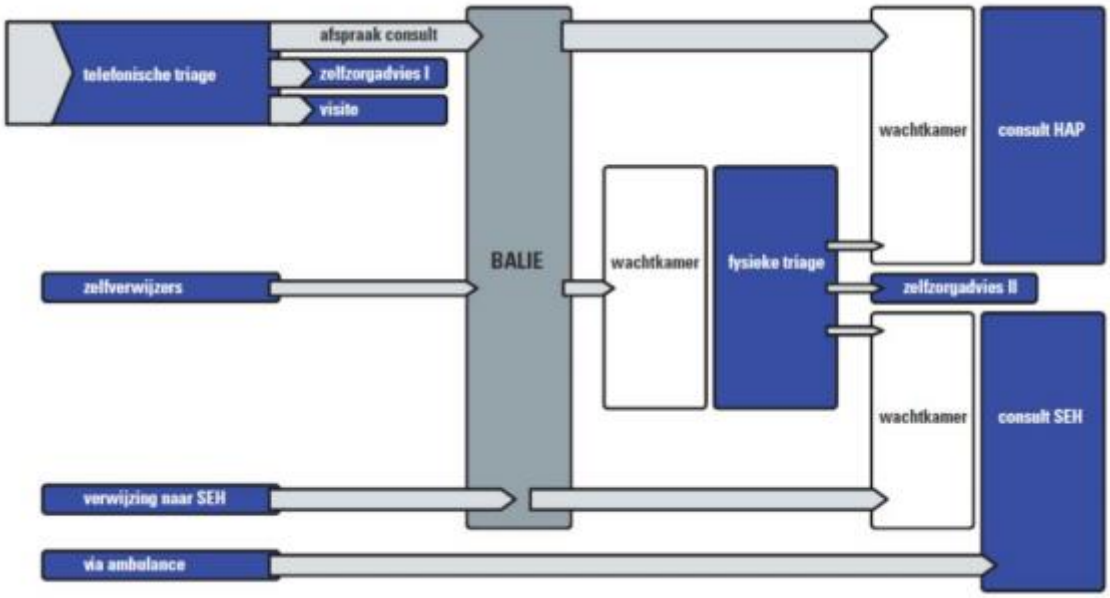
Vergelijking met de wachtpostorganisatie in buitenland

Om de organisatie en werking van de wachtposten te optimaliseren is het interessant om te onderzoeken hoe andere landen met eenzelfde systeem dit aanpakken. We zoeken hierbij naar mogelijke overeenkomsten en duidelijke verschillen tussen de verschillende landen.

Nederland

Op een zeer korte tijd (2000-2003) werd de zorgverlening buiten de uren in Nederland omgeschakeld naar huisartswachtposten. Deze zijn dagelijks geopend van 17u tot 8u, in het weekend en op feestdagen. Tijdens de wachturen dient men de hulpverlening te contacteren via een regionaal telefoonnummer waarna er een telefonische triage volgt. Aan de hand daarvan wordt beslist of een ambulance gestuurd wordt, een huisbezoek noodzakelijk is, dat de patiënt naar de wachtpost dient te komen of een telefonisch contact volstaat. De eindverantwoordelijkheid ligt bij een superviserend arts die deze beslissingen kan herroepen. Verder zijn er nog consultartsen die op de wachtpost consultatie doen en visiteartsen die op huisbezoeken gaan met een getrainde chauffeur met herkenbare auto. Huisartsen werken aan shiften van 8u, met gemiddeld 1 shift elke 14 dagen. De wachtposten situeren zich meestal voor of in het ziekenhuis in een straal van maximaal 30km van de patiënt verwijderd. (15)

In Nederland gebruikt men het integratiemodel, waarbij er samenwerkingsverbanden zijn tussen de huisartswachtpost en de spoedafdeling met minstens een gezamenlijke triage. (zie figuur-1) De huisartsenwachtpost vervult hierbij poortwachtersfunctie en reguleert toegang tot de spoedafdeling. De werklast vermindert als gevolg van een gedaald aantal arts-patiëntcontacten op de spoedafdeling. Zo zal men op de spoedafdeling minder aanmeldingen ontvangen en op de huisartsenwachtpost net meer. (17)



Figuur-1: Stroomdiagram integratiemodel (17)

De lokaal grootste ziekteverzekeraar maakt afspraken met de wachtpost en reikt zo een basisbudget aan gebaseerd op het aantal patiënten en verrichtingen per jaar. Hiermee dient de wachtpost financieel onafhankelijk te zijn. Overschotten op dit budget dienen terug te vloeien naar de verzekeraar.

De betaling gebeurt via derden; de patiënt betaalt dus niets en de arts wordt via de verzekeraar een vastgelegd uurloon uitbetaald. Dit is afkomstig uit het jaarlijkse budget van de wachtpost. (13)

Denemarken

In Denemarken werkt men tijdens de wachturen al sinds 1992 met huisartsenwachtposten. Er is een wettelijke verplichting dat het volledige grondgebied gedekt wordt door de wachtposten. (9) Deze overschakeling gebeurde in tegenstelling tot in België collectief. Van de ene op de andere dag werd er dus overgeschakeld naar huisartsenwachtposten. De huisartsenwachtpost is te bereiken via een algemeen nummer tussen 16u en 8u van maandag tot vrijdag en de volledige dag in het weekend en op feestdagen.

De patiënt krijgt dan de arts of een opgeleide verpleegkundige aan de lijn die hem bij ernstige gevallen naar de spoedgevallen verwijst en in minder urgente gevallen een huisbezoek regelt, naar de huisartsenwachtpost verwijst of hem vertelt dat het probleem kan wachten tot dat de eigen huisarts terug beschikbaar is. De patiënt moet eerst bellen voor hij geholpen kan worden. Zonder te bellen naar het algemene nummer kan de patiënt niet binnen op de wachtpost.

