Hoe kan de werking van een huisartsenwachtdienst geoptimaliseerd worden: een vergelijking tussen de reeds bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland. Hoe verloopt de communicatie tussen zorgverleners tijdens de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien?

Auteur: Astrid Hoffman, UGent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, UGent

Co-promotoren: Dr. Bart Van de Velde

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2018 – 2020]

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.

Inhoudstafel

1. Abstract 3
2. Inleiding 4
3. Methodologie 5
4. Literatuurstudie 6
   4.1. Communicatie nodig voor goede zorg 6
   4.2. De communicatie van huisarts naar wachtdienst 7
   4.3. Communicatie van wachtdienst naar huisarts 12
   4.4. Gebruik van ICT-hulpmiddelen 13
5. Resultaten van de enquêtes 14
   5.1. Demografische gegevens van deelnemende huisartsen: 14
   5.2. Mediris bij huisartsen 16
   5.3. Kwaliteit van de verslaggeving 17
   5.4. Het gebruik van het SumEHR 17
   5.5. Gebruik van tablet 20
6. Discussie 20
   6.1. Meerwaarde van communicatie 20
   6.2. Uniform communiceren van de wachtpost naar de huisarts 21
   6.3. SumEHR is in België nog niet ingeburgerd. 21
   6.4. Meerwaarde van ICT-hulpmiddelen 23
   6.5. Analyse van de uitgevoerde studie 23
7. Conclusie 24
8. Bibliografie 25
9. Bijlagen 29

   Bijlage 1: Vragenlijst 29

   Bijlage 2: Toestemming Ethisch comité project 2019/0350 38

1. Abstract

ACHTERGROND:

Deze thesis werd geschreven in het kader een master na master in huisartsgeneeskunde. In het huidige zorglandschap van België, en meer bepaald Vlaanderen, zijn er de laatste jaren inspanningen gemaakt door de overheid om de communicatie tussen artsen te verbeteren en zo de continuïteit van de zorg te verbeteren, ook buiten de reguliere praktijkuren. De nieuwe kwaliteitswet van de federale overheid verplicht artsen nu ook om dit te garanderen voor hun patiënten. In deze thesis werd de communicatie tussen artsen op een huisartsenwachtpost en de eigen huisarts van de patiënt uitgelicht.

METHODE:

Allereerst werd een literatuurstudie uitgevoerd over het ontstaan van de huisartsenwachtposten en de huidige gebruikte software om de communicatie tussen artsen te bevorderen. Ook werd er een vergelijking gemaakt tussen de omgevende landen.

In het tweede deel van deze studie werd er een vragenlijst opgesteld en aangeboden aan alle actieve artsen in de huisartsenwachtposten van het Meetjesland, gevestigd in Eeklo, en van Noord-West-Vlaanderen, gevestigd in Brugge. Er werden verschillende antwoordmogelijkheden voorgesteld per vraag, en op het einde was er een mogelijkheid om vrije commentaar bij te voegen.

RESULTATEN:

In Vlaanderen bestaat reeds een platform waar artsen een samenvatting van het medisch dossier van een patiënt kunnen uploaden. Deze *Summarized Electronic Health Record* (SumEHR) is dan beschikbaar voor elke arts die een patiënt ziet in wachtdienstverband of buiten de gewoonlijke werkuren. Onderzoek rond de kwaliteit van deze SumEHRs is schaars. In het buitenland zijn er andere alternatieven beschikbaar, maar de organisatie van de zorg out-of-hours is in elk land verschillend.

Er werd gepeild naar het gebruik van deze SumEHRs in de wachtposten in Brugge en Eeklo, en naar de verslaggeving vanuit de wachtpost naar de huisarts. In totaal namen 173 artsen deel aan de bevraging. Na analyse van de resultaten blijkt dat veel artsen tevreden zijn over de verslaggeving van de wachtdienst, maar dat de communicatie naar de wachtarts onder de vorm van SumEHRs te wensen over laat.

CONCLUSIE:

Onder de ondervraagde artsen blijkt dat het gebruik van het SumEHR nog niet volledig ingeburgerd zit. Meer dan de helft van de artsen geeft aan nooit naar zo'n SumEHR te kijken als hij een patiënt ziet op een wachtdienst. Daarenboven geven ze aan de SumEHR vaak niet volledig is. De gegevens die verzameld werden zijn wel subjectief en werden vermoedelijk eerder optimistisch ingevuld. Meer onderzoek is nodig naar de exacte cijfers van het SumEHR-gebruik en de volledigheid van de opgeladen SumEHRs. Wel is er een algemene consensus onder artsen dat het delen van elektronische dossiers leidt tot betere zorg. Het gebruik van verschillende software-pakketten tijdens de wachtdiensten wordt door de ondervraagde artsen grotendeels als adequaat ervaren. Er dient nagedacht te worden of de versnipperde zorg in België kan evolueren naar een uniforme manier werken, waarin de communicatie eenvoudiger kan.

2. Inleiding

De organisatie van niet-planbare zorg is een uitdaging bij beleidsmakers en artsen. Voortdurend wordt geprobeerd om op een zo efficiënt en veilig mogelijke manier de zorg voor elke patiënt te garanderen. Waar vroeger de huisarts dag en nacht bereikbaar bleef voor zijn patiënten, verschuift de organisatie nu naar een verdeling van de wachtdiensten en meer en meer worden die uitgerold vanuit een wachtpost om verschillende redenen: een betere work-life balance, efficiënter inzetten van het aantal huisartsen per aantal inwoners… [1] In België werd het federaal Kenniscentrum voor gezondheidszorg meerdere malen gevraagd om een evaluatie te maken van de niet-planbare zorg in België. Hoe worden de wachten van huisartsen best verdeeld? En hoe kan de efficiëntie van de spoedgevallendiensten verbeteren? [2-4] Mede door deze analyses werd er in april 2019 de kwaliteitswet goedgekeurd waar artsen o.a. verplicht worden om continuïteit in de zorg te garanderen. [5]

Als beginnend arts voel ik aan dat de veranderingen die aangekondigd worden veelal gedragen worden door de jongere collega's, terwijl ik persoonlijk vermoed dat er bij de oudere garde een grote weerstand ontstaat rond aanpassing van het organiseren van de permanentie in zorg.

Deze masterproef zal de communicatie onder de loep nemen die nodig is voor een goede en kwaliteitsvolle zorg buiten de reguliere werkuren. Het is reeds lang een vraagstuk hoe permanentie voor elke patiënt op een zo efficiënt mogelijk manier kan aangeboden worden zonder in te boeten aan kwaliteit. Hier zal geprobeerd worden om het gebruik van applicaties en e-healthtoepassingen bij de huisartsen in kaart te brengen en of deze applicaties ook een meerwaarde kunnen bieden aan de zorg.

Voor dit onderzoek werd eerst een algemeen literatuuronderzoek uitgevoerd rond de meerwaarde van communicatie in de gezondheidszorg in het algemeen. De focus werd hier uiteraard gelegd op de zorg in de eerste lijn buiten de reguliere werkuren. Er werd daarnaast geprobeerd om de Belgische situatie te vergelijken met onderzoek in het buitenland.

Deze masterproef is een onderdeel van een samenwerking tussen 3 collega's. In dit deel zal de focus liggen op de communicatie tussen de huisartsen op de wachtpost die de permanentie voorzien en de huisarts van de patiënt. Samen met Joren Heymans en Jeroen Joye werd er voor het tweede deel van dit onderzoek een bevraging uitgevoerd bij alle actieve huisartsen betrokken bij de wachtpost van zowel het Meetjesland als de huisartsenwachtpost Noord-West-Vlaanderen. De wachtpost in het Meetjesland werd opgestart in januari 2019 en stond nog in zijn kinderschoenen wanneer de vragenlijst de huisartsen bereikte. In Brugge, waar de huisartsenwachtpost Noord-West-Vlaanderen in zijn huidige vorm bestaat sinds oktober 2016, werd de zelfde bevraging ook gedaan. Beide wachtposten zijn gelegen naast een spoeddienst.

Enerzijds werd de communicatie van de huisarts naar de wachtpost onder de loep genomen en anderzijds werden de artsen ook bevraagd hoe de verslaggeving vanuit de wachtpost naar de huisarts verloopt. Voor de huisarts in wachtdienstsetting, waar het contact met de patiënt zeer kort is, is het belangrijk dat de huisarts van wacht beroep kan doen op gegevens zoals voorgeschiedenis, medicatie, vaccinaties enz. die zijn collega ter beschikking kan stellen tijdens zijn afwezigheid. Op zijn beurt is het aangewezen dat de arts van wacht ook zijn bevindingen en behandeling kan doorsturen naar de huisarts, zodat deze de verdere continuïteit van de zorg kan garanderen.

Naast het verzamelen van kwantitatieve gegevens in beide wachtposten, werd ook gekeken of er een verschil te merken is bij de antwoorden van artsen die al langer vertrouwd zijn met een huisartsenwachtpost naast een spoedafdeling en de mensen die er nieuw instappen.

3. Methodologie

Voor deze masterproef werd in eerste instantie een literatuurstudie uitgevoerd. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de Pubmed database en Web of Science. De zoektermen die werden ingevoerd waren: *interprofessional relations* of *Communication* en *General practice physician.* In Pubmed alleen gaf deze combinatie van MeSH termen alleen al 7515 artikels. Deze waren echter zeer algemeen en niet enkel gericht tussen huisartsen. Wanneer de term *after hours care* werd toegevoegd, waren er 68 artikels. Een eerste screening van de titels gaf hieruit 35 artikels, waarvan op basis van het abstract 21 artikels werden gelezen en 7 opgenomen in deze masterproef. Artikels rond palliatieve zorg werden niet meegenomen, net als artikels die gingen over de communicatie tussen het ziekenhuis en de huisartsen. De communicatie voor patiënten in een palliatieve situatie werd onder andere reeds uitvoerig nagekeken door Dr. Van Steenbergen. Zij ontwikkelde het IRIS-platform, een platform waar multidisciplinair gerapporteerd wordt door de zorgverleners die in contact komen met een palliatieve patiënt. [6] Er werd echter gekozen om dit aspect van de communicatie niet op te nemen in deze thesis.

Deze eerste zoekopdracht bleek niet de nodige artikels te vinden, daarom werd een tweede zoekopdracht uitgevoerd waar de termen *Patient* safety of *Continuity of care* toegevoegd werden aan *Communication, unscheduled care* en *General practice physician*. Uit de gevonden artikels werd gescreend op de titel en het abstract en er werden 13 artikels weerhouden. Na het doornemen van deze artikels werden uiteindelijk nog eens 6 artikels opgenomen in deze verhandeling. Door het sneeuwbaleffect werden uit deze 7 artikels ook nog eens 5 andere artikels gevonden die in deze masterproef werden verwerkt.

Daarnaast werd in de database van het ICHO een nazicht verricht van eerder gemaakte masterproeven rond enerzijds communicatie tussen verschillende huisartsen, het e-healthplatform en de werking van de wachtposten. Hieruit werden 2 masterproeven toegevoegd.

Tot slot werd er in de databank van Huisarts Nu ook een zoekopdracht uitgevoerd met de termen SumEHR, E-health en wachtdienst. Hieruit werd 1 artikel toegevoegd aan deze masterproef. Om de huidige situatie in België vandaag te kunnen schetsen werden ook korte artikels uit de medische pers toegevoegd. Deze artikels werden toegevoegd aangezien het onderzoek in België rond de communicatie tussen huisartsen nog zeer beperkt is. Ze gaven een iets bredere kijk in de huidige situatie van België.

Op basis van de eerste bevindingen werd een vragenlijst [zie Bijlage 1] opgesteld samen met enkele collega-huisartsen-in-opleiding. Deze vragenlijst bevat 40 meerkeuzevragen met de mogelijkheid om na elke sectie een persoonlijke commentaar toe te voegen. De vragenlijst werd opgedeeld in 4 delen. Het eerste deel bevat algemene vragen om de karakteristieken van de deelnemers te kunnen achterhalen. Het tweede deel omvat vragen rond het algemeen welbevinden van de huisartsen in de wachtposten en hoe ze zelf tegenover de veranderingen staan. Het derde deel, en het deel waar deze masterproef zich vooral focust, gaat over de communicatie die gebeurt tussen de vaste huisarts en de wachtarts. Hoe verloopt die communicatie? Zijn er nog hiaten in het systeem die kunnen opgelost worden? Het laatste deel handelt dan over de samenwerking met de spoeddienst. Dezelfde vragenlijst werd dus gebruikt voor 2 andere masterproeven. Wel zal elke masterproef handelen over zijn eigen onderdeel en trachten we de overlap te beperken.

Deze vragenlijsten werden afgedrukt en handmatig verspreid over de artsen aanwezig op de wachtposten in Eeklo (Meetjesland) en Brugge (Noord-West-Vlaanderen). Met de hulp van de administratief medewerkers op de wachtposten werd elke arts bij het begin van zijn shift gevraagd om deze vragenlijst anoniem in te vullen en dit voor de periode tussen mei 2019 en november 2019.

