Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst

Standpunt van patiënten

Jasper Van Criekinge, KU Leuven/ICHO

Jonas Wilms, KU Leuven/ICHO

Timon Boeve, KU Leuven/ICHO

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KU Leuven/ACHG

Co-promotor: Dr. Chris Van der Mullen, I-ELP Van 't Sestich

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.

Inhoudsopgave

Abstract 1
Introductie 2
Methoden 3
  Onderzoeksvraag 3
  Literatuuronderzoek 3
  Veldstudie 3
    Design 3
    Setting en deelnemers 3
    Dataverzameling 4
    Dataverzameling en -analyse 5
    Ethische commissie 5
Resultaten 6
Discussie 10
  Bespreking van de resultaten 10
  Sterktes en zwaktes van het onderzoek 13
  Implicaties voor de praktijk en verder onderzoek 14
Conclusie 15
Dankwoord 16
Referenties 17
Bijlagen 19
  Bijlage I – Vragenlijst voor patiënten 19
  Bijlage II – Goedgekeurd protocol 24
  Bijlage III – Gunstig advies ethische commissie 50
  Bijlage IV - Tabellen 51

Abstract

Achtergrond: Huisartsenwachtposten zijn opgericht om de werkomstandigheden van huisartsen buiten de reguliere praktijkuren te stroomlijnen. Toch neigt internationaal onderzoek meer naar een samenwerkingsvorm tussen de huisartsenwachtpost en de spoeddienst op eenzelfde site, de zogenaamde co-locatie van beide organisaties. Deze centra van acute ongeplande zorg creëren één toegangspoort waarbij triage plaats vindt tussen de spoeddienst en de huisartspermanentie. In deze masterproef wordt het standpunt omtrent de gevolgen en impact van de co-locatie op het dagelijks handelen en functioneren van patiënten, als één van de betrokken actoren van een co-locatie, onderzocht.

Methode: Voor- en nadelen van een co-locatie werden als stellingen en open vragen geformuleerd in een vragenlijst. De papieren versie van deze vragenlijst werd ter beschikking gesteld in de wachtzaal van huisartsen, huisartsenwachtposten en spoeddiensten in landelijk en (half-) stedelijk gebied in Vlaanderen.

Resultaten: Het onderzoek toont aan dat 72,7% van de in totaal 404 bevraagde patiënten voorstander zijn van een co-locatie. De voornaamste argumenten voor een co-locatie zijn het zich verplaatsen naar slechts één locatie en de mogelijks verkorte tijd tot behandeling. Bij telefonische triage verkiest het merendeel van de patiënten een dokter aan de lijn te krijgen (58,7%) in plaats van een operator die de aard en ernst van de hulpvraag inschat volgens geïntegreerde regulatieprotocollen (40,1%). Het merendeel van de patiënten (86,4%) is echter wel overtuigd dat een getrainde operator hen adequaat naar de juiste hulpverlening kan verwijzen. Co-locatie blijkt gunstig voor de herkenbaarheid en bereikbaarheid van de wachtpost en zou volgens patiënten de tijd tot klinisch onderzoek en behandeling doen afnemen. Ook de extra mogelijkheid tot technische onderzoeken door de huisarts van wacht blijkt een belangrijk gegeven in co-locatie.

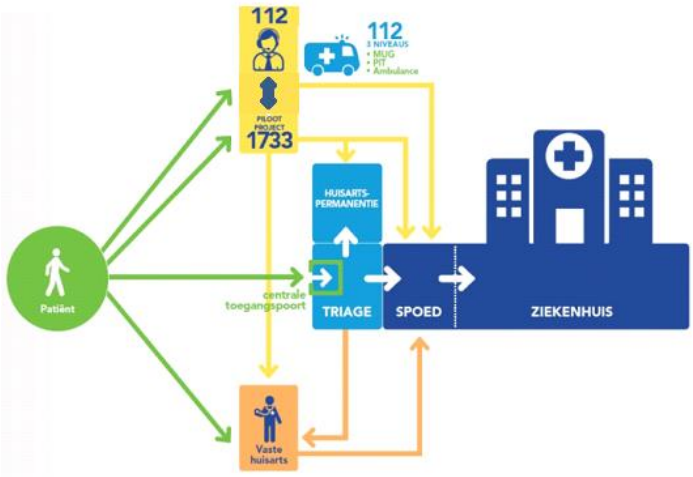
Conclusie: Patiënten zijn algemeen voorstander van een co-locatie en de implicaties ervan. De snellere hulpverlening, verplaatsing naar eenzelfde locatie en mogelijkheid tot extra technische onderzoeken door de huisarts van wacht blijken belangrijke voordelen voor patiënten in dit systeem.