De wachtposten zijn meestal gelegen in of nabij een ziekenhuis, maar zijn er totaal onafhankelijk van. De spoedgevallen zijn in tegenstelling tot de wachtposten wel altijd vrij toegankelijk. (15)

Verschillen met België

Een eerste grote verschil is de telefonische consulten. In tegenstelling tot in Nederland zijn telefonische consultaties in België niet ingeburgerd. De Orde der geneesheren is hier zeer terughoudend over in zijn advies:

“De advies verlenende (huis)arts draagt ook met betrekking tot een door hem zeer goed gekende patiënt gevraagde adviezen – een niet-gekende patiënt moet uiteraard steeds “gezien” worden – strafrechtelijke, civielrechtelijke en tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor de gevolgen van iedere, ook lichte, fout.”

Gedurende de wachtdiensten worden hierdoor ook de niet-urgente klachten tijdens een consultatie besproken en is men niet snel geneigd om telefonisch medisch advies geven. (11,18) In tegenstelling tot een normaal consult geven telefonische raadplegingen wel een lagere patiënttevredenheid. (9)

Een tweede punt is de triage. Hoewel recent het 1733 nummer in gebruik is genomen, ziet men toch vaak patiënten die op eigen initiatief de wachtposten bezoeken. De meeste wachtposten kennen het fenomeen van patiënten die al staan aan te schuiven nog voor de wachtpost geopend is. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om zoals in Denemarken een verplichte telefonische triage in te voeren, waarbij de patiënt de wachtpost niet binnen kan vooraleer naar het triagenummer gebeld te hebben. (1)

Een laatste groot verschilpunt is de financiering. In Nederland dienen wachtposten financieel onafhankelijk te zijn via een budget dat hen toegekend wordt door de ziektekostenverzekeraar. In België is de dienstverlening via wachtposten enkel mogelijk dankzij extra overheidssubsidies. Daar waar de artsen in Nederland via een vast uurloon betaald worden, is de verloning in de meeste Belgische wachtposten toch nog steeds (deels) per prestatie geregeld. (13)

Arts-tevredenheid

De laatste jaren werden verschillende onderzoeken gedaan naar de tevredenheid van artsen die in een huisartswachtpost werkzaam zijn. De artsen ervaren de wachtpost meestal positief, vooral op het vlak van werkbelasting, levenskwaliteit en werkvoldoening. (9) Er was ook een hoge tevredenheid op het vlak van structuur, inrichting, materiaal en personeel. (15)

Er zijn toch ook enkele knelpunten. Een meerderheid van de artsen meldt dat ze minder verdienen dan voor de oprichting van de wachtpost. Bovendien is de ervaring dat er te veel artsen aanwezig zijn tijdens de wacht. Het blijft dus voor de artsen belangrijk om tijdens de wachtdienst voldoende werk te hebben. (19) Buitenlandse onderzoeken geven ongeveer dezelfde resultaten.

Voor het opstarten van een wachtpost staat afhankelijk van het geraadpleegde onderzoek 32,5 tot 47,5% weigerachtig tegenover de opstart. Na de opstart van de wachtpost blijft tot 25% van de artsen de wachtpost geen verbetering vinden tegenover het oude wachtsysteem. (6,11,19) De positieve houding ten opzichte van de oprichting van wachtposten neemt af met de anciënniteit van de arts. Ook werd er een hogere appreciatie waargenomen in stedelijke regio's in vergelijking met landelijke. (20)

De globale tevredenheid staat sterk in relatie met de opvatting van de huisarts over het al dan niet beschouwen van wachtdiensten als zijnde een kerntaak. Ook een positievere ervaring van werklast en de garantie van het uitvoeren van een poortwachtfunctie dragen bij tot een hogere tevredenheid bij de artsen. En hoewel deze poortwachtfunctie meer ervaren wordt door artsen werkzaam in de interne posten (= geïncorporeerd in een bestaand ziekenhuis), blijkt de algemene tevredenheid in de externe posten toch significant hoger te zijn. Een echte verklaring hiervoor kon echter niet worden achterhaald. (7)

Kwaliteit van zorg

Bij de opstart van een wachtpost is het belangrijk om de kwaliteit van zorg op geregelde tijdstippen te (her)evalueren. Aan de hand van deze evaluaties kan een beeld gevormd worden over het functioneren van de wachtpost en kan er, indien nodig, bijgestuurd worden. Er bestaat op heden weinig praktische literatuur die als handleiding kan dienen bij deze evaluaties. Bijgevolg worden er in het werkveld amper kwaliteits-controles uitgevoerd. (9)

Het coderen van consultaties is noodzakelijk bij het analyseren en opmaken van statistieken om de kwaliteit van de wachtpost te garanderen en controleren. Wanneer de beschikbare gegevens gecodeerd zijn, kan men een gedetailleerd beeld schetsen van de zorgkwaliteit en het gebruik van de wachtpost als wachtdienststructuur binnen de eerste lijn. Vereisten voor een correcte codering zijn een goede educatie van de wachtartsen en een gebruiksvriendelijk coderingssysteem zodat artsen gemotiveerd worden om correct en frequent te coderen. Verder is het delen van een deel van het EMD cruciaal voor een adequate continuïteit van de zorg. Dit zou kunnen gebeuren door het verder stimuleren van de implementatie van het Summarized Electronic Health Record (Sumehr) systeem. (19)

Hiernaast speelt het hanteren van richtlijnen een belangrijke rol in het leveren van kwaliteitsvolle geneeskunde in de wachtposten. Dit werd in het buitenland reeds getest aan de hand van kwaliteitsindicatoren, gebaseerd op de gangbare richtlijnen. Hieruit

bleek dat de kwaliteit van de werking van de wachtpost grotendeels overeenkomt met de kwaliteit in de gewone huisartsenpraktijk. Op Vlaams niveau bestaan bovengenoemde kwaliteitsindicatoren niet. Dit heeft nochtans niet alleen implicaties op de werking van de wachtpost. Er kan via deze weg namelijk gerichte educatie gegeven worden aan de huisartsen van de kring. Verder onderzoek naar deze kwaliteitsindicatoren lijkt aangewezen. (9)