4. Literatuurstudie

4.1. Communicatie nodig voor goede zorg

4.1.1. Meerwaarde voor patiëntveiligheid en -tevredenheid

Sinds het begin van deze eeuw is de patiëntveiligheid meer en meer op de voorgrond komen staan, en zijn artsen zich bewust van het belang van een goede communicatie om die zorg en veiligheid zo goed mogelijk te kunnen garanderen. De meerwaarde van communicatie tussen zorgverleners wordt de laatste jaren sterk onderzocht. Wel wordt dit onderzoek vaak uitgevoerd in een ziekenhuissetting en blijft het onderzoek in de eerste lijn beperkt. In Toronto werd een RCT uitgevoerd in ziekenhuisverband waar langs de ene kant een groep zorgverleners werd gestimuleerd om de onderlinge communicatie te verbeteren door er een vast patroon in te steken. Langs de andere kant had men een groep zorgverleners die hun vaste routines in verslaggeving moest aanhouden. Door het creëren van een cultuur waarin zorgverleners vrij konden communiceren en waar dit ook werd aangemoedigd bracht dit in het ziekenhuis positieve effecten met zich mee: de ligduur in het ziekenhuis was minder lang, de patiënten waren meer tevreden en er werd meer evidence-based gewerkt. Hoewel dit in een ziekenhuissetting was, toont deze studie aan dat een cultuur van communiceren en een gestructureerde manier van rapporteren kan bijdragen tot een kwalitatievere zorg. [7] In de Verenigde Staten werd een onderzoek uitgevoerd door Bittner-Fagan H, et al. [8] waar dit principe meer werd getest op huisartsen. Uit hun besluit kwam dat de huisartsen een bevoorrechte rol hebben door hun langdurige relatie met hun patiënt. Een goede communicatie met collega's kan daarom zorgen voor een veiligere zorg voor de patiënt en onrechtstreeks ook voor een betere tevredenheid van de patiënt. In een review van Tsao K, et al. [9] wordt onderstreept dat een goede communicatie in geneeskunde in het algemeen zorgt voor een daling van het aantal medische fouten. Een manier om deze open manier van communiceren te bevorderen is door een omgeving te creëren waar collega-artsen en andere zorgverleners elkaar kunnen vertrouwen, maar ook elkaar kunnen aanspreken indien er fouten gemaakt worden of onduidelijke communicatie is. De basis van zo'n cultuur waarin de veiligheid centraal staat, berust op 3 pijlers: (1) Men moet als gezondheidswerker kunnen vertrouwen op elkaar, (2) Men moet voldoende communiceren aan elkaar en (3) in geval van fouten moet men eruit kunnen leren en zich verbeteren. [8,9]

Een goede gestructureerde manier om gegevens over te dragen aan mekaar draagt dus bij tot een betere zorg en vermindert de kans op medische fouten. Hoe die structuur er best uitziet werd in ziekenhuisverband reeds uitgevoerd: een review, uitgevoerd in 2017, door Muller et al. [10] kon echter op basis van 11 artikels niet aantonen dat het gebruik van SBAR (*Situation, Background, Assessment* en *Recommendations*) leidde tot een kwaliteitsvollere zorg. Enkel bij telefonisch overleg kon het gebruik van SBAR voor een positieve evolutie zorgen met minder ziekenhuisopnames, minder onverwachte overlijdens en minder heropnames binnen 30 dagen in het ziekenhuis. AIDET (*Acknowledge, Introduce, Duration, Explain, Thank*) is een ander protocol dat werd onderzocht in ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Net als SBAR werd vooral onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze manier van communiceren tussen verpleegkundigen, maar ook interprofessioneel. Men zag dat door deze communicatiestrategie te implementeren bij verpleegkundigen en artsen er niet alleen minder medische fouten werden gemaakt, maar dat er bij zorgverleners ook een toename was van begrip naar de patiënten toe. Bovendien voelden de patiënten zich beter gehoord. [11]

4.1.2. Implementatie van nieuwe manieren om informatie te delen

De meeste onderzoeken rond het nut van communicatie zijn te vinden wanneer men interprofessionele communicatie probeert te implementeren. Een belangrijke factor die naar bovenkomt bij het aanbrengen of implementeren van nieuwe methoden van communiceren is het belang van een *bottom-up* aanpak. Om een nieuwe manier van rapporteren aan te brengen is het belangrijk om zorgverleners zelf te laten meedenken over mogelijke verbeteringen, en hen dit aan te

leren, zonder dit van bovenaf op te leggen. In Canada en Australië werden 3 gelijkaardige kwalitatieve studies uitgevoerd, waar verschillende medewerkers van de *Family Health Teams* werden ondervraagd op basis van interviews. [12-14] Al deze studies tonen daarenboven aan dat de zorg in de eerste lijn zowel in Canada als in Australië geëvolueerd is naar een samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Dit kan een meerwaarde bieden om enerzijds de tijd van de artsen efficiënter in te delen, maar ook om interdisciplinair inzichten te delen en een zorg te creëren waar de patiënt centraal staat. [12-15]

Het implementeren van een nationaal systeem om dossiers te delen kan werken, maar daarvoor moeten artsen betrokken worden bij het ontwikkelen, en is het noodzakelijk dat men dit stapsgewijs probeert aan te brengen bij deze artsen. [16]

4.2. De communicatie van huisarts naar wachtdienst

Bij het verlenen van zorg in wachtdienstverband is informatie uitwisselen in beide richtingen belangrijk. Langs de ene kant wordt de arts die de permanentie van de zorg voorziet, best ingelicht over de achtergrond van de patiënt. Langs de andere kant is het noodzakelijk dat de wachtarts een verslag van zijn acties doorstuurt naar de eigen huisarts van de patiënt zodat die op zijn beurt de continuïteit van de zorg kan voorzien.

4.2.1. Medische informatie ter beschikking stellen

Een Schotse studie concentreerde zich al meer op de communicatie van huisartsen naar de collega's die buiten de werkuren de continuïteit van de zorg moeten voorzien. Na een bevragen van meer dan 441 huisartsen werd duidelijk dat een korte samenvatting van de medische toestand van de patiënt een meerwaarde was. Dit uitte zich op twee vlakken. Enerzijds gaf de toegang tot meer achtergrondinformatie rond de patiënt voor de arts de mogelijkheid om de continuïteit van de zorg beter op de patiënt af te stemmen en anderzijds zorgde dit dan weer voor een grotere tevredenheid van de patiënt. Zoals in eerdere onderzoeken werden er minder medische fouten gemaakt en was er meer mogelijkheid om samen te overleggen met de patiënt naar zijn eigen wensen en werd er meer aandacht besteed aan *evidence-based-medicine*. Uit de bevraging bij deze Schotse artsen bleek ook dat de patiënten over het algemeen geen problemen hebben om informatie te laten delen met de dienstdoende arts. [17]

De evolutie van het elektronisch delen van medische informatie onder huisartsen is organisch gebeurd, zonder veel onderzoek naar de voordelen op financieel en op medisch vlak. In het verleden werden reeds onderzoeken uitgevoerd na het invoeren van een elektronisch platform. Bowden T, et al. [18] voerde een systematic review uit rond al de reeds uitgevoerde onderzoeken en rond de voordelen van het delen van informatie vanuit de eerstelijnszorg. Er werden 22 studies gebruikt uit Groot-Brittannië, Nederland, Ierland, de Verenigde Staten en Israël. Elke studie was op een andere manier opgebouwd, waardoor vergelijken moeilijk bleek. Het was ook vaak niet duidelijk hoe frequent de artsen deze elektronische dossiers raadpleegden tijdens de ongeplande zorg. Geen enkele studie heeft het over de eventuele verbetering van de kwaliteit, gezien om ethische redenen het moeilijk is om een gerandomiseerde studie uit te voeren. Daarnaast wordt er ook niet gerapporteerd over de veiligheid voor de patiënt. In deze review werd ook een Schotse studie toegevoegd, waar men de artsen die instaan voor de ongeplande zorg buiten de werkuren ondervraagd heeft. Meer dan 80% gaf aan dat toegang tot een dagelijks aangepaste versie van het medicatieschema van de patiënt en zijn eventuele allergieën, meer bepaald '*The Emergency Care Summary*' een meerwaarde bood aan hun toegediende zorgen. Daarin werden gegevens van de huisarts dagelijks vanuit hun elektronisch patiëntendossier opgeladen op een nationale server. Andere artsen konden dit dan raadplegen wanneer deze de patiënt onverwachts moeten bijstaan. Ongeveer 20% gaf aan dat die toegang ook een invloed had op hun eigen medische beslissingen. [16]

De meerwaarde van e-healthfaciliteiten in de zorg wordt goed samengevat in de meta-analyse van Mair F, et al. [19]. Daarin zijn er verschillende initiatieven vergeleken, en werd nagegaan wat de factoren waren die artsen wel of niet overtuigen om gebruik te maken van de e-healthfaciliteiten. Als eerste komt hierin naar boven dat het belangrijk is om de mogelijke gebruikers van een nieuwe e-healthapplicatie te consulteren en overtuigen om het te gebruiken. Men kan gebruik maken van beloningen of er kunnen ook '*Champions'* aangesteld worden (dit zijn artsen die opgeleid worden om de faciliteiten onder de knie te krijgen), die dan hun collega's helpen overtuigen. Door de aanmoedigingen van collega's worden meer artsen over de streep getrokken om ook gebruik te maken van een e-healthapplicatie. Die applicatie haalt op zijn beurt pas rendement als het op grote schaal wordt gebruikt. Hoewel deze studie is uitgevoerd in 2012, blijven bepaalde vragen rond e-health nog steeds actueel: (1) Er is nog steeds onduidelijkheid rond de verantwoordelijkheid van artsen die gebruik maken van deze e-healthfaciliteiten. (2) Er moet nog meer onderzoek gebeuren naar hoe deze elektronische wijze van informatie delen kan bijdragen tot een kwaliteitsvollere zorg.

4.2.2. Huidig kader in België

a) Niet-planbare zorg onder de vorm van huisartsenwachtposten

Het KCE-rapport uit 2011 [2], dat onderzocht welke oplossingen er zijn voor de huisartsenwachtdiensten, werd opgesteld op vraag van de huisartsenkringen zelf, en dit na een KCE-rapport dat tot de conclusie kwam dat de spoeddiensten ontlast moeten worden om efficiënter te kunnen werken. Momenteel worden de wachtdiensten georganiseerd door de plaatselijke huisartsenkringen. Dit zorgt voor een versnippering in de eerstelijnszorg. Ook in het buitenland is de organisatie van de zorg buiten de werkuren divers, zelfs binnen landsgrenzen. Het blijft daarom moeilijk om de efficiëntie van bepaalde systemen om een wacht te organiseren te vergelijken. De demografische gegevens van een gebied, de toegang tot tweedelijnszorg en de geschiedenis van de lokale eerstelijnszorg zijn maar enkele factoren die het slagen van een wachtsysteem beïnvloeden. [2,20]

In het KCE-rapport komt het gebruik van wachtposten voor als één van de mogelijke oplossingen voor de hoge werkbelasting voor artsen in een huisartsarm gebied in België. Algemeen percipiëren de meeste artsen dit als een positieve verandering (al is het afhankelijk van de voorgaande situatie), maar het is onduidelijk of de organisatie via wachtposten ook een efficiënter systeem vormt.

De eerste wachtposten werden als pilootprojecten opgestart in 2003. In 2015 waren dit er al 73 en de aantallen blijven toenemen. Sindsdien heeft Minister De Block een audit uitgevoerd in de bestaande huisartsenwachtposten. Eén van de conclusies van deze audit was dat de verschillende wachtposten op een verschillende manier georganiseerd waren en niet op elkaar ingespeeld waren. Er is in het Belgische landschap van de gezondheidszorg heel veel variatie. Daarom heeft de minister een hervormingsplan uitgewerkt waarin ze de fusie van kleinere wachtposten wil stimuleren en samenwerkingsverbanden wil uitbouwen samen met naburige spoeddiensten, in een poging om deze te ontlasten.