Sleutelwoorden: co-locatie, huisartsenwachtpost, urgentiedienst, wachtdienst, spoedgevallen

Introductie

Huisartsenwachtposten zijn opgericht om de werkomstandigheden van huisartsen buiten de reguliere werkuren te verbeteren en het aantal spoedcontacten te verminderen (1). De impact van deze wachtdienst op de drukte bij spoeddiensten blijft desondanks miniem, gegeven het toenemend aantal spoedconsulten doorheen de jaren (2). Men kampt met het probleem van “oneigenlijk” of “ongepast” gebruik van spoed. Patiënten presenteren zich immers onnodig op spoed met pathologie die ook door de huisarts kan behandeld worden (3,4). In België komt deze eerstelijnsproblematiek op spoed veel vaker voor (40-56%) in vergelijking met andere landen (20-40%) (5). Een eerste mogelijke verklaring van deze oneigenlijke spoedcontacten is dat de meerderheid van de patiënten (56-71%) zich zonder enige vorm van doorverwijzing aandient bij de spoeddienst (4,5). Deze zogenaamde zelfverwijzers schatten zelf in dat hun medisch probleem niet verholpen kan worden door de huisarts en het voldoende ernstig en dringend is om zich te wenden tot de spoeddienst (3,6). Ze verwachten dat het groter aanbod aan technische onderzoeken en meer specialistische kennis noodzakelijk is voor de behandeling van hun klachten. Ten tweede begeven patiënten zich sneller ongepast naar spoed omdat het toegankelijker en bereikbaarder is dan de huisartsenwachtpost (7,8). Spoeddiensten zijn bovendien ook meer algemeen gekend, zowel qua hulpverlening als locatie. Er is tot op heden aldus onvoldoende evidentie om aan te nemen dat het huidige systeem van huisartsenwachtposten het aantal spoedcontacten zal doen dalen. De zelfverwijzers met eerstelijnsproblematiek op spoed vormen daarom een belangrijke doelgroep in de reorganisatie van acute, niet-planbare zorg.

Internationaal pleit men meer naar een samenwerkingsvorm tussen de spoeddienst en de huisartsenwachtpost op eenzelfde site, de zogenaamde co-locatie van beide organisaties, voor optimale acute ongeplande zorg buiten de praktijkuren (5). Deze centra van acute ongeplande zorg creëren één gemeenschappelijke toegangspoort waarbij triage van de patiënt gebeurt op basis van de aard en urgentiegraad van de pathologie. De patiënt wordt dan doorverwezen naar spoed, de huisartsenwachtpost of de eigen huisarts tijdens de praktijkuren (Fig. 1). De voorwaarde van een dergelijke co-locatie is dat beide diensten zelfstandig werken met mogelijkheid tot overleg en onderlinge verwijzing, als voorbeeld van een meer geïntegreerde zorg (2,5). Het systeem van een nationaal uniek oproepnummer met triage wordt reeds gebruikt in enkele Europese landen. Ook in België lijkt een hervorming van urgente zorg door de eerstelijnszorg noodzakelijk.



Figuur 1: Organisatiemodel voor ongeplande acute zorg bij een co-locatie (2).

Het systeem van co-locatie, telefonische aanmelding en triage moet afgetoetst zijn en bevraagd worden bij de meest betrokken actoren. De mening van patiënten, urgentie- en huisartsen omtrent co-locatie en de praktische en organisatorische gevolgen is echter gering bevraagd in eerder onderzoek.

In deze masterproef wordt gekeken naar het standpunt van patiënten over de co-locatie van de spoeddienst en huisartsenwachtpost en de praktische implicaties ervan bij een niet-levensbedreigende medische hulpvraag buiten de reguliere werkuren van de huisarts.

Methoden

Onderzoeksvraag

In dit onderzoek beogen we volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: 'Zijn patiënten voor of tegen een co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst?'.