Bezorgdheden

De huidige organisatie van de wachtposten in België heeft enkele kritieke punten die in de toekomst nieuwe uitdagingen kunnen stellen. De Belgische wachtposten opteren momenteel enkel te werken met huisartsen die zelf praktijk houden in de wachtregio. In de toekomst zullen we mogelijks naar andere oplossingen dienen te zoeken waarbij gewerkt wordt met specifieke wachtpostartsen of artsen uit andere regio's om de continuïteit van zorgen buiten de kantooruren te blijven garanderen. De taak voor de wachtdienstverantwoordelijken hierin is om duidelijk te stipuleren waaraan deze 'externe' wachtartsen dienen te voldoen wat diploma, extra opleiding en ervaring betreft. Het inschakelen van externe artsen blijkt immers niet volledig risicoloos. (21) Op heden is er in België nog geen wettelijk kader voor artsen die uitsluitend wachtdiensten uitvoeren. Deze artsen hebben namelijk geen eigen patiëntenbestand en kunnen zo in de problemen komen met hun erkenning. Om het statuut van wachtdienstarts aantrekkelijker te maken zou men een sui generis statuut kunnen oprichten dat ook de zorgkwaliteit voor de bevolking kan waarborgen (kwalificatiecriteria, aanvullende opleiding…). (22)

Er zijn ook nieuwe uitdagingen inzake pathologie. Op de wachtpost melden zich een veel groter aantal kinderen aan in vergelijking met het vorige wachtdienstsysteem. Veel artsen geven aan dat door het laagdrempelig zijn van de wachtpost er veel patiënten consulteren met niet-urgente klachten die kunnen wachten tot wanneer de reguliere huisarts weer beschikbaar is. (14) Een derde punt is het gevaar van ondertriage. Hierdoor kan kostbare tijd verloren gaan en de patiëntveiligheid in het gedrang komen. In een studie die de veiligheid van telefonische triage onderzocht, bleek dat in 97% van de gevallen de triage veilig was verlopen. Het grootste gevaar schuilt in de urgenties, deze werden in 10% van de gevallen ondergetriëerd. Deze cijfers vallen te verklaren door de lage prevalentie van urgenties op een wachtpost. (19)

Een laatste pijnpunt is de financiering. De wachtposten zijn financieel afhankelijk van de subsidies voorzien door de overheid. Dit budget is vaak ontoereikend, waarbij bepaalde zaken niet meegefinancierd worden. Men werkt met gestandaardiseerde werkingskosten zonder de mogelijkheid om budgetten door te schuiven. (9) Er is bijvoorbeeld geen ruimte om de artsen die de organisatie van de wachtposten op zich nemen te vergoeden. Het dreigt in de toekomst een moeilijke opgave te worden artsen te blijven motiveren zich vrijwillig te engageren in het aansturen en besturen van de wachtposten.

Uitdagingen

Het gebruik van wachtposten in België is nog in volle ontwikkeling. Er zijn nog veel mogelijkheden waarover in de toekomst dient nagedacht te worden. Tot op heden worden de wachtposten enkel gebruikt tijdens de weekends en op feestdagen. Er gaan stemmen op om dit verder uit te breiden naar de weekwachten. Het nieuwe conventieakkoord tussen artsen en ziekenfondsen voorziet zelfs een budget van 3 miljoen euro om pilootprojecten op te starten die ook de weekwachten in een wachtpost organiseren. Wanneer deze mogelijkheid bevraagd worden bij de wachtartsen is hier terughoudendheid op te merken. Een eerste bevraging in de wachtpost Deurne-Borgerhout leverde slechts 21% voorstanders op om de wachtpost ook in de week open te houden. (11) Bij meer recentere bevragingen komt men aan percentages variërend van 25 tot 48%. Vooral de jongere artsen zijn voorstander van deze regeling. (7,15,19)

De wachtpost dient als een doorgeefluik van kennis, nieuwe standaarden en vernieuwingen op vlak van geneeskunde en IT. Omgekeerd dienen de wachtkringen de wachtposten te ondersteunen, bijvoorbeeld met extra IT-bijscholingen. Via Domus Medica tracht men ook de communicatie open houden om te kunnen leren van andere wachtposten. (14)
Het openen van interne wachtposten zou op termijn moeten bijdragen tot een efficiëntere samenwerking met de spoedgevallendiensten en ambulancezorg. (11)
Een laatste uitdaging is het efficiënt inzetten van de wachtartsen, vooral tijdens de nachtelijke uren. Is het mogelijk om huisartswachtposten van verschillende regio's te laten samenvloeien en toch een evenwaardige zorgverlening te kunnen bieden? De steeds toenemende zorgvraag van de populatie en de dalende beschikbaarheid van de huisartsen verhogen de druk op het wachtsysteem. Gecombineerd met een overheid die steeds op zoek is naar manieren om onnodige kosten te elimineren, zal de oproep om op een efficiëntere manier met de geboden middelen om te gaan steeds luider klinken. (21) Volgens het KB van 22 augustus 2013 moet de huisartsenkring een absoluut minimum voorzien van één huisarts van wacht per 100 000 inwoners overdag en één huisarts per 300 000 inwoners 's nachts. Er is dus wel mogelijkheid om minder huisartsen van wacht te voorzien. (19)

Onderzoeksmethodiek

De bedoeling van dit prospectief observationeel onderzoek is door middel van een schriftelijke vragenlijst (zie bijlage-1) 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.

Deze masterproef zal zich voornamelijk focussen op het deelaspect van de attitude van de huisartsen en de onderlinge verschillen die waarneembaar zijn tussen de verschillende subgroepen.

De vragenlijst werd afgenomen bij de huisartsen en HAIO's van de twee wachtgebieden. De deelnemers konden deze vragenlijst zelfstandig en anoniem invullen.