Daarnaast werd door minister De Block een wet voorgedragen en later goedgekeurd. Het gaat om de Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Deze zal in werking treden vanaf 1 juli 2021. Daarin staat in artikel 21 dat artsen (en andere zorgverleners) moeten deelnemen aan de georganiseerde permanentieregeling. [5,21,22]

Daarenboven komt in artikel 17 van deze wet:

> "De gezondheidszorgbeoefenaar stelt met het oog op deze continuïteit de patiënt in kennis van de gezondheidszorgbeoefenaar die behoort tot hetzelfde gezondheidszorgberoep en die beschikt over dezelfde bekwaamheid waar de patiënt voor opvolging terecht kan indien hijzelf niet beschikbaar is voor zijn praktijkvoering." [5]

Deze wet zorgt ervoor dat artsen meer en meer verantwoordelijk zullen gesteld worden om de belangrijkste medische gegevens beschikbaar te laten stellen voor de wachtdoende arts. Een middel om dit te kunnen garanderen is het bijhouden en opladen van een SumEHR, of *Summarized Electronic Health Record*, voor elke patiënt. [22]

In 2009 verscheen in Huisarts Nu een artikel door Grouwels D, et al. [23] waar men op basis van een literatuurstudie 7 kwaliteitskenmerken heeft opgesteld voor een wachtpost in de toekomst. Datagebruik en continuïteit van de zorg waren hier twee van. Op het moment van het onderzoek waren er in België, Nederland, Groot-Brittannië en Denemarken nog geen uniforme manieren van registreren van de contacten in de wachtposten. Enkel lokaal werden deze contacten geregistreerd. Een belangrijke bezorgdheid blijft dat huisartsen de eigenaar blijven van de gegevens en deze om privacy-redenen niet mogen gedeeld worden met de overheid of derden. Naar data-transfer toe blijkt uit dit onderzoek dat zowel in België, als in onze buurlanden, er in 2006 nog geen manier was om data te delen van de huisarts naar de wachtpost toe. Wel was er in Nederland, via een E-medicatiedossier, de mogelijkheid om een medicatieschema beschikbaar te stellen voor de wachtarts.

b) Een elektronisch dossier delen met huisartsen die permanentie voorzien

In België is er door de artsen zelf reeds langer een wens voor een meer uniforme manier van communiceren en de zorg te centreren rond de huisarts. De huisarts zou dan centraal staan door het aanleveren van een elektronisch medisch dossier met de belangrijkste medische gegevens van de patiënt. De nationale raad van de orde der artsen heeft in juli 2017 een voorstel voor een globaal actieplan gelanceerd voor permanente beschikbaarheid van gezondheidsgegevens. Er werd een advies geformuleerd waarin artsen op drie vlakken kunnen bijdragen tot een kwaliteitsvollere zorg.

Ten eerste moet men streven naar een geïntegreerd patiëntendossier om de versnippering van de gezondheidsgegevens van de patiënt tegen te gaan. In ons huidige systeem wordt dit reeds bevorderd en aangemoedigd door het aanmaken van een globaal medisch dossier (GMD) via de huisarts. De huisarts krijgt op die manier een coördinerende rol in de zorg van zijn patiënt. Het aanmaken van zo'n GMD is echter nog niet verplicht voor de patiënt. Ten tweede zou de nationale raad van de orde der artsen de huisartsen willen laten verplichten om vanuit het GMD ook een SumEHR op te laden op Vitalink en dit telkens in overleg met de patiënt zelf. Tot slot wil men ook ervoor zorgen dat deze SumEHR op zijn beurt raadpleegbaar is voor de arts die de permanentie voorziet. Nu kan dit enkel als de patiënt op voorhand een "ehealthconsent" heeft gegeven. [24]

In 2019 werd het gebruik van elektronische platformen door de orde onder de vorm van een artikel toegevoegd in de deontologische code, in het hoofdstuk 4: Verantwoordelijkheid:

> "Artikel 40: De arts gebruikt de toegangsplatformen voor medische gegevens ter beschikking gesteld of gevalideerd door de publieke overheid."

Op deze manier wil de nationale orde der artsen aangeven dat het delen van medische gegevens, mits instemming van de patiënt, een kwaliteitsvollere zorg kan opleveren. Daarmee onderstrepen ze ook een algemene trend onder artsen om meer gegevens te delen, en de wereldwijde consensus dat correct delen van informatie kan zorgen voor een efficiënter zorg, ook op financieel vlak. In hun advies van 2017 geven ze aan dat de aanmoedigingen van de overheid onvoldoende zijn om optimaal van deze digitale platformen gebruik te kunnen maken. Zij stellen voor om patiënten te verplichten om bij een zelfgekozen arts een GMD op te laten stellen en daarenboven de artsen te stimuleren om van elke patiënt een SumEHR op te laden en up-to-date te houden. [24,25] Deze adviezen van de orde zijn in lijn met de internationale opvattingen, waar gedeelde patiëntendossiers kunnen bijdragen aan een kwaliteitsvollere zorg. [12-16, 18,19]

Een belangrijk struikelblok voor veel artsen en zorgverleners in het gebruik van een elektronisch dossier is de veiligheid van de patiëntengegevens. Hoe kunnen deze gegevens veilig opgeslagen

worden en op welke manier kan deze gevoelige informatie best vrijgegeven worden aan de zorgverleners die er op dat moment toegang tot nodig hebben? In verschillende onderzoeken rond de privacy van elektronische dossiers is men het erover eens dat er meer onderzoek naar nodig is. Toch moet langs de ene kant de patiënt toestemming geven om zijn gegevens te delen en langs de andere kant moet de betrokken zorgverlener kunnen aantonen dat hij een therapeutische relatie heeft en dat de patiënt toestemming heeft gegeven om zijn gegevens te kunnen inlezen. Dit kan door deze data versleuteld op te slaan in de cloud. Enkel met een toegangssleutel kunnen deze medische gegevens dan geopend worden, wat patiënten de kans geeft om hun eigen dossier te beheren. [26-28]

In 2008 werd door de Belgische overheid een elektronisch platform opgericht, namelijk het e-health platform, om voor artsen een basis te creëren waarop ze veilig en conform het beroepsgeheim medische gegevens kunnen delen. Vitalink is het Vlaams platform waar artsen hun gegevens kunnen delen. Vanuit de overheid komen er de laatste jaren meer en meer stimulansen om dit platform ook daadwerkelijk te gebruiken. Elke twee jaar worden de criteria voor de registratie van de softwarepakketten in de gezondheidssector door het e-healthplatform nagekeken en aangepast mits toestemming van het beheerscomité van het e-healthplatform en de medicomut (of Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen). Indien de softwarepakketten niet voldoen aan de op dat moment geldende criteria, mogen deze pakketten niet meer gebruikt worden door artsen. In 2013 werden veel van deze functioneringscriteria toegevoegd voor de softwarepakketten van zorgverstrekkers. De softwarepakketten moeten *Summarized electronic health records* (of kortweg SumEHRs) kunnen importeren of exporteren op het nieuw gecreëerde e-healthplatform.[29] De laatste aanpassingen van deze criteria werden gepubliceerd in 2019. [30-31]

Een SumEHR is een korte momentopname van de gezondheidstoestand van de patiënt. Het is een samenvatting van alle belangrijke zorgelementen van de patiënt, die nodig zijn voor de continuïteit van de zorg en de medische opvolging. De huisarts kan dit opstellen vanuit zijn elektronisch medisch dossier (EMD) en het is de huisarts die het GMD houdt, of een collega uit eenzelfde groepspraktijk. [32] Publiek zijn enkel de cijfergegevens van Vitalink beschikbaar. Daaruit blijkt dat in augustus 2019 slechts 2.567.212 SumEHRs zijn opgeladen op Vitalink. Van de 6.5 miljoen inwoners is dit slechts een derde.[33] Ook kan men zich de vraag stellen of deze SumEHRs volledig zijn. Nog lang niet elke huisarts heeft zijn elektronisch dossier correct ingevuld, waardoor het opladen van zo'n SumEHR vanuit het eigen medisch programma. soms lang kan duren. [34].

Door middel van de vragenlijst in deze thesis willen we nagaan of dit regelmatig gebruikt wordt door de aanwezige huisartsen op de wachtpost en of zij zelf denken voldoende SumEHRs ter beschikking te stellen. De beleidsmakers en voorstanders van de SumEHR hopen namelijk dat het uitbouwen van wachtposten de artsen aanspoort om meer inspanningen te leveren om de elektronische patiëntendossiers van hun eigen patiënten aan te passen. [35]

4.2.3. Internationaal gegevens delen

Onderzoek rond een gelijkaardig project als het nationaal geïmplementeerd project rond SumEHR was niet eenvoudig te vinden. In 2019 verscheen er een kleinschalig project in Italië: het Nu. Sa. Project, waarin eerst kleinschalig een manier werd ontwikkeld om 16 medische programma's met mekaar in de *cloud* te verbinden zodat alle zorgverleners elke moment van de dag aan de nodige medische gegevens kunnen. Hier kwam naar boven dat de Italiaanse huisartsen aangeven dat dit hun efficiëntie vergroot en dat dit zeker een meerwaarde kan bieden aan de zorg. Er zijn echter wel nog aandachtspunten om dit ook op grote schaal te kunnen toepassen. Verder onderzoek is nodig om dit op vlak van cyberveiligheid verder uit werken. Daarnaast blijkt dat niet elke arts de capaciteiten heeft om met e-health te werken. [28]

EurOOHnet, een internationaal Europees onderzoeksinstituut opgericht om de Europese eerstelijns zorg te kunnen evalueren, werd in 2010 opgericht om de manier van organiseren in de verschillende

landen te vergelijken. Deze verschilt wel sterk tussen de landen. Om te kunnen uitmaken welke manier het beste is om medische gegevens te delen met collega's die de permanentie voorzien buiten de reguliere uren, moet men eerst kunnen in kaart brengen hoe deze niet-planbare zorg georganiseerd wordt. In Nederland en in grote delen van Groot-Brittannië wordt de zorg opgenomen door samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, met enerzijds artsen, maar ook verpleegkundigen en andere zorgverleners. De meerwaarde van een datatransfer van enerzijds de huisarts naar de wachtdienst en andersom staat buiten kijf. [36] Over de verschillende landen heen wordt de niet-planbare zorg op verschillende manieren ingevuld, waardoor de communicatie op verschillende vlakken zal verlopen. In de westerse landen kan je de verschillende manieren van zorg indelen in ruwweg 9 groepen. In landelijke gebieden in Oostenrijk staat de huisarts dag en nacht nog paraat voor zijn eigen patiënten. In Noorwegen vormen de huisartsen kleine groepen van een 15-tal artsen en presteren ze om beurt een wachtdienst. In Nederland werken ze vanuit grotere groepen, ondersteund door chauffeurs, secretaresses en verpleegkundigen. Via non-profit organisaties nemen ze elk om beurt een wachtdienst op. In Slovenië werken ze met eerstelijnscentra. In Groot-Brittannië worden de wachtdiensten uitbesteed aan speciaal opgeleide wachtdienstartsen. In Portugal worden patiënten telefonisch getrieerd, en doorverwezen naar de meest geschikte zorgverlener. Tot slot zijn in verschillende landen, zoals onder meer in België, de spoeddiensten toegankelijk voor niet-planbare zorg. Over het algemeen werden samenwerkingsverbanden tussen huisartsen gezien als de manier met het meeste positieve eigenschappen ten opzichte van zorg via een spoeddienst. Het grootste nadeel echter dat werd vermeld, was de moeilijkheid om goede continuïteit in de zorg te hebben. [37]

Op Europees vlak kunnen de gegevens die verzameld door EurOOHnet in de toekomst gebruikt worden om moeilijkheden in de continuïteit van de zorg in de toekomst bloot te leggen en aan te pakken. Men heeft namelijk gezien dat de meeste problemen over het algemeen gemeenschappelijk zijn tussen de verschillende landen en gaan rond communicatie. Ze bemerken wel dat ze nog niet veel gegevens hebben om die communicatie tussen de wachtartsen en de eigen huisarts internationaal in kaart te brengen. De reeds uitgevoerde studies zijn schaars en vaak verouderd.[36]

In de ons omringende landen is men ook al jaren aan het zoeken naar het optimaliseren van de continuïteit van de zorg, ook buiten de normale werkuren. Een Ierse studie stuurde in 2012 een vragenlijst naar 212 huisartsen met de vraag of zij informatie delen met collega's, maar dan specifiek rond het beleid bij palliatieve patiënten. Hoewel meer dan 80% van de artsen aangaf dat ze die informatie niet deelden, gaf meer dan 96% aan open staan voor een uniformer beleid of platform om informatie te delen rond palliatieve patiënten in het bijzonder, maar ook voor gewone zorg. Het tekort aan informatie gaf bij twee derden van de ondervraagde huisartsen het gevoel dat ze niet de goede zorg konden geven door bijvoorbeeld onnodige opnames bij palliatieve patiënten. [38]

In Nederland werd er in 2011 een onderzoek uitgevoerd waarin men de houding van artsen naging rond het delen van een elektronisch dossier, door middel van interviews bij artsen die de wachtdiensten moesten voorzien. Hier bleek dat bij het implementeren van een nationaal uniform patiëntendossier in Nederland zelf veel weerstand kwam van de zorgverstrekkers. Er heerste een algemeen gevoel onder de zorgverstrekkers dat het inderdaad belangrijk was informatie te delen, wat reeds gedaan werd op regionaal niveau door lokale initiatieven. Wanneer er echter een nationaal platform werd gelanceerd, stootte dit op grote weerstand. Zoals reeds eerder vermeld, kan dit verschillende redenen gehad hebben: enerzijds werd dit van bovenaf opgelegd en vreesden de artsen dat ze hun autonomie zouden verliezen, anderzijds werd het plots opgelegd en hadden ze geen tijd om zich aan te passen. Veranderingen van een huidig systeem en manier van werken werd vervangen door een nationaal alternatief en dit vergde een grote aanpassing van de artsen die ze niet altijd bereid waren te doen. [39] Deze reacties van artsen zijn te vergelijken met die van artsen in België op de introductie van de SumEHR. Hoewel er in België geen onderzoek gebeurd is naar de mening van artsen rond SumEHR, kunnen we in de medische pers toch gelijkaardige reacties vinden. [32,34,35]