De uitkomstmaat van de bevraging was de mening van patiënten uit drie verschillende zorgregio's te Vlaanderen omtrent een co-locatie en de implicaties ervan. Hierin wordt een onderscheid gemaakt in verschillende aspecten van de triage, nl. telefonische aanmelding, triage naar huisartsenwachtpost, spoed of eigen huisarts en meer praktische gevolgen zoals meer beschikbaarheid tot technische onderzoeken en inclusie van de apotheek van wacht op de co-locatiesite.

Literatuuronderzoek

Het eerste deel van deze masterproef omvat het onderzoek naar literatuur met betrekking tot een co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. Publicaties van het KCE uit 2011 en 2016 dienden als basis omtrent de huidige situatie van acute ongeplande zorg en hervormingsvoorstellen in Vlaanderen (1,2). In PubMed (MEDLINE) werd gezocht naar artikels omtrent bestaande buitenlandse samenwerkingsvormen tussen spoeddiensten en eerstelijnszorg buiten de reguliere praktijkuren met MesH-termen 'general practice', 'general practitioners', 'emergency medical services', 'intersectoral collaboration', 'out-of-hours service', 'after-hours care' . Ook masterproeven huisartsgeneeskunde en management en beleid in de gezondheidszorg van Belgische universiteiten omtrent dit onderwerp werden geraadpleegd.

Veldstudie

Design

De studie is een cross-sectionele observationele studie die bestond uit een kwantitatief onderzoek door middel van een vragenlijst. In het origineel opzet zouden de bevindingen van deze vragenlijsten verder besproken worden in focusgroepen als kwalitatieve exploratie van de onderzoeksvragen. Gezien de grote respons op de vragenlijsten en de uitgebreide antwoorden bij de open vragen werd beslist deze focusgesprekken niet te organiseren.

Setting en deelnemers

Om een representatief beeld te krijgen over patiënten van verschillende zorgregio's heen werden vragenlijsten verspreid in huisartsenpraktijken te Leuven, Mol en Pelt en huisartsenwachtposten te Geel en Pelt. Ook op de spoeddienst van het Heilig Hart Ziekenhuis Leuven werden de vragenlijsten verdeeld. Aan patiënten werd gevraagd de vragenlijst anoniem en zelfstandig in te vullen en te

deponeren in een afgesloten doos. Inclusiecriteria waren dat patiënten woonachtig moesten zijn in Vlaanderen. Patiënten werden geëxcludeerd indien ze jonger waren dan 18 jaar, de vragenlijst zelf niet konden invullen of geen Nederlands begrijpen of spreken. Vragenlijsten konden worden ingevuld tussen 1 juli 2019 en 31 december 2019.

Dataverzameling

De vragenlijst werd opgesteld op basis van literatuuronderzoek over acute ongeplande zorg buiten de reguliere werkuren met focus op praktische gevolgen voor patiënten. Het systeem van co-locatie werd aan het begin van de vragenlijst kort toegelicht met de nadruk op verschillen met de huidige situatie. De vragenlijst was ingedeeld in 5 categorieën.

1. Algemene gegevens patiënten

Vooreerst werd leeftijd, geslacht en woonplaats van de patiënt bevraagd. De nood aan medische hulp gedurende het afgelopen jaar werd in kaart gebracht a.d.h.v. het aantal bezoeken bij de huisarts, huisarts van wacht of spoeddienst. Er werd gepeild naar situering van de huisarts van wacht tijdens het weekend en er werd bevraagd of bezoek aan de spoeddienst op verwijzing van een huisarts gebeurde.

2. Telefonische aanmelding

Telefonische triage bij een systeem co-locatie werd toegelicht. Er werd gevraagd of patiënten telefonische triage door een operator dan wel huisarts van wacht verkozen en of ze zich er veilig bij zouden voelen indien de operator/huisarts van wacht inschatte dat hun medisch probleem kon wachten tot de reguliere werkuren bij de eigen huisarts. Aansluitend konden voor- en nadelen van telefonisch advies door de huisarts van wacht aangegeven worden.

3. Triage naar spoed, huisarts van wacht of eigen huisarts

Eenmaal de operator of huisarts van wacht een inschatting maakt dat de patiënt doorverwezen moet worden, werd gevraagd of men de gemaakte doorverwijzing zou vertrouwen en het advies zou opvolgen, indien ze niet akkoord waren met de gemaakte doorverwijzing. Ook de limitatie van vrije keuze voor hulpverlener en de implicatie voor de wachttijd op de spoeddienst werd toegelicht en bevraagd. Ten slotte werd de voorkeur voor doorverwijzing naar de juiste hulpverlener bevraagd.