Resultaten

Demografie

Geslacht	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge	
Man	44	55,7	44	47,3
Vrouw	35	44,3	49	52,7

Leeftijd	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge	
HAIO	10	12,7	16	17,2
25-35j	18	22,8	21	22,6
35-45j	9	11,4	17	18,3
45-55j	14	17,7	11	11,8
55-65j	22	27,8	27	29,0
>65j	6	7,6	1	1,1

Praktijkvorm	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge	
Solo	30	38	20	21,5
Duo	20	25,3	17	18,3
Groep	28	35,4	54	58,1
WGC	1	1,3	2	2,2

Aanrijtijd	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge	
<5 min	9	11,4	4	4,3
5-10 min	13	16,5	25	26,9
10-20 min	18	22,8	47	50,5
>20 min	39	49,4	17	18,3

Tabel-1: Demografische gegevens HWP Meetjesland en HWP Brugge

Bovenstaande tabel toont de demografische gegevens van beide wachtposten. Wat het geslacht betreft, ziet men in HWP Meetjesland een meerderheid aan mannelijke artsen (Δ +11,4%), in Brugge zijn de mannelijke artsen in de minderheid, al is het verschil tussen de seksen hier een heel stuk kleiner (Δ -5,4%).

De solopraktijk is de meest voorkomende praktijkvorm (38%) in het Meetjesland. In Brugge daarentegen werken meer dan de helft van de bevraagde artsen in een groepspraktijk (58,1%) en is slechts een minderheid van de artsen actief als solo arts (21,5%).

Het grootste deel van de solo artsen is 55j+ (66%). Wanneer we kijken naar de jonge artsen (25-35j) zien we dat de meeste starten in een samenwerkingsverband (87,1%) en dan voornamelijk in een groepspraktijk (59%).

Het grootste verschil tussen HWP Meetjesland en HWP Brugge is de afstand van de verschillende praktijken tot de huisartswachtpost. In het Meetjesland woont bijna de helft van de artsen (49,4%) op meer dan 20 minuten van de wachtpost. In Brugge is dit slechts 18,3%, een wezenlijk verschil.

Continuïteit van zorg

Vrijwillig wacht doen	N	%	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge		Totaal	
Ja	56	70,9	56	60,2	112	65,1
Nee	23	29,1	37	39,8	60	34,9

Beschikbaarheid	N	%	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge		Totaal	
8-19h	16	21,9	26	29,2	42	24,4
8-22h	21	28,8	20	22,5	41	23,8
24/7	36	49,3	43	48,3	79	45,9

Onze vragenlijst toont dat een significant deel van de artsen ervoor zou kiezen om niet meer deel te nemen aan het wachtsysteem indien dit niet meer verplicht was. Er kon geen significant verschil aangetoond worden tussen Meetjesland en Brugge (p=0,143).

Er was ook geen significant verschil te vinden in de subgroepen geslacht (p=0,677) en praktijkvorm (p=0,390). In de subgroep leeftijd kon wel een significant verschil gevonden worden (p= 0,013), waarbij een groter deel van de artsen ouder dan 55j niet meer vrijwillig zou deelnemen aan het wachtsysteem.

Een tweede vaststelling is dat slechts 45,9% van de bevraagde artsen vindt dat het de taak van de huisarts is om de zorgcontinuïteit te garanderen 24/7. Ook hier kon geen significant verschil aangetoond worden tussen wachtposten (p=0,899), geslacht (p=0,084) en praktijkvorm (p=0,495). De oudere artsen vinden deze zorgcontinuïteit significant minder belangrijk (p=0,007).

Er is ook een significant verschil (p<0,001) tussen de artsen die vrijwillig deelnemen aan de wachtdienst, waarbij 59,2% de zorgcontinuïteit 24/7 willen garanderen. Tegenover 30,5% van zij die niet vrijwillig zouden deelnemen.

Wachtsysteem

Wachtsysteem	N	%	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge		Totaal	
Oud	15	19	4	4,3	19	11,1
Evenwaardig	7	8,9	5	5,4	12	7
Huidige HWP	39	49,4	35	35	38	43,3
HWP+week	18	22,8	48	52,2	66	38,6

Wanneer we bevragen welk wachtsysteem de artsen verkiezen, zien we duidelijke verschillen tussen de beide wachtposten. We zien dat in het Meetjesland er nog een grotere groep artsen vasthoudt aan het oude wachtsysteem (19%), in Brugge is dit een kleine minderheid (4,3%) We zien dat in Brugge er een grote bereidheid is om de weekwacht ook via de wachtpost te regelen (52,2%). Hier is men in het Meetjesland nog niet klaar voor (22,8%).

Wachtsysteem	HAIO	25-35j	35-45j	45-55j	55-65j	>65j
Oud	0	3	3	3	9	1
	0	7,7	12	12	18,4	14,3
evenredig	0	1	2	3	5	1
	0	2,6	8	12	10,2	14,3
HWP	12	12	11	13	23	3
	46,2	30,8	44	52	46,9	42,9
HWP+week	14	23	9	6	12	2
	53,8	59	36	24	24,5	28,6

Wanneer we kijken naar de leeftijdsverdeling zien we dat het voornamelijk de oudere generatie artsen is die het oude systeem verkiezen. De jongere artsen zijn voorstander om het systeem van huisartswachtposten ook in de week in te voeren. De middenklasse is voor het behoud van het huidige HWP systeem waarbij de weekwachten nog volgens het oude systeem uitgevoerd worden.

Wanneer we naar de leeftijdsverdeling kijken, zien we dat het voornamelijk de mannen zijn die voor het oude systeem kiezen (78,9%), terwijl het meer de vrouwelijke artsen zijn die kiezen om ook in de week de huisartswachtpost open te houden. (56,1%)

Werkbelasting

Aantal wachten	N	%	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge		Totaal	
Te veel	26	32,9	19	20,4	45	26,2
Te weinig	3	3,8	2	2,2	5	0,3
Voldoende	50	63,3	72	77,4	122	70,9

De meerderheid van de artsen is tevreden over het aantal wachten die ze dienen uit te voeren, zowel in het Meetjesland (63,3%) als in Brugge (70,9%). Slechts een kleine minderheid zou meer wachten willen doen. We kunnen wel zien dat in het Meetjesland een groter deel van de artsen de wachtbelasting te hoog vindt (Δ +12,5%), maar dit verschil is net niet significant (p=0,057), ook wat betreft geslacht (p=0,952) en praktijkvorm (p=0,399) was geen significant verschil waar te nemen. Een oudere leeftijd van de arts gaf opnieuw een significant verschil (p=0,003).