4.3. Communicatie van wachtdienst naar huisarts

4.3.1. Rapportering in België

De wachtdiensten in België worden zoals hoger vermeld georganiseerd door de lokale huisartsenkringen. Omdat dit niet wordt georganiseerd op een hoger niveau, is de manier van communiceren in zo'n wachtdienst divers. Elke huisartsenkring heeft zijn eigen manier om de permanentie te organiseren en ook de communicatie onderling. [2] Meer en meer zien we in België dat de kringen zich samen organiseren in wachtposten. Ook vanuit de overheid worden subsidies uitgereikt aan deze wachtposten. Er werd een plan uitgetekend om een netwerk van wachtposten te hebben in België, zodat het ook voor de patiënten duidelijk is waar ze een huisarts kunnen vinden en de zorg meer uniform geregeld wordt. [40] Door het creëren van een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier kunnen artsen samen met de patiënt de prioriteiten in de zorg voor die specifieke patiënt op elkaar afstemmen. De zorg die geleverd werd tijdens de wachtdienst kan dan tijdens de reguliere uren terug opgenomen worden door de eigen huisarts. [12-15, 41]

In de wachtposten van Noord-West-Vlaanderen en in het Meetjesland wordt het softwarepakket Mediris van Mediportal gebruikt. Hiermee wordt het contact met de patiënt geregistreerd en nadien een verslag gegenereerd om door te sturen naar de GMD-houdende-huisarts. Deze tool werd ontwikkeld om de communicatie tussen de arts die de permanentie voorziet of de wachtarts enerzijds en de huisarts van de patiënt anderzijds te vergemakkelijken. Andere voorbeelden van pakketten die gebruikt worden zijn Trigonia van Corilus en Healthguard van HDMP.

In het verleden bestonden onder andere MediRing en MediBridge. Via deze weg konden artsen allerhande boodschappen verzenden, mits strikt technisch aangemaakte omkadering. Door de groeiende noodzaak van artsen om continuïteit van de zorg te geven onder meer door de kwaliteitswet van 2019 en het besef dat uniforme rapportering zorgt voor minder medische fouten, kozen meer en meer wachtkringen en wachtposten voor een softwarepakket zoals Mediris om een contact met de patiënt op een wachtdienst te kunnen registreren en op een eenvoudige manier een verslag te kunnen genereren om naar de huisarts te sturen. [12,14,17,42]

Mediris als tool maakt gebruik van het SOEP-systeem van rapporteren. SOEP staat voor *subjectief*, *objectief*, *evaluatie* en *planning*. Dit is een gestructureerde manier om een contact vast te leggen en wordt algemeen gebruikt om een contact te rapporteren. Het biedt de mogelijkheid voor een wachtpost om de contacten te registreren, diagnoses te coderen en om statistische en epidemiologische gegevens te verzamelen rond de mensen die gebruik maken van een wachtdienst. Dit softwareprogramma kan anonieme gegevens doorgeven voor verder onderzoek naar hoe de zorgverlening efficiënter zou kunnen georganiseerd worden. Ondermeer EurOOHnet [36,37] en onderzoeken zoals de analyses van Foster H, et al. [20] kunnen deze gegevens dan gebruiken om na te gaan hoe de niet-planbare zorg kan geoptimaliseerd worden.

4.3.2. Rapporteren in het buitenland

In Groot-Brittannië werd in 2018 een retrospectieve studie uitgevoerd waar 250 verslagen werden bekeken vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn. Hierin werd het effect op de kwaliteit van de zorg bekeken na een late ontvangst bij de huisarts. Deze brieven werden telkens pas na 18 tot 24 maanden ontvangen. Tegen de verwachtingen in werden geen grote negatieve effecten waargenomen. Telkens waren er bij de precaire medische situaties ook andere communicatiemiddelen aangewend zoals een telefoon naar de huisarts of een bijkomend elektronisch verslag. Ondanks dat men weinig negatieve effecten kon vinden door vertraagde communicatie, stelde men wel de toenemende administratieve druk voor artsen aan de kaak. Het versturen van elektronische post zou hiervoor een oplossing kunnen bieden. [42]

Een andere studie in Canada kwam door middel van een kwalitatief onderzoek, gebaseerd op observaties en interviews, naar boven dat de interdisciplinaire communicatie tussen zorgverleners ook

kan bijdragen tot een veiligere zorg voor de patiënt. Hoewel deze studie in 2 ziekenhuisdiensten werd afgenomen werd duidelijk dat artsen onderling wel bereid zijn om informatie te delen, en dat deze dat meestal wel gestructureerd kunnen, al zou bijkomende opleiding deze communicatiestrategieën nog kunnen verbeteren. [41]

Een literatuurstudie rond de organisatie van zorg buiten de reguliere uren in de OESO-landen focust kort op de meerwaarde van de beschikbaarheid van medische gegevens bij artsen. Op termijn zou het bijhouden van de prestaties van de artsen tijdens een wachtdienst kunnen leiden tot een betere communicatie door bijvoorbeeld 'incentives' te geven aan goede uitvoerders. Naar de lokale overheden toe wordt het registreren van de contacten belangrijk. [42] Ook EurOOHnet kan door het registreren van de patiëntencontacten meehelpen in het optimaliseren van de zorg buiten de reguliere uren. [36]

Bij onze naaste buren, in Nederland, wordt de niet-planbare zorg anders geregeld. Daarin staan zowel huisartsen als verpleegkundigen samen in voor de zorg die buiten de werkuren nodig is. Op die manier wordt het werk van de huisartsen verlicht. Daarin is, naast de communicatie tussen de huisartsen onderling ook een goede communicatie nodig in het team zelf dat instaat voor de zorg. Ze moeten met mekaar in contact blijven om de eigenschappen van elkaar optimaal te benutten. [44] Bij een rondvraag in zo'n eerstelijnshuis in Nederland, waaraan ook 470 artsen deelnamen, bleek dat artsen minder hoog scoorden bij een vragenlijst die peilde naar de patiëntveiligheid. Deze vragenlijst had het onder meer over de openheid waarmee men informatie deelt met collega's. Artsen gaven zichzelf een minder hoge score dan verpleegkundigen en vermelden dat ze wel open staan voor een veiligere zorg voor de patiënt.[45] De gevonden studies rond het registreren van patiëntencontacten zijn reeds verouderd, maar tonen wel aan dat ondernomen acties van zorgverleners best gerapporteerd worden. Het is een meerwaarde voor patiëntveiligheid en -tevredenheid. Er is echter weinig onderzoek naar de meest efficiënte manier van rapporteren in de eerste lijn.

4.4. Gebruik van ICT-hulpmiddelen

Tijdens de niet-planbare zorg worden artsen soms gevraagd om op huisbezoek te gaan. Gezien Mediris een softwareprogramma is dat online beschikbaar is na het ingeven van een log-in, is het een handig instrument om het verslag reeds op verplaatsing en/of op het moment zelf te kunnen afwerken. Via een internetconnectie en een persoonlijk wachtwoord kan je dit openen op gelijk welk elektronisch toestel. Er is een mogelijkheid om gegevens op te opvragen via Vitalink, om zo een zo volledig mogelijk beeld te kunnen krijgen van de te behandelen patiënt. In de beide wachtposten die bevraagd werden, krijgen de artsen op huisbezoek een tablet mee om de klinische gegevens te kunnen registreren, waarmee ze in principe dus ook gegevens kunnen opzoeken. De meerwaarde van zo'n tablet in de communicatie tussen artsen hangt sterk af van de bereidheid van de artsen om ermee te werken. Het gebruik van een tablet zelf, blijkt geen invloed te hebben op het klinisch handelen van de artsen, maar een gebruiksgemak van het elektronisch patiëntendossier wel. Als het gemakkelijker wordt om het elektronisch patiëntendossier te bekijken, dan zullen meer en meer artsen gebruik maken van de tablet. [46]

Daarnaast kan het gebruik van ICT een meerwaarde bieden in de snelheid van handelen bij artsen. Als de arts van wacht op de hoogte is van de medische achtergrond, kunnen bepaalde beslissingen rond de behandelingen sneller genomen worden. Een elektronisch toestel biedt ook de mogelijkheid om informatie op te zoeken en zo de meest up-to-date informatie te vinden rond een bepaalde pathologie. Dit zorgt er voor dat eventuele medische fouten kunnen vermeden worden. [47] Wel moet hierbij de kanttekening gemaakt worden dat elke introductie van technologische hulpmiddelen ook kan zorgen voor een tijdelijke vermindering van de productiviteit. In de studie van Bhargava et al [48], waar 87 artsen voor iets meer dan 3 jaar werden geobserveerd, bleek dat in de eerste maanden de artsen tijdelijk minder goede zorg konden leveren omdat ze nog moesten leren met de technologie te werken.

5. Resultaten van de enquêtes

5.1. Demografische gegevens van deelnemende huisartsen:

Er werd een vragenlijst [Zie bijlage 1] van 40 vragen samengesteld op basis van een eerder uitgevoerd literatuuronderzoek. Hierin werden 4 algemene vragen gesteld en daaropvolgend werden er vragen gesteld onder andere over hoe de communicatie verloopt tussen de huisarts van wacht en de eigen huisarts. Die zullen uitgewerkt worden in deze thesis. Andere aspecten van de vragenlijst, over het algemeen welbevinden van de artsen rond de wachtpost en ook de samenwerking met de aanliggende spoeddienst worden in de aansluitende verhandelingen van Joren Heymans en Jeroen Joye verwerkt.

5.1.1. Wachtpost Noord-West-Vlaanderen

De wachtpost in Brugge voorziet voor de niet-planbare zorg buiten de gewone werkuren de permanentie voor 289 artsen. Van deze artsen zijn er 208 actief op de huisartsenwachtpost (inclusief HAIO's). Hiervan namen 93 artsen deel aan onze bevraging. De wachtpost staat in voor ongeveer 256 500 inwoners.

5.1.2. Wachtpost Meetjesland

De wachtpost, die gelegen is in Eeklo, naast de spoeddienst van AZ Alma, staat in voor 216 artsen (inclusief HAIO's), waarvan 190 artsen actief zijn op de wachtpost zelf. Uiteindelijk hebben 79 artsen de vragenlijst ingevuld. De wachtpost staat in voor een gebied van ongeveer 200000 inwoners.

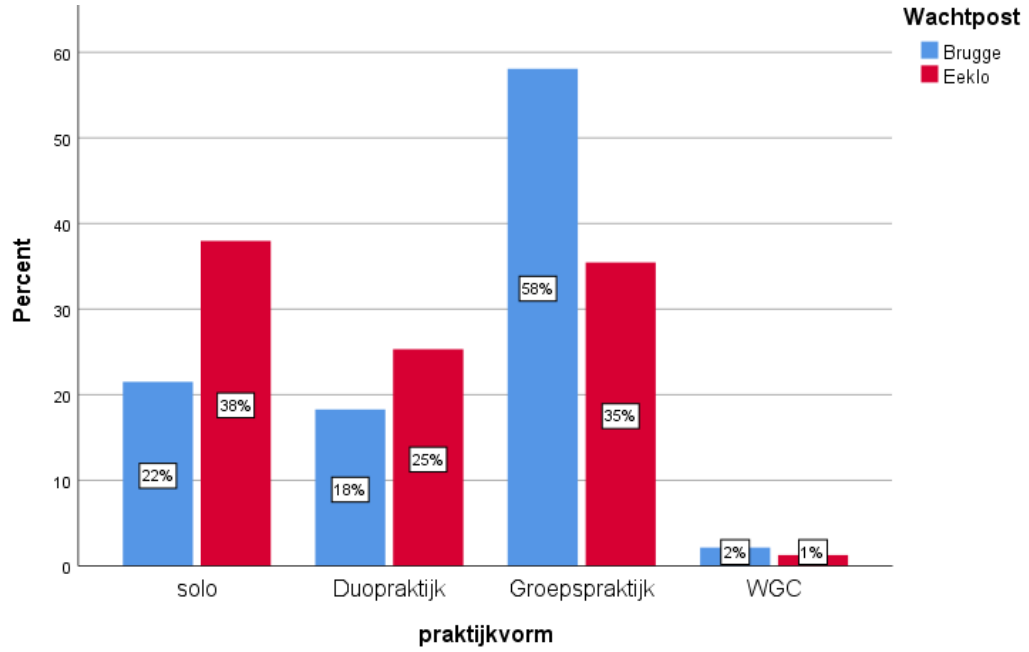
Respectievelijk hebben dus 44,7% en 41.6% van de artsen die in de wachtposten actief zijn, de vragenlijst ingevuld.