4. Technische onderzoeken

De verhoogde mogelijkheid tot technische onderzoeken door de huisarts van wacht bij een co-locatie werd aangehaald. De voorkeur van patiënten voor hulpverlener bij klachten over beenderen/spieren en een snijwonde werd bevraagd. Vervolgens werd nagegaan of patiënten vertrouwen hebben in de aanvraag en beoordeling van technische onderzoeken door de huisarts.

5. Co-locatie

In het laatste onderdeel van de vragenlijst werd de mening over het systeem van co-locatie in het algemeen bevraagd, zonder te focussen op de deelaspecten daarvan. In vrije tekst konden patiënten hun mening kwijt over welke voor- en nadelen men ziet. Ook de manier van betalen en het nut van een apotheek van wacht op dezelfde site kwamen aan bod.

De vragenlijst was opgesteld in Nederlands en bestond uit 27 vragen (Bijlage I). De vragen waren geformuleerd als ja/nee vragen, open vragen of stellingen die beantwoord konden worden met een Likert-schaal (“helemaal eens”, “eens”, “oneens”, “helemaal oneens”).

Dataverzameling en -analyse

Gegevens werden verzameld in Microsoft Excel 2016. Betreffende regio werden patiënten ingedeeld naar een stedelijke regio (Leuven), half-stedelijke regio (Mol, Geel) of landelijk (Pelt). Voor de open vragen werden antwoorden uit het vrij tekstvak post-hoc manueel gegroepeerd volgens de grounded theory approach in samenhangende clusters.

Voor de uni- en bivariaat analyse werd Microsoft Excel gebruikt. Multivariaat analyse werd door BS uitgevoerd met behulp van SAS. Er werden drie multivariate logistische regressies uitgevoerd met 'spectrum voorstander van co-locatie' als afhankelijke variabele. In deze analyses werd 'voorstander co-locatie' ten op zichte van demografische gegevens (leeftijd, geslacht, woonzorg locatie en regio), telefonische aanmelding en triage bekeken. Er werd nagegaan of leeftijd als onafhankelijke variabele een invloed had op de odds ratio voor het spectrum 'voorkeur arts vs. operator voor telefonische aanmelding', 'vertrouwen in huisarts van wacht bij inschatten medisch probleem', 'vertrouwen in operator bij inschatten medisch probleem', 'telefonisch advies volstaat indien mogelijk', 'vertrouwen in doorverwijzing door operator' en 'opvolgen advies van operator indien geen juiste doorverwijzing'. Odds ratio's werden verkregen door het exponentiëren van de logaritmische odds ratio's. Het 95% betrouwbaarheidsinterval werd berekend aan de hand van 'log odds ratio' ± 1,96 x standard error.

Ethische commissie

De studie werd gunstig advies verleend door de 'Onderwijs- en BegeleidingsCommissie voor ethische goedkeuring van masterproeven van de Groep Biomedische Wetenschappen' (MP009864; Bijlage II en III).

Resultaten

1. Algemene gegevens patiënten

De vragenlijst werd ingevuld door 404 patiënten verdeeld over 117 (29,0%), 179 (44,3%) en 108 (26,7%) patiënten uit zorgregio's van respectievelijk landelijk, half-stedelijk en stedelijk gebied. Vragenlijsten werden voornamelijk ingevuld bij de huisarts (74,3%, n=300) en in mindere mate op de wachtpost (18,8%, n=76) en spoeddienst (6,9%, n=28) (Tabel 1).

Vrouwen vormden de meerderheid (74,8%, n=302) van de respondenten, in tegenstelling tot mannen (24,8%, n=100) en genderneutrale personen (0,2%, n=1). De respondenten waren gemiddeld 46 ± 17 jaar. De jongste en oudste patiënt waren respectievelijk 18 en 91 jaar. In het afgelopen jaar bezochten deze patiënten gemiddeld 5,5 ± 4,6 keer de huisarts, 0,7 ± 1,3 keer de huisarts van wacht en 0,5 ± 1 keer de spoeddienst, met 28,3% van de bezoeken aan spoed op doorverwijzing van de huisarts. De huisarts van wacht situeerde zich tijdens het weekend, volgens de deelnemers, met voorname in een huisartsenwachtpost afzonderlijk van de spoeddienst (77,5%, n=313). Er is een beduidend mindere situering van de huisarts van wacht in een eigen huisartsenpraktijk, op co-locatie, via het systeem 1733 of een combinatie van de voorgaande. Voor een groot aantal patiënten is de situering van de huisarts van wacht niet gekend (15,3%, n=62).