Wat de bezetting van de wachtpost betreft, zien we een verschil tussen HWP Meetjesland, waar overdag 4 vaste consultatie-artsen werkzaam zijn (voor 202.703 inwoners) tegenover HWP Brugge, waar overdag slechts 3 zittende artsen aanwezig zijn (voor 256.555 inwoners). In HWP Meetjesland komt men zo aan 1 consultatie-arts per 50.676 inwoners, in HWP Brugge aan 1 consultatie-arts per 85.519 inwoners, een wezenlijk verschil. Dit verschil is terug te vinden in de resultaten van de vragenlijst. Een groot deel van de artsen in het Meetjesland vinden dat er overdag te veel artsen werkzaam zijn (41%), terwijl in Brugge 19,4% 3 zittende artsen te weinig vindt.

’s Nachts is er wel een consensus en vindt de overgrote meerderheid zowel in het Meetjesland (94,5%) als in Brugge (96,2%) dat 1 rijdende arts en 1 zittende arts nodig/voldoende zijn om de nachtelijke oproepen af te handelen.

Multidisciplinair

De samenwerking met andere zorgverleners (onthaal, chauffeur, labo, radiologie) loopt in het algemeen vlot. De meeste artsen zijn tevreden over het samenwerken. Een overgrote meerderheid is zeer tevreden over de chauffeur en het onthaal, zowel in het Meetjesland (97,5%) als in Brugge (96,7%). Enkel in Brugge waren er artsen die de samenwerking met het labo niet goed vonden (6,6%). De meeste ontevredenheid hebben de artsen bij de samenwerking met de radiologie. Dit bleef nog steeds een kleine minderheid in beide wachtposten, respectievelijk 17,7% en 14%.

Kwaliteit van zorg

Toegankelijker	N	%	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge		Totaal	
Helemaal akkoord	26	32,9	42	45,2	68	39,5
Akkoord	26	32,9	35	37,6	61	35,5
Neutraal	13	16,5	12	12,9	25	14,5
Niet akkoord	11	13,9	3	3,2	14	8,1
Helemaal niet akkoord	3	3,8	1	1,1	4	2,3

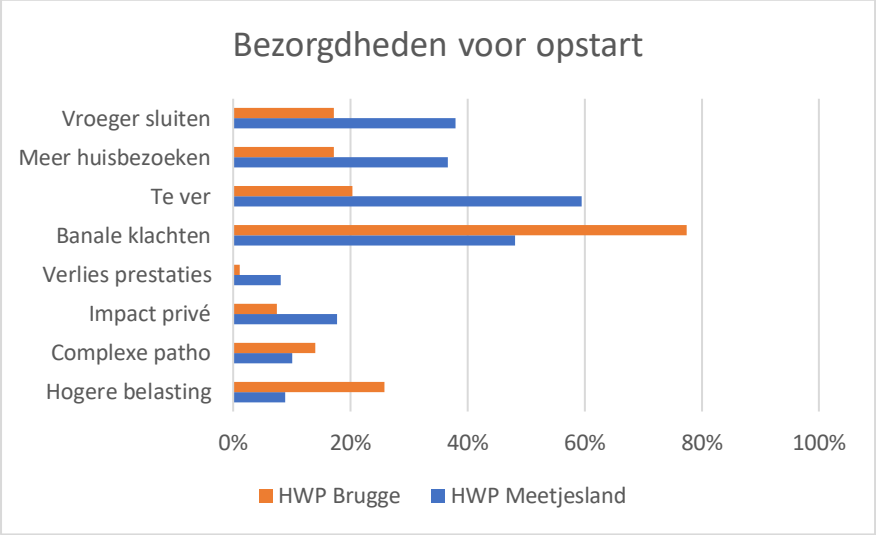
Betere kwaliteit	N	%	N	%	N	%
	Meetjesland		Brugge		Totaal	
Helemaal akkoord	18	22,8	29	31,2	47	27,3
Akkoord	35	44,3	31	33,3	66	38,4
Neutraal	14	17,7	23	24,7	37	21,5
Niet akkoord	5	6,3	7	7,5	12	7
Helemaal niet akkoord	7	8,9	3	3,2	10	5,8

Sinds de oprichting van de wachtpost is het volgens de meerderheid van de huisartsen eenvoudiger om toegang te krijgen tot de juiste zorg (75%). Toch is hier een significant verschil waar te nemen tussen de artsen van het Meetjesland (65,8%) en deze van Brugge (82,8%) (p=0,041). Dit verschil kan niet waargenomen worden tussen de geslachten (p=0,164), leeftijd (p=0,618) of praktijkvormen (p=0,885).

Wanneer we kijken naar de afstand van de praktijk tot de wachtpost zien we dat bij artsen die >20’ van de wachtpost wonen slechts 57,2% van de artsen akkoord zijn met deze stelling. Van hen geeft 19,6% aan dat ze denken dat dit de toegankelijkheid net verkleind. Dit geeft een significant verschil met de artsen die binnen een straal van 20’ wonen (p=0,001).