In tabel 1 kan men zien dat de verhouding tussen geslacht en leeftijd ongeveer evenredig verdeeld was. Er namen in totaal 88 mannen en 84 vrouwen deel aan de bevraging. De verdeling qua leeftijd is relatief evenwaardig verdeeld. We zien wel dat de gemiddelde leeftijd bij de mannen iets hoger ligt dan de gemiddelde leeftijd bij de vrouwen. Over beide wachtposten (Grafiek 1) lijken de verschillende praktijkvormen ook vertegenwoordigd met 29.1% van de artsen die werken in solopraktijken, 21.5% in een duopraktijk, 47.7% in een groepspraktijk en 1.7% in een wijkgezondheidscentrum (of kort WGC). De gegevens uitgetekend per wachtpost tonen een licht verschil van praktijkvorm. Bij de artsen in Brugge zijn er 58% artsen die werken in een groepspraktijk. In Eeklo werkt nog 38% solo.

Tabel 1: Leeftijdsverdeling van de deelnemers

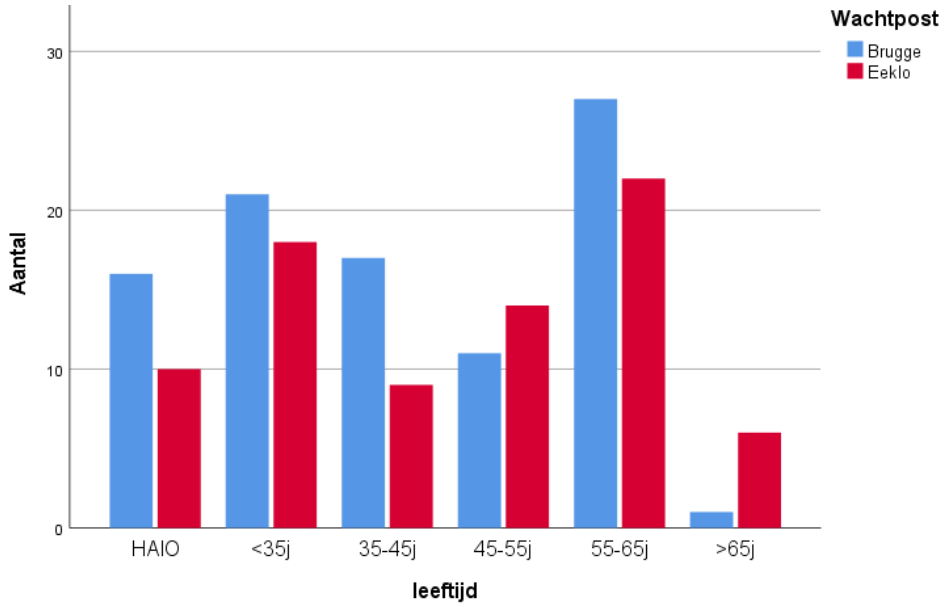
		leeftijd HAIO	<35j	35-45j	45-55j	55-65j	>65j	Totaal
geslacht	man	8	14	9	14	37	6	88
	Vrouw	18	25	17	11	12	1	84
Totaal		26	39	26	25	49	7	172

Grafiek 1: Praktijkvorm per wachtpost



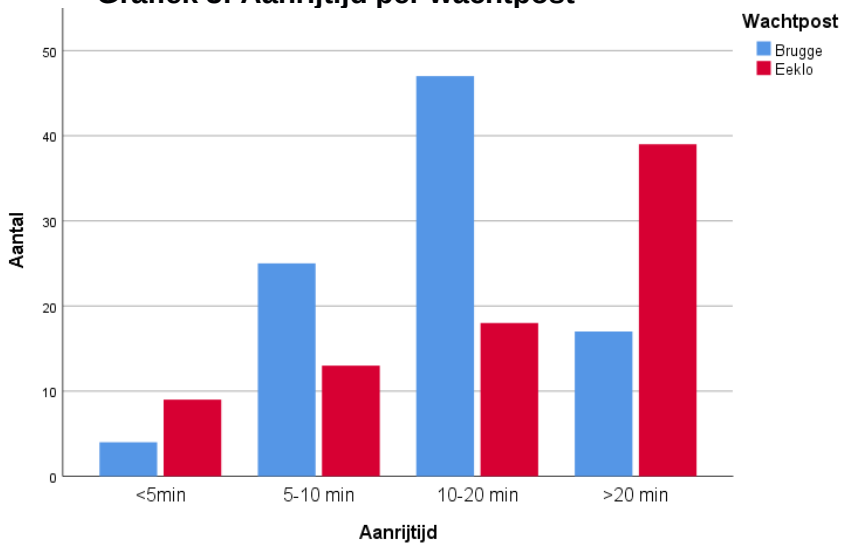
Wanneer de leeftijden worden vergeleken tussen de beide wachtposten zien we dat beide een gelijkaardig populatie hebben die geantwoord hebben. (Grafiek 2) Al kan men in Brugge zien dat de artsen die geantwoord hebben op de vragenlijst iets jonger zijn, met 58.6% jonger dan 45 jaar. In Eeklo is 53.1% van de artsen ouder dan 45 jaar. In Eeklo is 35.4% ouder dan 55 jaar. Dit staat tegenover 30.1% in Brugge. Al deze procenten werden uitgerekend ten opzichte van het totaal aantal in de respectievelijke wachtposten.

Grafiek 2: Leeftijd per wachtpost



De aanrijtijd voor de verschillende huisartsen die een wachtdienst moeten uitvoeren lijkt wel duidelijk te verschillen tussen de wachtposten. In Brugge woont 31.2% van de huisartsen binnen een straal van 10 minuten van de wachtpost en nog eens 50.5% binnen een straal van 20 minuten. In Eeklo moet 49.4% van de huisartsen meer dan 20 minuten rijden om naar de wachtpost te komen. 27.9% van de artsen uit het Meetjesland moet minder dan 10 minuten rijden naar de wachtpost. (Grafiek 3)

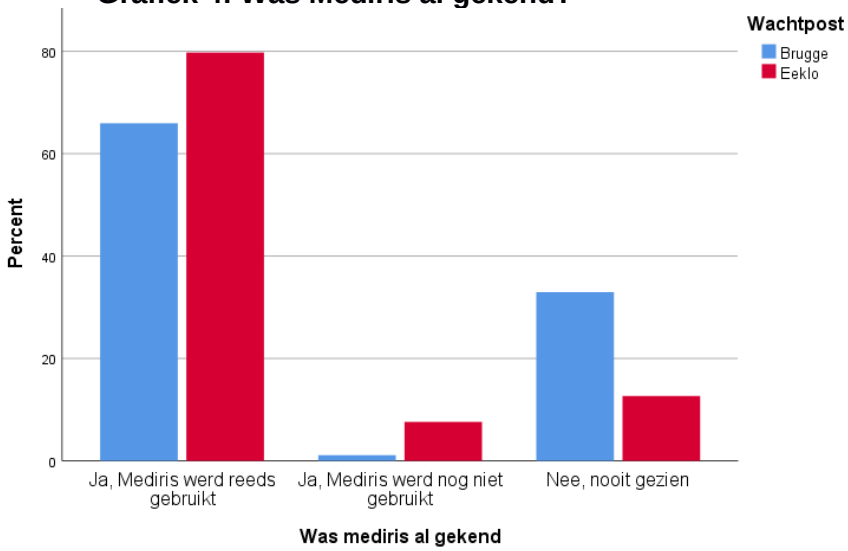
Grafiek 3: Aanrijtijd per wachtpost



5.2. Mediris bij huisartsen

Gezien het platform Mediris bij beide wachtposten werd gebruikt, werd er nagegaan bij vraag 16 van de vragenlijst of de webapplicatie reeds gekend was voor men zich aansloot bij de huisartsenwachtpost. 33% van de huisartsen had voor zijn aansluiting nog nooit van Mediris gehoord in Brugge. In Eeklo was dit slechts 12.7%

Grafiek 4: Was Mediris al gekend?



Ook werd gepeild naar het gebruiksgemak van Mediris. Daarin geeft het overgrote merendeel van de artsen aan dat Mediris een duidelijke tool is. Bijna 97% van de artsen uit Brugge vinden Mediris duidelijk. In Eeklo is dit bijna 95%. (tabel 2) Bij verdere navraag van de kwaliteit van de verslaggeving werd in vraag 18 gepeild naar de volledigheid van een elektronisch verslag. Meerdere antwoorden waren hierbij mogelijk. De artsen konden aangeven dat ze het elektronisch verslag voldoende vonden of dat ze na een wacht soms de nood hadden om verdere informatie telefonisch te verschaffen aan de huisarts van de patiënt. Hierin werd gedacht aan speciale gevallen zoals palliatieve situaties, opnames via spoed, overlijdens… 71% van alle artsen gaven aan dat het elektronisch verslag voldoende was en dat geen verdere communicatie nodig was met de huisarts van de patiënt. 33% wenst in speciale gevallen nog een telefonische briefing naast het elektronische verslag en 21% vindt telefonisch verslag

enkel nodig bij overlijdens. 7% van de artsen vindt het huidig sjabloon van het verslag dat uit Mediris gegenereerd wordt onvolledig.

Tabel 2: Mediris is... per wachtpost

			Wachtpost Brugge	Eeklo	Totaal
Mediris is...	Duidelijk en gebruiksvriendelijk	Aantal	77	60	137
		% binnen wachtpost	82,8%	75,9%	79,7%
	Duidelijk, maar even aanpassen	Aantal	13	15	28
		% binnen wachtpost	14,0%	19,0%	16,3%
	Onoverzichtelijk en niet gebruiksvriendelijk	Aantal	3	4	7
		% binnen wachtpost	3,2%	5,1%	4,1%
Totaal		Aantal	93	79	172
		% binnen wachtpost	100,0%	100,0%	100,0%

5.3. Kwaliteit van de verslaggeving

Naast het peilen van de ervaringen van de huisarts op de wachtpost zelf werd ook nagegaan of de artsen zelf het gevoel hebben dat de verslaggeving vanuit de wachtpost voldoende is naar hen toe. 80% van alle artsen gaf aan dat alle nodige informatie in het verslag van de huisarts van wacht staat. 5.8% geeft aan de huisarts van wacht te contacteren in uitzonderlijke gevallen en de overige 13% geeft aan dat het verslag niet voldoende is.

Wanneer we de antwoorden vergelijken tussen de eerdere vraag of Mediris duidelijk en volledig is, blijkt dat bijna 70% van de huisartsen die aangeven dat het verslag onvoldoende is, toch vindt dat het programma Mediris duidelijk en overzichtelijk is. Ook hier blijkt de verdeling qua leeftijd overeen te komen met de verdeling van de hele groep.

In de opmerkingen die nadien konden bijgevoegd worden gaven 5 artsen aan dat vooral de codering bij de diagnose soms niet volledig is.

5.4. Het gebruik van het SumEHR

In België, meer bepaald Vlaanderen, probeert men vanuit de overheid de niet-planbare zorg te organiseren door huisartsen aan te sporen om voor elk van zijn patiënten een SumEHR op te laden zodat elke zorgverlener op gelijk welk moment aan de meest essentiële gegevens van de patiënt kan. Deze bevraging peilde ook naar het gebruik van SumEHRs op de wachtpost en in de eigen praktijk en of de ervaringen op de wachtpost artsen aanzet om zelf meer in te zetten op SumEHRs.

Wanneer er een SumEHR is aangemaakt, werd nagegaan of artsen dit als een nuttig instrument zagen om te gebruiken. Slechts 21% van de artsen gaven aan dat de SumEHR voldoende helpt om goede zorgen te kunnen geven aan de patiënt. Daarenboven geeft 44.3% van alle artsen aan dat ze nooit een SumEHR bekijken op de wachtpost. In Eeklo alleen is dit zelfs de helft van alle artsen die de vragenlijst hebben ingevuld. 30% van de artsen geeft aan dat de SumEHR onvolledig is.

Bij het nakijken van de verdeling qua leeftijd valt vooral op dat ongeveer 56% van de 45 tot 55 jarigen niet naar de SuMEHRs kijkt. Voor de overige leeftijdsgroepen is er geen significant verschil.

Tabel 3: Gebruik SumEHR

			Wachtpost Brugge	Eeklo	Totaal
Bij gebruik SumEHR	Ja	Aantal	23	13	36
		% binnen wachtpost	25,8%	16,7%	21,6%
	Nee, SumEHR onvolledig	Aantal	27	23	50
		% binnen wachtpost	30,3%	29,5%	29,9%
	Nee, Bij complexe pathologie meer nodig	Aantal	4	3	7
		% binnen wachtpost	4,5%	3,8%	4,2%
	Nee, ik bekijk dit niet	Aantal	35	39	74
		% binnen wachtpost	39,3%	50,0%	44,3%
Totaal		Aantal	89	78	167
		% binnen wachtpost	100,0%	100,0%	100,0%

Bij vraag 20 werden de artsen gevraagd hoeveel procent van hun patiënten de SumEHRS volledig zijn. Deze gegevens konden niet nagekeken worden, dus dit zijn persoonlijke antwoorden en er is hier dus grote kans op bias van de invuller van de enquête. 15% in Eeklo en 32% van de artsen in Brugge geven aan dat bij hun patiënten de SumEHRS >60% volledig zijn. Wanneer terug de vergelijking gemaakt wordt met de leeftijd, blijkt dat 37% van de artsen jonger dan 35 jaar aangeven dat hun SumEHRs 60% of meer volledig zijn. Dit in contrast met de oudere generatie waar 30% van de 55-plussers aangeeft dat zijn SumEHRs 0-20% volledig zijn. De grote van de responsrate van deze bevraging was echter onvoldoende groot om hierover significante verschillen aan te duiden.