Tabel 1: Algemene gegevens van deelnemers.

	n(%)		n(%)		n(%)
Leeftijd (jaar)		**Bezoek afgelopen jaar**		**Situering huisarts van wacht**	
18-30	90 (22,3)	Huisarts		In eigen huisartsenpraktijk	7 (1,7)
31-45	125 (30,9)	0	13 (3,2)	Huisartsenwachtpost	317 (78,5)
46-65	136 (33,7)	1-4	199 (49,3)	Afzonderlijk van spoed	313 (77,5)
65+	53 (13,1)	≥5	189 (46,8)	Samen met spoed	4 (1,0)
Zorgregio		Geen antwoord	3 (0,7)	Via 1733	5 (1,2)
Landelijk	117 (29,0)	Huisarts van wacht		Combinatie	4 (1,0)
Huisarts	71 (17,6)	0	255 (63,1)	Eigen huisartsenpraktijk, huisartsenwachtpost	2 (0,5)
Wachtpost	46 (11,4)	1	84 (20,8)	1733, huisartsenwachtpost	2 (0,5)
Half-stedelijk	179 (44,3)	>1	65 (16,1)	Weet het niet	62 (15,3)
Huisarts	149 (36,9)	Spoed		Geen antwoord	9 (2,2)
Wachtpost	30 (19,8)	0	268 (66,3)		
Stedelijk	108 (26,7)	1	102 (25,2)		
Huisarts	80 (19,8)	>1	34 (8,4)		
Spoeddienst	28 (6,9)				

2. Telefonische aanmelding

Bij telefonische triage verkiest het merendeel (n=237; 58,7%) van de patiënten rechtstreeks een dokter aan de lijn te krijgen ten op zichte van 40,1% (n=162) die ook tevreden was met een operator die de aard en ernst van de hulpvraag inschat volgens gespecialiseerde richtlijnen (Bijlage IIII, Tabel 4). Indien men belt voor een inlichting over een medisch probleem en de huisarts van wacht telefonisch advies geeft, stelt 90,8% (n=367) van de deelnemers dat dit telefonisch advies, zonder fysieke consultatie, volstaat.

80,9% (n=327) oordeelt dat de inschatting 'verwijzing naar eigen huisarts tijdens de reguliere uren' betrouwbaar is als dit gegeven wordt door de huisarts van wacht, in tegenstelling tot 57,9% (n=234) wanneer een operator dit inschatte volgens de gestandaardiseerde protocollen.

Het grootste voordeel van een telefonische aanmelding en advies door de huisarts van wacht is volgens patiënten het feit dat ze sneller geholpen zouden zijn dan op een fysieke locatie (26,7%, n=108) (Tabel 2). Verder biedt rechtstreeks telefonisch contact hen een platform voor geruststelling (18,3%, n=74) en voor korte vragen of telefonisch advies (12,9%, n=52). Een vijfde van de deelnemers (20,5%, n=83)

geeft ten slotte aan dat telefonische aanmelding voordelig is voor het beperken van onnodige verplaatsingen.

De toename in risico op foute inschatting door telefonische aanmelding zag men als voornaamste nadeel, door het gebrek aan klinisch onderzoek (30,4%, n=123), het (gebrek aan) nauwkeurig en volledig inschatten van symptomen door de patiënt zelf (12,4%, n=50) en de afwezigheid van kennis over voorgeschiedenis en medicatie (8,7%, n=35).