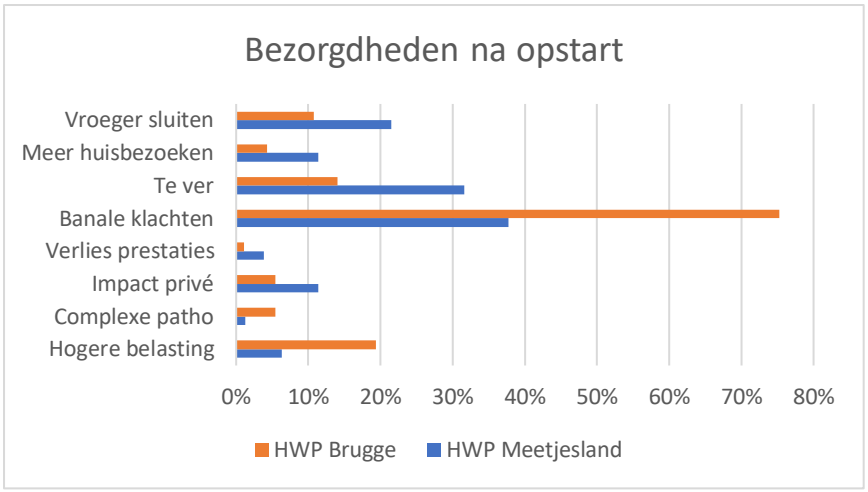
Bezorgdheden (vraag 14,15)
Wanneer we navraag doen naar de bezorgdheden van de artsen bij het opstarten van de wachtpost zien we dat deze bezorgdheden verschillen tussen de beide wachtposten.

In Brugge was er vooral angst voor een hogere werkbelasting (25,8%) en patiënten die met banale klachten komen consulteren (77,4%). De artsen uit het Meetjesland hadden ook de vrees dat er de patiënten zich vaker met banale klachten zouden komen presenteren (48,1%). Daarnaast waren zij vooral bezorgd over de afstand tot de wachtpost (59,5%), een mogelijk hoger aantal huisbezoeken (36,7%) en het feit dat ze hun praktijk vroeger zouden moeten sluiten om op tijd op de wachtpost te geraken (38%)



Wanneer we de antwoorden in beide wachtposten met elkaar vergelijken, dan zien we dat in Brugge een significant hogere bezorgdheid was wat betreft de werkbelasting (Δ +16,9% ; p=0,005) en de aanmelding van patiënten met banale klachten (Δ +29,3%; p<0,001). De artsen van het Meetjesland waren significant meer bezorg over het verlies aan technische prestaties (Δ+3,4%; p=0,025), de afstand voor de patiënt (Δ+39,1%; p<0,001), een groter aantal huisbezoeken (Δ+19,5%, p=0,005) en het vroeger sluiten van de praktijk (Δ+20,8; p=0,003). Inzake de complexiteit van de pathologie (p=0,491) en de impact op het privéleven (p=0,06) kon geen significant verschil aangetoond worden.

Na de opening van de wachtpost bleef in Brugge het gevoel aanwezig dat patiënten vaak met banale klachten kwamen (75,3%), In het Meetjesland bleef deze bezorgdheid ook aanwezig, maar minder uitgesproken (37,7%). De vrees dat de wachtpost te ver zou zijn voor de patiënten bleek bij de helft van de artsen onterecht. Een groot deel van de artsen bleef dit een bezorgdheid vinden (31,6%), net zoals het vroeger sluiten van de praktijk (21,5%).



Wanneer we opnieuw de antwoorden in beide wachtposten met elkaar vergelijken, dan zien we dat in Brugge zowel de hogere bezorgdheid wat betreft de werkbelasting (Δ +13,1% ; p=0,014) als de aanmelding van patiënten met banale klachten (Δ +37,6%; p<0,001) significant hoger blijft. De artsen van het Meetjesland blijven significant meer bezorg over de afstand tot de wachtpost voor de patiënt (Δ+17,6%; p=0,006). Inzake de complexiteit van de pathologie (p=0,220), de impact op het privéleven (p=0,171), het verlies van technische prestaties (p=0,334), het aantal huisbezoeken (p=0,091) en het vroeger sluiten van de praktijk (p=0,061) kon geen significant verschil aangetoond worden.

Discussie

Bespreking resultaten

De resultaten van onze vragenlijst kunnen in 3 belangrijke categorieën besproken worden. Ten eerste is er de attitude van de huisartsen wat betreft de zorgpermanentie. Tot 1/3 van de bevraagde artsen zou niet deelnemen aan de wachtdiensten moesten deze niet verplicht zijn. Meer dan de helft van de bevraagde artsen vindt dat het niet de taak van de huisarts is om 24/7 de zorgcontinuïteit te garanderen. In beide gevallen is er een significant verschil merkbaar tussen oudere artsen (55j+) en hun collega's.

Er zijn enkele mogelijke verklaringen voor deze cijfers. Jonge huisartsen zijn nog volop bezig met het uitbouwen van een patiëntenbestand. Het deelnemen aan wachtdiensten biedt hen een uitgelezen kans om in contact te komen met nieuwe patiënten. De oudere artsen hebben meestal een mooi uitgebouwde praktijk en patiëntenpopulatie. Hun prioriteiten kunnen mogelijks meer gaan naar een comfortabele manier van consulteren, waarbij de extra belasting van de wacht meer als een last wordt gezien dan een meerwaarde.

Ten tweede keken we naar de attitude van de huisartsen tegenover de huisartswachtpost. Het merendeel van de artsen (72,1%) in het Meetjesland vindt de HWP een verbetering tegenover het oude wachtsysteem. Dit percentage stijgt vermoedelijk nog de komende jaren. Er is weinig enthousiasme (22,8%) om ook de weekwachten via de HWP te organiseren. Tijdens de wachtdiensten vindt een groot deel van de artsen in het Meetjesland (41%) dat er overdag te veel consultatie-artsen aanwezig zijn. Vooral artsen bij wie de praktijk >20' van de wachtpost gelegen is, zijn niet overtuigd dat de wachtpost zorgt voor een betere kwaliteit van zorg voor hun patiënten.

Als laatste werden ook de bezorgdheden bevraagd. De grootste bezorgdheden voor de artsen van het Meetjesland na het openen van de wachtpost zijn dat patiënten met banale klachten komen consulteren (37,7%), de grote afstand van de praktijk tot de wachtpost (31,6%) en het vroeger moeten sluiten van de praktijk (21,5%).