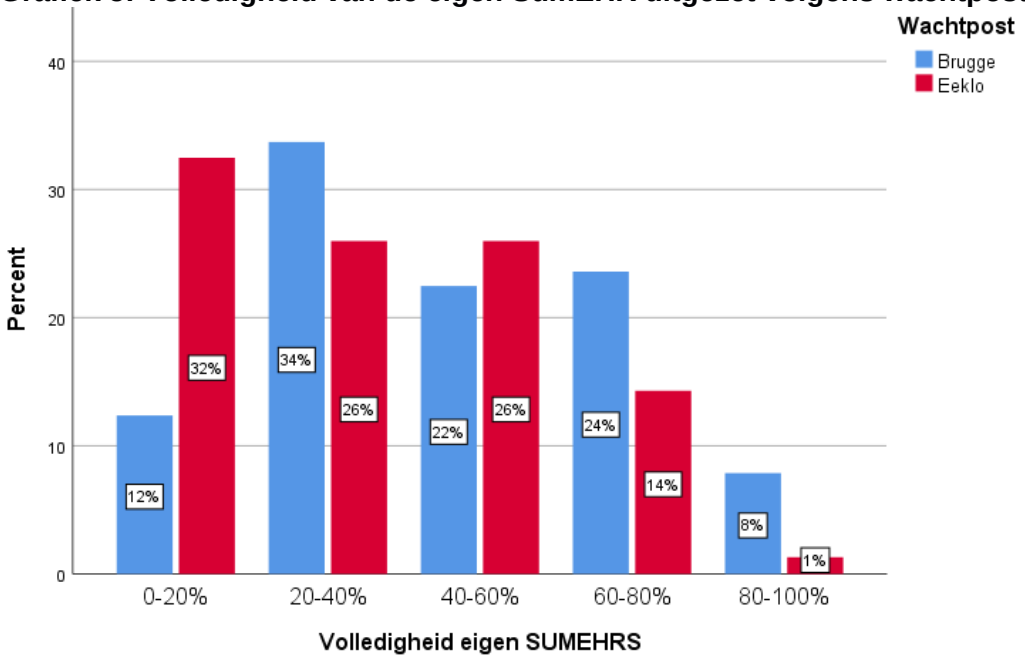
Bij vraag 21 werd de volledigheid van de SumEHRs nagegaan die worden opgevraagd in de wachtpost. Meer dan 90% in de wachtpost van Eeklo en 83% in de wachtpost van Brugge vinden dat minder dan 40% van de SumEHRs volledig zijn. Hier dient wel de kanttekening bij gemaakt te worden dat in een eerdere vraag 50% van de artsen in Eeklo en bijna 40% van de artsen in Brugge aangegeven hebben dat ze de SumEHRs niet bekeken hebben.

Bij het uitfilteren van de artsen die eerder bij vraag 19 hadden aangegeven dat ze nooit naar de SumEHRs kijken, blijven er slechts 84 personen over. 80 onder hen geven aan dat de volledigheid van hun SumEHRs veel te wensen over laat en dat minder dan 60% van hun eigen SumEHRs volledig is. Van deze personen geven er 58 aan dat ze naar de toekomst toe er meer aandacht zullen aan besteden. 14 onder hen gaven aan dat de SumEHRs die opgeladen zijn, voldoende volledig zijn.
Op basis van de leeftijd blijkt niet dat jongere artsen hier opvallend beter scoren dan oudere artsen.

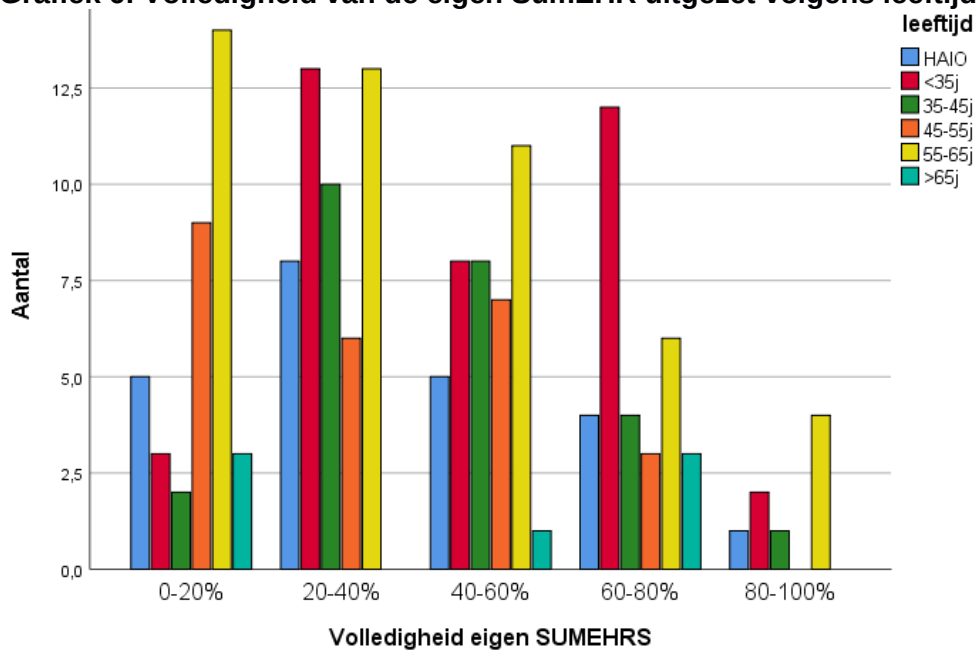
Als bijkomende opmerking bij de vragenlijst blijven een 10-tal artsen, zowel uit Eeklo, als in Brugge aangeven dat ze niet weten hoe ze SumEHRs moeten raadplegen. Een persoon zegt dat hij merkt dat er meer en meer aandacht wordt aan geschonken, maar dat hij zelf er nog niet naar kijkt. Drie andere personen geven aan dat het raadplegen van een SumEHR veel te veel tijd vraagt en niet nodig is tijdens een wachtdienst. Complexere problematiek moet doorgestuurd worden naar spoed gaf één arts aan. Daarnaast gaf er ook een arts aan dat het een drempel was om medische gegevens te gaan bekijken omdat deze acties gelogd worden.

Wanneer er werd gevraagd of ze hun gedrag zouden aanpassen en na het gebruik van de huisartsenwachtpost hun SumEHRs zouden aanpassen gaven opvallend veel artsen , namelijk 24% aan dat ze geen extra tijd gingen spenderen aan het opmaken van hun SumEHRs. 39% gaf aan dat ze deze volledig zullen trachten in te vullen en 26% zal dit doen bij patiënten met een uitgebreide co-morbiditeit.

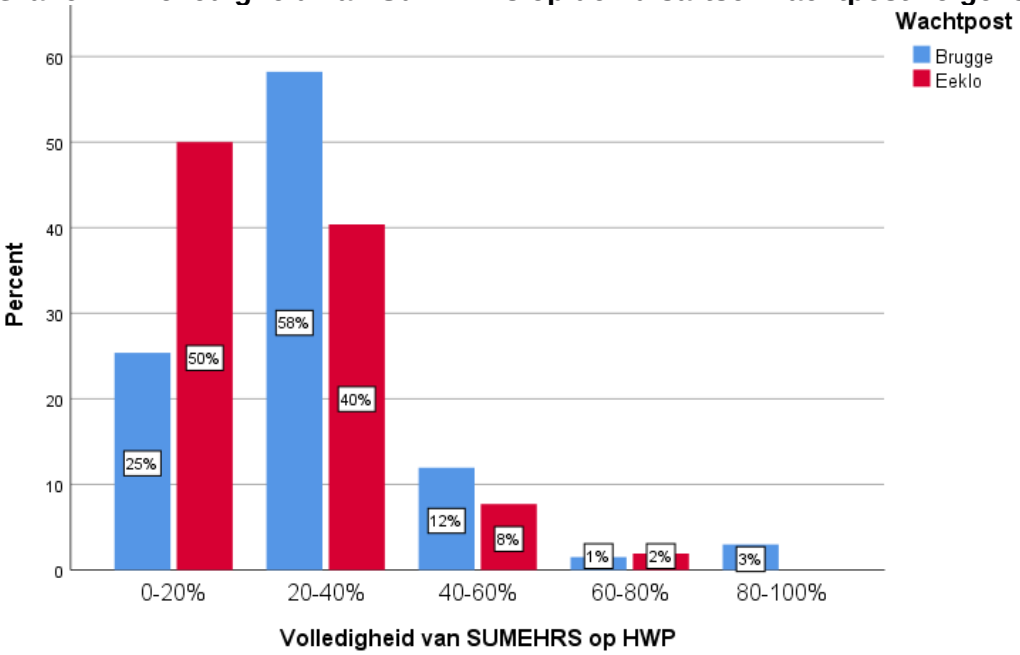
Grafiek 5: Volledigheid van de eigen SumEHR uitgezet volgens wachtpost



Grafiek 6: Volledigheid van de eigen SumEHR uitgezet volgens leeftijd



Grafiek 7: Volledigheid van SumEHRs op de huisartsenwachtpost volgens wachtpost



5.5. Gebruik van tablet

In de vragenlijst kwam er ook een korte vraag om te peilen of artsen gebruik maken van de tablet die ze ter beschikking hebben tijdens huisbezoeken. Deze vraag was om na te gaan of dit een drempel was om het verslag te schrijven naar de huisarts. Er is nog geen mogelijkheid om eID te gebruiken, waardoor ook het inlezen van eventuele SumEHRs om praktische redenen al onmogelijk is op huisbezoek.

Over de beide wachtposten geven 81 personen aan dat ze de tablet wel gebruiken, maar enkel wanneer ze dit nodig hebben op het moment zelf. 15 personen geven aan dat ze altijd de tablet gebruiken om extra gegevens na te kijken. Samen komt dit op iets meer dan 65% van de ondervraagden. De overige artsen geven aan de tablet nooit of quasi nooit te gebruiken. Hier zien we wel dat over het algemeen jongere artsen meer geneigd zijn om de tablet te gebruiken. 28% van de personen jonger dan 55jaar geeft aan geen tablet te gebruiken, dit staat tegenover 50% van de artsen ouder dan 55. De parameter wachtpost bleek geen verschil te geven.

6. Discussie

6.1. Meerwaarde van communicatie

Deze masterproef werd gemaakt om problemen op vlak van communicatie te kunnen detecteren, en hieraan een oplossing te kunnen bieden. Eerst en vooral werd het nut van communicatie in de zorg op zichzelf nagekeken. De laatste jaren is er wereldwijd onderzoek gebeurd naar de impact van communicatie tussen de verscheidene zorgverleners en het is duidelijk gebleken dat onder andere een goede communicatie centraal staat in kwaliteitsvolle zorg. Onderzoek wijst uit dat een goed overleg of rapportering tussen de verscheidene zorgverleners zorgt voor minder medische fouten en een efficiëntere zorg, dat ook op financieel vlak zijn vruchten afwerpt. Hoewel echter de kanttekening hierbij gemaakt werd dat verder onderzoek rond de efficiëntie van de communicatie moeilijk te onderzoeken is door middel van gerandomiseerde studies, gezien om ethische redenen geen controle-groep kan gemaakt worden waar men niet communiceert. Alle onderzoeken die in deze thesis werden gebruikt werden uitgevoerd op basis van observationele studies. [8,9,16-18]

Ten tweede werd ook gezocht naar vergelijkingen met andere wachtsystemen in het buitenland. Het versnipperde landschap in de Westerse landen zorgt ervoor dat onderzoek rond *after-hours* communicatie niet eenvoudig te vergelijken valt. Er zijn verschillende reviews te vinden waarin men nagaat bij de artsen of zij open staan voor een nationaal platform waar medische gegevens gedeeld

worden. [18,19] Het overgrote deel van de artsen ziet dit als een manier om veiligere zorg te leveren, maar dat het hebben van achtergrond informatie ook hun medisch handelen kan beïnvloeden [16]

Voor de patiënten is het delen van medische informatie een meerwaarde omdat er zo meer aandacht is voor de specifieke situatie van de patiënt. [12-15]

6.2. Uniform communiceren van de wachtpost naar de huisarts

Tot slot kunnen we in België zelf spreken van een versnipperd landschap waar elke wachtkring zijn wachtdienst zelf kan organiseren en invullen. [2-4] Elke wachtkring heeft zelf de keuze van gebruik van softwaresysteem om de contacten te registreren. In deze masterproef werden 2 wachtposten bevraagd. De gelijkaardig opgebouwde wachtposten maken gebruik van Mediris, een tool van MediPortal. Het sjabloon van deze webapplicatie is uitgewerkt vanuit het standpunt van een huisarts. Gebaseerd op het SOEP-systeem om te rapporteren, waarin de reden van komst, het klinisch onderzoek, de diagnose en de planning in staan, net als de arbeidsongeschiktheid en het beleid. Over het algemeen blijkt uit deze bevraging dat de meeste artsen de tool gebruiksvriendelijk vinden. Slechts enkele artsen geven aan dat ze niet kunnen werken met dit systeem. In het geval artsen aangegeven hebben dat Mediris niet gebruiksvriendelijk is, werd gekeken naar eventuele opmerkingen die erbij werden gezet en in sommige gevallen werd dit verduidelijkt door aan te geven dat de ICPC-codering niet altijd voldoende keuzes gaf om een diagnose te kunnen geven. Over het algemeen blijken de artsen echter tevreden over Mediris en het verslag dat achteraf gegenereerd wordt. Bij specifieke situaties zoals overlijdens of ziekenhuisopnames nemen sommige artsen liefst de telefoon op om een collega in te lichten.