Tabel 2: Voor- en nadelen van telefonisch advies door de huisarts van wacht.

	n(%)		n(%)
Voordelen		**Nadelen**	
Tijd tot medische zorg		Foute medische inschatting mogelijk	
Sneller geholpen	108 (26,7)	Afwezigheid fysiek contact/klinisch onderzoek	123 (30,4)
24/7 beschikbaar	8 (2,0)	Afwezigheid kennis van voorgeschiedenis/dossier	35 (8,7)
Telefonisch contact met arts		Anamnese o.b.v. uitleg patiënt	50 (12,4)
Geruststelling	74 (18,3)	Anamnese met taal- of hoorproblemen	4 (1,0)
Korte vragen/telefonisch advies	52 (12,9)	Niet gespecifieerd	18 (4,5)
Eerste inschatting door arts	12 (3,0)		
Praktische voordelen		Minder gerust gevoel	25 (6,2)
Geen (onnodige) verplaatsing	83 (20,5)	Lange wachttijd/drukte	11 (2,7)
Kostenbesparend voor patiënt	17 (4,2)	Geen voorschriften/afwezigheidsattest	10 (2,5)
Ontlasting huisartsenwachtpost en spoed	2 (0,5)	Verantwoordelijkheid	1 (0,2)
Andere	7 (1,7)	Andere	8 (2,0)
Ziet geen voordeel	13 (3,2)	Ziet geen nadeel	7 (1,7)
Geen antwoord	118 (29,2)	Geen antwoord	158 (39,1)

3. Triage naar spoed, huisarts van wacht of eigen huisarts

Indien de operator beslist dat de hulpvraag van de patiënt niet kan wachten tot de volgende dag wordt hij/zij doorverwezen naar de spoeddienst of huisarts van wacht. Er werd benadrukt dat het uit handen nemen van de vrije keuze voor hulpverlener zorgt voor “de juiste patiënt op de juiste plaats”. Na deze toelichting was 86,4% (n=349) van de patiënten overtuigd dat een getrainde operator met gestandaardiseerde protocollen en richtlijnen hen adequaat naar de juiste hulpverlener kon verwijzen (Bijlage IIII, Tabel 5). Toch zou slechts 26,2% (n=106) het advies van de operator ook daadwerkelijk opvolgen indien het niet met hun eigen mening overeenstemde.

Een gevolg van een co-locatie is dat patiënten niet meer rechtstreeks naar de huisarts van wacht of de spoeddienst kunnen zonder de telefonische triage te doorlopen. De meerderheid van patiënten gingen hiermee akkoord wanneer dit zorgt voor kortere wachttijden, zowel voor de huisarts van wacht (60,9%, n=246) als op de spoeddienst (71,5%, n=289). Indien patiënten zich toch op eigen initiatief naar een van beide diensten begeven zal er desondanks triage plaats vinden. Er is ook in dat geval geen keuze van de vrije keuze van hulpverlener, waarmee 65,6% (n=265) van de patiënten akkoord ging.

Patiënten verkozen naar de juiste hulpverlener te worden gestuurd ter plaatse op de co-locatie (41,3%, n=167) of telefonisch (40,6%, n=164). Een kleiner aandeel van de patiënten (23,3%, n=94) koos toch liever nog zelf of ze naar de wachtpost of de spoeddienst gaan.

4. Technische onderzoeken

Een co-locatie zou idealiter een mogelijkheid bieden dat zowel de huisarts van wacht als spoedarts toegang hebben tot de courante technische onderzoeken op de spoeddienst (labo, radiologie, …). Aan patiënten werd gevraagd naar welke hulpverlener hun voorkeur uit ging bij problemen van botten/spieren (bv. inversietrauma) en snijwonden indien beide specialismen bovenstaande technische onderzoeken ter beschikking hebben.

Zowel bij problemen van botten en spieren als bij problemen van snijwonden ging de voorkeur uit naar de huisartsenwachtpost, met respectievelijk 76,0% (n=307) en 75,7% (n=306), tegenover respectievelijk 21,3% (n=86) en 21,3% (n=86) voor de spoeddienst (Bijlage IIII, Tabel 6).

Het vertrouwen in de aanvraag en beoordeling van technische onderzoeken en labowaarden door de huisarts (van wacht) was groot. 87,4% (=353) van de patiënten verwacht dat de huisarts van wacht zelf adequaat het technisch onderzoek kan inschatten zonder overleg met een specialist of doorverwijzing naar spoed.

5. Co-locatie

Omtrent de betaling bleek de helft van de patiënten (53,7%, n=217) direct te willen afrekenen, terwijl 42,6% (n=172) achteraf wenste te betalen via facturatie. Volgens een kleine minderheid van de deelnemers (4,5%, n=18) zou acute, niet-geplande zorg een gratis dienst moeten zijn. De deelnemers zijn voorstander (85,9%, n=354) van inclusie van de apotheek van wacht op de site van de co-locatie. Slechts 1,0% (n=4) was negatief en 11,4% (n=46) had geen mening over de apotheek van wacht.