Vergelijking met literatuur

Wanneer we de resultaten vergelijken met de gevonden literatuur zien we dat de cijfers met betrekking tot de zorgpermanentie in dezelfde orde liggen als bij vorig onderzoek. Het zijn voornamelijk de nachtelijke uren die voor een probleem zorgen (22h-8h). Deze hebben dan ook een grotere impact op het leven van de artsen.

In vorige onderzoeken bleef tot 25% van de artsen de wachtpost geen verbetering vinden in vergelijking met het oude wachtsysteem. In ons onderzoek is dit bij 27,9% van de artsen het geval, dit percentage kan dus nog wel iets zakken. Een minderheid (19%) vindt de HWP slechter dan het oude systeem. In Brugge is bijna iedereen overtuigd over de meerwaarde van de HWP (90,3%). Deze verschillen kunnen misschien verklaard worden door het meer stedelijke karakter, terwijl in het Meetjesland toch meer artsen in een landelijke omgeving werken. In vorige onderzoeken kon men al een hogere appreciatie waarnemen in stedelijke regio's .

Aangezien veel artsen het belangrijk vinden om tijdens wachtdiensten voldoende patiënten te zien, begrijpen we dat de beslissing om 4 consultatie artsen te gebruiken in de HWP Meetjesland overdag (+- 1 arts /50.000 inwoners) bij sommigen niet enthousiast wordt onthaald. Deze beslissing zorgt er namelijk voor dat er meer wachtdiensten dienen verdeeld te worden en dat elke wachtdienst financieel minder interessant is.

Sterktes en zwaktes

Een sterkte van dit onderzoek is dat de vragenlijst binnen het eerste jaar na opstart van de huisartswachtpost Meetjesland werd afgenomen. Het is voor de bevraagde huisartsen relatief eenvoudig om het oude wachtsysteem te vergelijken met de nieuwe huisartswachtpost. Er werden in totaal 172 huisartsen bevraagd, dit is een grote groep. De statistische analyse van hun antwoorden kunnen ons al een globaal idee geven over hoe de huisartsen denken over bepaalde thema's.

Een minder punt van dit onderzoek is de lage participatiegraad zowel in het Meetjesland (79/190 voor 42%) als in Brugge (93 op 289 voor 32%) van de huisartsen ingeschreven in de huisartswachtpost. Mogelijke oorzaken hiervan zijn het feit dat niet alle artsen in de periode dat de vragenlijst beschikbaar waren in de wachtpost (+- 5 maand) een wachtdienst hebben uitgevoerd. De vragenlijst werd niet altijd actief aangeboden aan de artsen en er was geen follow-up naar artsen die de vragenlijst niet hebben ingevuld. Deze beperkingen zorgen ervoor dat de cijfers die in deze masterproef bekomen zijn mogelijks niet volledig overeenstemmen met de realiteit.

Een ander punt van kritiek is dat de HWP Brugge al 2 jaar bezig is in de huidige geïntegreerde setting; dit zorgt ervoor dat bij het terugdenken aan de bezorgdheden bij de opstart van de huisartswachtpost er waarschijnlijk een bias is ontstaan in de richting van de bezorgdheden die men vandaag nog steeds heeft.

Implicaties

Wat kunnen we uit dit onderzoek meenemen naar de dagelijkse werking van de wachtpost? Een groot deel van de bevraagde huisartsen vindt het verzekeren van de wachtdiensten een (te) grote belasting. Indien dit niet verplicht was, zouden zij ervoor kiezen niet meer deel te nemen. Deze resultaten tonen aan dat er wel degelijk een platvorm is voor fulltime 'wachtartsen'. Deze zouden de andere artsen voor een deel kunnen ontlasten van hun wachttaken.

De grote meerderheid van de huisartsen zijn tevreden over de oprichting van de huisartswachtpost Meetjesland. De verwachting is dat de komende jaren dit percentage nog zal toenemen. Het lijkt ons nog te vroeg om ook de weekwachten via de wachtpost te organiseren. Mogelijks heeft de terughoudendheid die we in onze vragenlijst konden opmerken te maken met het feit dat veel praktijken op >20' van de wachtpost gelegen zijn. Wanneer men zich tijdens de weekwacht moet aanmelden op de wachtpost betekent dit opnieuw een extra belasting, terwijl men op dit moment de weekwacht van thuis uit kan verzekeren.

Een derde belangrijke vaststelling is dat een deel van de huisartsen vindt dat 4 consultatieartsen overdag te veel is. Mogelijke alternatieven hiervoor zijn om dit aantal terug te schroeven naar 3 artsen, dan komt men aan 1 consultatiearts per 67.568

inwoners, wat nog altijd minder belastend is dan in de HWP Brugge. Een tweede optie is om de 4de arts oproepbaar te maken, deze dient dan enkel op drukke momenten zich naar de wachtpost te begeven. Een laatste voorstel zou zijn om een zomer- en een winterbezetting te voorzien, waarbij in de zomerperiode slechts 3 artsen consulteren maar in de drukkere winterperiode 4 consultatie-artsen aanwezig zijn.

Als we tenslotte kijken naar de bezorgdheden na de opstart, zijn er 3 die bij meer dan 20% van de artsen vermeld worden. Ten eerste zijn er de vele patiënten die zich met banale klachten aanmelden. De wachtpost dient de patiënten nog meer en beter te informeren dat een wachtdienst enkel bedoeld is om dringende klachten te behandelen die niet tot na het weekend kunnen wachten. Hier ligt ook een taak voor de artsen zelf; deze dienen de patiënten die volgens hen met banale klachten consulteren erop te wijzen dat deze klachten niet op de wachtpost thuishoren. Ten tweede is er de grote afstand voor sommige patiënten. Dit is vooral een ruimtelijk/organisatorisch probleem waar niet direct een pasklare oplossing voor te vinden is. Een laatste bezorgdheid van artsen is dat zij hun praktijk mogelijks vroeger moeten sluiten om op tijd op de wachtpost aanwezig te zijn. Dit probleem zou kunnen aangepakt worden door bijvoorbeeld de solo-artsen niet in te plannen op vrijdag- en zondagnacht. Op deze manier kan elke praktijk zijn zorgcontinuïteit vrijwaren.