Wanneer we deze bevindingen naast de gevonden literatuur leggen, lijkt dit overeen te stemmen. Artsen staan open voor een uniforme manier van communiceren omdat zo minder medische fouten worden gemaakt. [8,9,11,41] Ook blijkt dat als de artsen genoeg ervaring krijgen met een tool dat dit het medisch handelen ten goede komt, al spreekt men in de literatuur wel van een aanpassingsperiode. [48]

Gezien er in deze studie nagevraagd werd of de artsen het sjabloon van het verslag voldoende vonden, kan er in volgende onderzoeken nagevraagd worden of hun mening is veranderd na enkele jaren gebruik van deze tool. Ongeveer 80% gaf aan dat er in het verslag voldoende informatie werd gegeven door de huisarts van wacht. Wanneer men de gegevens van de wachtpost in Eeklo vergelijkt met deze uit de wachtpost van Brugge (die nu toch al een paar jaar langer werkt) kunnen er geen significante verschillen gevonden worden omtrent het welbevinden van de tool Mediris.

In de literatuur is er nog weinig onderzoek kunnen vinden over de effectiviteit van Mediris zelf. De tool, net als andere gelijkaardige softwareprogramma's, kan in de Belgische situatie nog verder bijgewerkt worden om deze te optimaliseren. Hiervoor is een meer grootschalige en uitgebreide bevraging nodig waarin ook andere werkomstandigheden geïncludeerd zijn zoals een wachtdienst van een huisarts van thuis uit of een wachtpost die niet gelinkt is aan een spoedgevallendienst. Verder kan men zich de vraag stellen of een uniforme manier van communiceren in alle wachtposten/-diensten in Vlaanderen niet kan leiden tot een kwaliteitsvollere zorg. [8,9,17,18] Meer nationaal onderzoek is aangewezen om de situatie in België, en meer bepaald Vlaanderen, in kaart te brengen.

6.3. SumEHR is in België nog niet ingeburgerd.

Deze studie legt bloot dat artsen over het algemeen graag gebruik maken van meer informatie rond patiënten die ze behandelen op wachtposten [16-18], maar voor sommigen is de weg naar meer informatie nog onduidelijk [19]. Zoals verwacht geven veel artsen aan dat het gebruik van SumEHRs nog niet wijdverspreid is. De tool die de overheid heeft gecreëerd op Vitalink is wel gekend door de artsen, maar deze wordt nog onvoldoende gebruikt. Er zijn ook artsen die aangeven dat ze deze tool nooit gebruiken omdat ze deze ook niet nodig achten te hebben, wat mogelijks kan betekenen dat

artsen weerstand voelen om mee te stappen in een nationaal opgelegd verhaal, naar analogie met een studie uit Nederland. [39]

6.3.1. Het gebruik van SumEHR op de wachtposten

In deze studie werd er niet verder gevraagd naar de mening over de Belgische variant van een elektronisch dossier (de SumEHR), maar werd er gekozen om enkel te peilen naar het gebruik ervan, door middel van gesloten vragen. Hieruit blijkt in de wachtposten van Brugge en Eeklo dat er nog maar weinig gebruik van gemaakt wordt. Bijna de helft van de ondervraagde artsen gaf aan nooit de SumEHR na te kijken. Wanneer de volledigheid van de SumEHRs onder de loep genomen wordt, blijken slechts 84 personen van de 172 ondervraagde artsen aan te geven dat ze af en toe naar de SumEHRS kijken. Slechts 4 personen geven aan dat de SumEHRs volledig zijn. Uit de opmerkingen die artsen nadien konden bijvoegen, bleek wel dat er veel artsen nog geen tijd nemen om de voorgeschiedenis van de patiënt na te gaan tijdens de consultatie op hun elektronisch dossier.

In het verleden is in de medische pers vermeld geweest dat een wachtpost een manier kan zijn om artsen te motiveren om de SumEHRs beter op te laden. [34,35] Door te ervaren dat de kwaliteit van interprofessionele communicatie een meerwaarde kan bieden, kan dit hopelijk een aanzet geven om zelf actiever SumEHRs bij te houden. Literatuur heeft aangetoond dat een goede communicatie de patiëntveiligheid kan verbeteren, maar ook de ervaring van de patiënt met de zorg als positiever ervaren worden. [8,11] Er is echter te weinig onderzoek gebeurd om met zekerheid te kunnen stellen hoe goed deze verbeteringen zijn. Over de jaren zijn er reeds verschillende onderzoeken gebeurd om het effect van de beschikbaarheid van elektronische dossiers op de zorg te bekijken. De generische evolutie om patiëntengegevens ook elektronisch te delen met collega's die instaan voor de niet-planbare zorg lijkt dan ook een impact te hebben op de zorg door een afname van het aantal hospitalisaties, minder medische fouten en ook een vermoeden van efficiëntere zorg. Er zijn echter geen gerandomiseerde studies mogelijk wegens het ethisch aspect dat iedereen recht heeft op de beste zorg. [18]

6.3.2. Weerstand van artsen

Naast de communicatie van de wachtpost naar de huisarts, is het bijhouden van een goed dossier voor de patiënt nodig voor de continuïteit van de zorg. Door de nieuwe kwaliteitswet zullen huisartsen hier aandacht aan moeten besteden. [5] Uit literatuuronderzoek is gebleken dat artsen niet altijd open staan voor implementaties van hogerop. [12-16] Reeds in het verleden kwam er vanuit de huisartsen weerstand om zomaar medische gegevens te plaatsen op een platform. Kwesties zoals cybersecurity en beroepsgeheim waren een groot struikelblok om mee te stappen in nationaal verhaal van het delen van medische gegevens. Stapsgewijs een nationaal platform implementeren is de manier om artsen te overtuigen om mee te werken, waarin ze ook bij elke stap betrokken worden. [26-28]

Met het E-healthplatform, dat maar beschikbaar is na inlezen van een digitaal paspoort, lijken deze problemen aangepakt te worden. De patiënt zelf moet toestemming geven aan de behandelende arts om zijn gegevens in te kijken en de arts die zijn gegevens inleest moest dus een therapeutische relatie hebben met de patiënt.

Uit onderzoek is reeds gebleken dat het gebruik van een elektronisch dossier en elektronische applicaties, na een periode van aanpassing, kan leiden tot een kwaliteitsvollere zorg. [12,14,26,28,41] Verder onderzoek is nodig om na te gaan of artsen bereid zijn om verder te werken met E-health-applicaties en of ze zich voldoende bekwaam voelen. Initiatieven zoals EurOOHnet kunnen hierbij helpen om deze cijfers internationaal te kaderen. [36] Deze studie kon enkel algemene tendensen peilen. Op basis van gerichte vragen werd geprobeerd om een eerste idee te krijgen van het gebruik van de communicatiemiddelen op de wachtpost. Bij sommige Belgische instanties leeft de hoop dat door naar een meer uniforme organisatie van de niet-planbare zorg te gaan, onder meer door het oprichten van wachtposten, er ook een cultuurshift komt onder de artsen om efficiënter te

communiceren. Men zou de wachtposten kunnen aanzien als '*champions*' die het gebruik van een elektronisch dossier bevorderen. De vragen die in deze thesis gesteld werden, zou men verder kunnen uitdiepen door focusgroepen te organiseren en zo de huidige communicatie tussen de huisartsen verder op punt stellen.

6.4. Meerwaarde van ICT-hulpmiddelen

De meerwaarde van elektronische toestellen op huisbezoek zoals een tablet werd hier kort aangehaald, maar daarover is zeker nog verder, diepgaander onderzoek nodig. Extra hulpmiddelen hebben verschillende voordelen: (1) ze helpen om sneller de gepaste zorg te leveren, (2) er worden minder medische fouten geregistreerd en (3) de arts heeft op verplaatsing toegang tot extra informatie. [47,48] De meeste artsen gebruiken dit toestel enkel om het verslag in te brengen, maar zoeken hier geen extra informatie mee op. Enerzijds omdat ze het onhandig vinden, maar ook vooral niet praktisch. In de bevraging gaven artsen aan dat je een elektronische kaartlezer nodig hebt om toegang te hebben tot de elektronisch gedeelde gegevens van de patiënt. Dit is vandaag echter niet voor handen als een huisarts op huisbezoek gaat, waardoor er geen mogelijkheid is om het platform, waar de SumEHRs zijn opgeslagen, te bereiken. Verder onderzoek over het gebruiksgemak en mogelijkheden tot verbetering is hier zeker aan de orde. In eerdere studies is ook gebleken dat in het begin van gebruik van elektronische toestellen of applicaties er steeds een korte periode van aanpassing nodig is. [47,48] Hier heeft de inburgering van ICT-hulpmiddelen het meeste kans op slagen indien het artsenkorps opgeleid wordt om deze hulpmiddelen te gebruiken. [28,39] Een bevraging over enkele jaren heen moet uitmaken of er na verloop van tijd meer gebruik gemaakt zal worden van de tablet of andere elektronische toestellen. .

6.5. Analyse van de uitgevoerde studie

Hoewel er in deze studie over de twee wachtposten heen 173 huisartsen de vragenlijsten hebben ingevuld, zijn deze gegevens nog op een zeer kleine schaal verzameld en kunnen ze niet geëxtrapoleerd worden over heel Vlaanderen. Ze peilt naar de mening van artsen, de cijfergegevens die ze over hun eigen SumEHR-gebruik hebben gegeven en over hun gebruik van SumEHR in de wachtpost.

De meest recente gegevens die konden gevonden worden van het aantal SumEHRs dat opgeladen wordt per maand zijn gedateerd. In 2017 werden per maand ongeveer 5300 SumEHRs opgeladen, van de ongeveer 4700 artsen die gebruik maakten van de SumEHRs. In totaal waren in november 2017 een kleine 1.600.000 SumEHRs opgeladen (Noot: Het is wel mogelijk om meerdere SumEHRs per persoon op te laden). Als men rekening houdt dat elke actieve huisarts meer dan duizend patiënten heeft, is dit nog steeds te weinig om te kunnen spreken van een wijdverspreid gebruik. Ook is er nergens onderzoek te vinden naar de kwaliteit van de SumEHRs. [49] Op twee jaar tijd , in augustus 2019, is het gebruik licht gestegen met 2.567.212 SumEHRs die tot dan toe waren opgeladen. [33] De kans bestaat dat artsen een eerder optimistisch beeld hebben van hun eigen SumEHR-gebruik. Verder onderzoek is nodig naar het werkelijk gebruik van Vitalink door de artsen en of de organisatie van de wacht door middel van een wachtpost een positief effect heeft op het gebruik van Vitalink.

Er werd weinig verschil opgemerkt tussen de artsen van de verschillende wachtposten. Initieel werd gedacht dat deze studie, op vlak van communicatie naar de huisarts, een verschil ging kunnen blootleggen tussen artsen die al langer gebruik maken van de wachtpost en het elektronisch opsturen van wachtverslagen en de artsen die nog geen ervaring hebben in een wachtpost. De meeste artsen geven echter aan dat ze weinig problemen ondervinden met het programma waarmee ze hun wachtverslag moeten opsturen of het verslag dat ze krijgen van een collega. Het aspect van de wachtpost lijkt hier weinig invloed op te hebben. Er zijn verschillende wachtkringen die vóór het instellen van een wachtpost reeds gebruik maakten van Mediris.

7. Conclusie

Voor dit onderzoek werd enkel de communicatie uitgelicht. Al enkele jaren probeert men vanuit de Belgische overheid initiatief te nemen om de zorg rond patiënten te uniformiseren en de eerste lijn te laten samenwerken. Daarnaast zijn er ook initiatieven vanuit het werkveld die worden geïntegreerd. Mediris is hier een product van. Over heel Vlaanderen werken de huisartsen van verschillende wachtdiensten met dit softwarepakket om verslagen naar elkaar door te sturen. Uit de bevraging in deze thesis blijkt dat de meeste artsen tevreden zijn over dit pakket. Voor sommige situaties zoals overlijdens en bij palliatieve situaties wensen sommige artsen nog meer dan enkel een elektronisch verslag en zouden ze graag nog een telefoon krijgen van hun collega die van wacht is geweest. De literatuur ondersteunt deze bevindingen door duidelijk aan te tonen dat gestructureerde en uniforme verslaggeving bijdraagt tot een veiligere en kwalitatievere zorg voor de patiënt.

De andere kant van de communicatie, de overdracht van informatie van de huisarts van de patiënt naar zijn collega van wacht blijkt op sommige vlakken nog moeilijk in te schatten. Over het algemeen geven de artsen aan dat indien ze een SumEHR willen bekijken ze die ofwel niet vinden, ofwel dat deze onvolledig is. Ondanks de inspanningen en premies van de overheid uit, blijkt dat artsen nog niet volledig overtuigd zijn van de meerwaarde van het elektronisch patiënten dossier op een platform enkel toegankelijk voor zorgverleners. Soms wordt de bezorgdheid naar cybersecurity en de implicaties naar het medisch beroepsgeheim aangehaald. Daarover is slechts beperkt onderzoek gebeurd, en ook in het buitenland is onderzoek rond dergelijke platformen nog niet verder uitgewerkt. Wereldwijd zijn er verschillende onderzoeken beschikbaar rond het delen van elektronische patiëntendossiers, maar er zijn echter geen duidelijke parallellen te trekken. De heterogeniteit van het organiseren van de niet-planbare zorg, zorgt ervoor dat verschillende onderzoeken moeilijk te vergelijken zijn. Over het algemeen heerst de consensus dat betere communicatie leidt tot kwaliteitsvollere zorg. Wel is er nog geen consensus over hoe die communicatie best gedaan wordt.

Voor de Belgische situatie zou verder onderzoek rond het gebruik van SumEHRs meer inzichten kunnen bieden. Er zijn hiervoor weinig recente statistieken publiek beschikbaar en verder onderzoek is nodig via de verschillende software-pakketten van de huisartsen en de wachtposten die zelf deze gegevens bijhouden. Deze gegevens zouden enerzijds kunnen helpen om demografische gegevens van wachtdienstgebruikers in kaart brengen en anderzijds de evolutie in de niet-planbare zorg ondersteunen om elektronische dossiers te delen. Verder onderzoek kan nagaan of het delen van medische gegevens ook een invloed heeft op de huisartsen in België die deze wachtdiensten moeten uitvoeren.

Kortom ontbreken zowel in België als in het buitenland kwalitatieve analyses van de gebruikte software-pakketten en platformen waar medische gegevens gedeeld worden. De diversiteit in de eerste lijn zorgt voor een moeilijke implementering van een nationaal gedragen platform. Stapsgewijs moeten artsen betrokken worden en gestimuleerd worden om uniform te communiceren. Door de recent aangekondigde kwaliteitswet werd door de overheid geprobeerd om artsen te stimuleren om hieraan mee te werken. Artsen zijn overtuigd van de meerwaarde van een goede communicatie, alleen blijkt dat ze moeilijk te overtuigen zijn om af te stappen van hun gebruikelijke manier van communiceren ten voordele van een nationaal gedragen communicatie-middel, hoewel uit de literatuur duidelijk blijkt dat dit de veiligheid van de patiënt zou ten goede kunnen komen.

8. Bibliografie

[1] Philips, H. Out-of-hours Primary Care in Belgium. Universiteit Antwerpen (Belgium), ProQuest Dissertations Publishing, 2010. 3442510.

[2] KCE-rapport 171A: welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen. 2011. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/171A_huisartsenwachtdiensten_synthese.pdf (Geraadpleegd op 15/09/2019)

[3] KCE-rapport 196 As: Performantie van het Belgische gezondheidssysteem. 2012. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_196A_performantie_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese_0.pdf (Geraadpleegd op 18/09/2019)

[4] KCE-rapport 263 As: Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. 2016. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_263_As_Organisatie_en_financiering_van_spoeddiensten.pdf (Geraadpleegd op 18/09/2019)

[5] Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg Beschikbaar via: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019042220&table_name=wet (Geraadpleegd op 07/01/2020)

[6] Van Steenbergen S. Van den Block L, Wens J, Stubbe C, Van Balen B. Ontwikkeling en pilootproject van een wachtsysteem voor palliatieve terminale patiënten in de eerste lijn, gebruikmakend van een nieuw multidisciplinair communicatie-platform: “het IRIS-project”. UAntwerpen. 2018.

[7] Zwarenstein M, Reeves S, Russell A, Kenaszchuk C, Conn LG, Miller KL, Lingard L, Thorpe KE. Structuring Communication Relationships for Interprofessional Teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. Trials. 2007 Sep 18; 8: 23.

[8] Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving Patient Safety: Improving Communication. FP Essentials. 2017 Dec; 463: 27-33.

[9] Tsao K, Browne M. Culture of safety: A foundation for patient care. Semin Pediatr Surg. 2015 Dec;24(6):283-7.

[10] Müller M, Jürgens J, Redaèlli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open. 2018 Aug 23;8(8):e022202.

[11] Burgener AM. Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. Health Care Manag (Frederick). 2017;36(3):238-243.

[12] Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. Can Fam Physician. 2010; 56(10): e368-74.

[13] Hilts L, Howard M, Price D, Risdon C, Agarwal G, Childs A. Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. Fam Pract. 2013; 30(2): 204-11.

[14] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004; 13 Suppl 1: i85-90.

[15] McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. Understanding collaboration in general practice: a qualitative study. Fam Pract. 2017; 34(5): 621-626.

[16] Morris LM, Brown C, Williamson M, Wyatt JC. The Scottish Emergency Care Summary--an evaluation of a national shared record system aiming to improve patient care: technology report. Inform Prim Care. 2012; 20(1): 41-9.

[17] Craig J, Morris L, Cameron J, Setters J, Varley D, Lay A, Thompson I. An evaluation of the impact of the key information summary on GPs and out-of-hours clinicians in NHS Scotland. Scott Med J. 2015 Aug;60(3):126-31.

[18] Bowden T, Coiera E. The role and benefits of accessing primary care patient records during unscheduled care: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2017 Sep 22;17(1):138.

[19] Mair FS, May C, O'Donnell C, Finch T, Sullivan F, Murray E. Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review.Bull World Health Organ. 2012 May 1; 90(5): 357-64.

[20] Foster H, Moffat KR, Burns N, Gannon M, Macdonald S, O'Donnell CA. What do we know about demand, use and outcomes in primary care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature. BMJ Open. 2020 Jan 19; 10(1): e033481.

[21] Ceulemans F. Kwaliteitswet voor veilige zorg. Domus medica; Kwaliteit en vorming. https://www.domusmedica.be/actueel/kwaliteitswet-voor-veilige-zorg (Geraadpleegd op 25/10/2019)

[22] Goffin T. De kwaliteitswet: wat zorgverleners moeten weten Artsenkrant 2019. Nummer 39. (Digitaal geraadpleegd op 07/01/2020) https://www.artsenkrant.com/actueel/de-kwaliteitswet-wat-zorgverleners-moeten-weten/article-normal-41167.html

[23] Grouwels D, Verlinde C, Van Emelen K, Heyrman J. Kwaliteitsvolle wachtdienstorganisatie: Visie op de toekomst en selectie van kritische kwaliteitskenmerken (fase 1). Huisarts Nu. februari 2009; 38(1)

[24] Code van medische deontologie, Nationale raad van orde der artsen. 05/07/2019. https://www.ordomedic.be/nl/code-2018/artikel/verantwoordelijkheid/40 (Geraadpleegd op 21/01/2020)

[25] Voorstel globaal actieplan permanente beschikbaarheid van gezondheidsgegevens. Medi-sfeer 2017. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/medisch-nieuws/voorstel-globaal-actieplan-permanente-beschikbaarheid-van-gezondheidsgegevens-orde.html (Geraadpleegd op 21/12/2019)

[26] Sánchez-Guerrero R, Almenárez F, Díaz-Sánchez D, Arias P, Marín A. Collaborative ehealth meets security: privacy-enhancing patient profile management. IEEE J. Biomed. Health Inform. , Nov. 2017; vol. 21, no. 6, pp. 1741-1749.

[27] Chenghao He, Xi Jin, Zhanxiang Zhao and Tian Xiang, A cloud computing solution for Hospital Information System. IEEE International Conference on Intelligent Computing and Intelligent Systems, Xiamen, 2010, pp. 517-520.

[28] Frontoni E, Mancini A, Baldi M, Paolanti M, Moccia S, Zingaretti P, Landro V, Misericordia P. Sharing health data among general practitioners: The Nu.Sa. project. Int J Med Inform. 2019 Sep; 129: 267-274.

[29] Mertens J. Een kritische kijk op het SumEHR en het delen van medische informatie. UAntwerpen. 2016.

[30] Registratie van de medische softwarepakketten. eHealth-platform 2020. Beschikbaar via: https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/service-registratie-van-de-softwarepakketten (Geraadpleegd op 21/01/2020)

[31] Geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde. Internetsite RIZIV 2020. Beschikbaar via : https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx (Geraadpleegd op 07/01/2020)

[32]. Colson W. Spelregels SumEHR Artsenkrant 2019. https://www.artsenkrant.com/actueel/spelregels-sumehr/article-normal-39271.html# (Digitaal geraadpleegd op 21/01/2020)

[33] Cijfergegevens Vitalink. https://www.vitalink.be/aantal-patiënten-met-gegevens-in-vitalink (geraadpleegd op 10/03/2020)

[34] M.L. Gebuisde SumEHR: Domus antwoordt. Medi-sfeer 2016. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/lsquo-gebuisde-sumehr-rsquo-ndash-domus-antwoordt.html (geraadpleegd op 21/12/2019)

[35] Langendries M. Wachtpost wordt hefboom voor aanmaak SumEHR. Medi-sfeer 2015. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/wachtpost-wordt-hefboom-voor-aanmaak-sumehr.html

[36] Leutgeb R, Walker N, Remmen R, Klemenc-Ketis Z, Szecsenyi J, Laux G. On a European collaboration to identify organizational models, potential shortcomings and improvement options in out-of-hours primary health care. Eur J Gen Pract. 2014 Sep;20(3):233-7.

[37] Huibers L, Giesen P, Wensing M, et al. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Serv Res. 2009;9:105.

[38] Kiely F, Murphy M, O'Brien T. Information transfer to out-of-hours co-operatives: a survey of general practitioners' views in relation to palliative patients. BMJ Support Palliat Care. 2013 Dec;3(4):405-11.

[39] Zwaanswijk M, Verheij RA, Wiesman FJ, Friele RD. Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study. BMC Health Services Research 2011, 11: 256.

[40] De Block M, Beste zorg voor patiënten die dringende, onverwachte zorg nodig hebben. (Persbericht). 21 september 2017. https://www.deblock.belgium.be/nl/beste-zorg-voor-pati%C3%ABnten-die-dringende-onverwachte-zorg-nodig-hebben (Geraadpleegd op 10 januari 2020).

[41] Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. BMC Health Serv Res. 2013; 13: 494.

[42] Crocombe D, Bhattacharyya M. The impact of delayed paper communication to primary care from secondary care and out of hours services. London J Prim Care (Abingdon). 2018 Jun 26;10(3):59-61.

[43] Berchet, C. and C. Nader (2016), "The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 89, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en.

[44] Van der Biezen M, Wensing M, Poghosyan L, van der Burgt R, Laurant M. Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care; a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2017 Aug 23;17(1):589.

[45] Smits M, Keizer E, Giesen P, Deilkås ECT, Hofoss D, Bondevik GT. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. Scand J Prim Health Care. 2018 Mar;36(1):28-35.

[46] Schooley B, Walczak S, Hikmet N, Patel N. Impacts of mobile tablet computing on provider productivity, communications, and the process of care. Int J Med Inform. 2016 Apr;88:62-70. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.01.010. Epub 2016 Jan 25.

[47] Prgomet M, Georgiou A, Westbrook JI. The impact of mobile handheld technology on hospital physicians' work practices and patient care: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2009; 16(6): 792-801.

[48] Bhargava HK, Mishra AN, Electronic medical records and physicianproductivity: evidence from panel data analysis, Manag. Sci. 2014; 60 (10): 2543–2562.

[49] Van Den Eeckhaut N, Van Langendonck T. Rapport: Vitalink gebruiksstatistieken, november 2017. 12 december 2017. https://www.vlaamsapothekersnetwerk.be/attachments/article/248/Vitalink_Rapport_november_2017.pdf (Geraadpleegd op 17 februari 2020)

9. Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst

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

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)?
    - 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 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

Bijlage 2: Toestemming Ethisch comité project 2019/0350

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
2019/0350		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. Hoe verloop de communicatie tussen zorgverlenders tijdens de wachtdienst en hoe verloopt de opvolging nadien? (MaNaMa Astrid Hoffman)

Belgisch Registratienummer: B670201939634

* 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. 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

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

- *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