Toekomstperspectieven

Dit onderzoek was de eerste bevraging van huisartsen na de opstart van de huisartswachtpost Meetjesland. In de toekomst is verder onderzoek naar de tevredenheid en werking van de wachtpost zeker aan te raden. Men kan zo opvolgen of de globale tevredenheid nog toeneemt, of er een grotere bereidheid ontstaat om ook weekwachten via de wachtpost te organiseren en of mogelijke aanpassingen en/of verbeteringen tegemoetkomen aan de bezorgdheden van de artsen.

Verder dient de invoering van het triagenummer 1733 geëvalueerd te worden, dit niet alleen bij de artsen maar ook bij de patiënten. In de literatuur geven telefonische consulten en dus mogelijks ook telefonische triage een lagere patiënttevredenheid. Het is dus belangrijk dat deze op een goede manier gebeurt die ook voor de patiënt aanvaardbaar is.

Ten slotte dient ook verder onderzoek gedaan te worden naar de structuur en financiering van de wachtposten. Gaan we naar een gemeenschappelijke (verplichte) triage tussen spoed en wachtpost? Blijven de subsidies behouden in hun huidige vorm of dienen deze aangepast te worden om tegemoet te komen aan veranderende noden van de wachtposten van de toekomst.

Besluit

De huisartsen van het Meetjesland zijn hoofdzakelijk tevreden over de opstart van de huisartswachtpost. Als grootste bezorgdheden noteren we het frequent aanmelden van patiënten met banale klachten, de afstand naar de wachtpost en het feit dat de praktijk vroeger dient gesloten te worden.

Er dient nog verder onderzoek te gebeuren naar de optimale bezetting van de wachtpost, de mogelijkheid om gebruik te maken van wachtpostartsen en de best mogelijke manier om triage te organiseren.

Referenties

(1) Demmers R, Van Der Heyden K, Van Bergen J, et al. Een vergelijking van huisartsenwachtposten in Vlaanderen en Nederland. Huisarts Nu 2014;43:42-6.

(2) Philips H, Remmen R. Huisartsenwachtposten in Vlaanderen: uitdagingen en kansen. Huisarts Nu 2010;39:359-62.

(3) Huibers L, Smits M, Renaud V, et al. Safety of telephone triage in out-of-hours care: A systematic review. Scand J Prim Health Care 2011;29:198-209.

(4) Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, et al. Development of outof- hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Int Fam Med 2006;38:565-9.

(5) Jonckheer P, Dubois C, Verhoeven E, et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezonheidszorg (KCE); 2011. KCE reports 171A.

(6) Huisartsenwachtpost van het Meetjesland; beschikbaar via: www.huisartsenwwachtpostmeetjesland.be.

(7) Merckx J, Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst. Masterproef Huisartsgeneeskunde KU Leuven; 2013.

(8) Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, Artikel 21; Het Belgisch Staatsblad; 2019.

(9) Boogaerts T, Bossaert H, Maertens K, et al. Opstart en management van een huisartswachtpost. Huisarts Nu 2015, 44:3.

(10) Agentschap zorg en gezondheid; Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn; Beleidsvisie 2017.

(11) Giesen P, Smits M, Huibers L, et al. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. Ann Intern Med 2011;155:108- 13.

(12) Huibers L. Giesen P. Wensing M. Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Services Research. 2009. 9:105.

(13) Demmers K., Van Der Heyden K., Van Bergen J., et al. Een vergelijking van huisartsenwachtposten in Vlaanderen en Nederland. Huisarts Nu 2014; 43:1.

(14) Mertens F., Van Pottelbergh H., Pierreux K, et al. Wachtpost faciliteert kringwerking …en omgekeerd. Huisarts Nu 2017; 46: 283-84.

(15) Jannis L.; Huisartswachtpost Noord-Limburg: een evaluatie. Hoe tevreden is de arts en de patiënt over de wachtpost één jaar na opening. Masterproef Huisartsgeneeskunde KU Leuven; 2015.

(16) Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands.

(17) Callewaert H. De spoedzorgketen voor patiënten out-of-hours: Samenwerking tussen spoedeisende hulp en huisartsenwachtposten. Masterproef Management en Beleid in de Gezondheidszorg. UGent; 2015.

(18) Orde der geneesheren; advies Nationale Raad; 2008; 120:5.

(19) De Vries M., Dendooven L., Wuyts T, et al. Evaluatie van de nieuwe wachtpost Oost-Brabant. Vergelijkende studie over de werking en tevredenheid van huisartsen en patiënten. Huisarts Nu 2015; 44:13.

(20) Philips H., Renders R., Remmen R., et al. Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Hoe tevreden zijn de huisartsen? Huisarts Nu; 2004; 33:10.

(21) Philips H., Remmen R. Huisartswachtposten in Vlaanderen; uitdagingen en kansen. Huisarts Nu; 2010; 39:9.

(22) Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voorde Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 171A.

Bijlage

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 weekwachten 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)?
    - 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: …….

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?
    - 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 HWP? (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 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 volledi ger 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

Ethisch comité

Attz.: 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
2019/0349		26-apr-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. Wat is de attitude van de huisartsen tegenover de huisartswachtpost? (MaNaMa Joren Heymans)

Belgisch Registratienummer: B670201939607

* Antwoord onderzoekers
  dd 17/04/2019 (Ontvangen dd 18/04/2019) op opmerkingen EC dd 17/04/2019
* Adviesaanvraagformulier (versie 3) dd. 17/04/2019
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
  voor de deelnemers, versie 3 (bijlage 1) dd. 17/04/2019
* Vragenlijsten versie 3 (bijlage 2) dd. 17/04/2019

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Mathys

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
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 18/04/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 17/04/2020, 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 18/04/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 17/04/2020, 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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be