In het algemeen zijn ongeveer 8 op 10 deelnemers (82,7%, n=334) voorstander van de co-locatie versus 1 op 10 tegen (9,2%, n=37). Een opvallend aantal bleef blanco (8,2%, n=33) (Tabel 3). Voordelen volgens patiënten waren het feit dat je sneller geholpen wordt dan in het huidige systeem (25,7%, n=104) en de verplaatsing naar slechts één locatie (25,5%, n=103). De juiste patiënt op de juiste plaats (13,4%, n=54) en meer mogelijkheid tot overleg tussen de verschillende disciplines (7,2%, n=29) zag de patiënt ook nog als voordeel. Belangrijke nadelen werden bij deze vraag weinig gegeven. De aangehaalde nadelen waren de angst voor een grotere afstand tot de co-locatie (4,7%, n=19) en angst voor langere wachttijden bij de wachtpost (4,7%, n=19).

Tabel 3: Mening en voor- en nadelen van een co-locatie volgens patiënten.

	n(%)		n(%)		n(%)
Mening co-locatie		Voordelen		Nadelen	
Helemaal eens	90 (22,3)	Sneller geholpen	104 (25,7)	Mogelijk grotere verplaatsing	19 (4,7)
Eens	244 (60,4)	Verplaatsing naar 1 locatie	103 (25,5)	Parking/transport probleem	3 (0,7)
Oneens	31 (7,7)	Juiste patiënt op juiste plaats	54 (13,4)	Langere wachttijd	19 (4,7)
Helemaal oneens	6 (1,5)	Meer multi- en interdisciplinair	29 (7,2)	Andere	41 (10,2)
Geen antwoord	33 (8,2)	Professionele setting bij elkaar (RX, labo)	18 (4,5)		

Zowel vrouwen als mannen waren duidelijk positief voor een co-locatie, met respectievelijk 83,1% (n = 251) en 79,0% (n = 79) voorstanders. Multivariaat analyse bevestigde dat geslacht geen invloed heeft op het standpunt omtrent co-locatie (F = 1,54; p = 0,20). Ook de leeftijd van de deelnemers bleek geen beïnvloedende factor (F = 0,01; p = 0,93) te zijn. Er werden gelijkaardige percentages gezien voor de leeftijdscategorieën 18 tot 30 jaar (83,3%, n = 75), 31 tot 45 jaar (84,8%, n = 106), 46 tot 65 jaar (79,4%, n = 108) en 65-plussers (79,2%, n = 42). Hoewel de regio van de wachtpost volgens de multivariaat analyse geen factor was voor het al dan niet voorstander zijn (F = 1,31; p = 0,27) zijn er meer voorstanders terug te vinden in half- (82,1%, n = 147) en stedelijke (87,0%, n = 94) gebieden dan in landelijke regio's (75,2%, n = 88). De woonplaats van de deelnemer heeft geen invloed op het standpunt (F=0,83; p=0,55).

Er waren minder voorstanders voor co-locatie bij de patiënten die de huisarts het afgelopen jaar niet bezochten (76,9%, n = 10) dan bij patiënten die één tot vier keer (84,1%, n = 164) of 5 keer of meer (82,0%, n = 155) naar de huisarts gingen. Patiënten die de huisarts van wacht niet (47,5%, n = 121) of één keer (42,9%, n = 36) bezochten waren duidelijk minder voorstander voor co-locatie dan patiënten die meer dan één keer (72,3%, n = 47) de huisarts van wacht raadpleegden. Van patiënten die het afgelopen jaar niet naar de spoed gingen was 84,3% (n = 226) voorstander van een co-locatie. Indien men een of meerdere keren de spoeddienst het afgelopen jaar bezocht, telkens zonder doorverwijzing van de huisarts, waren drie op vier (77,4%, n = 72) voorstander van een co-locatie. Patiënten die enkel spoed bezochten na doorverwijzing waren duidelijk voorstander (90,9%, n = 30) van een co-locatie.

Er werd nagegaan of er een verband was tussen deelnemers die het eens waren met aspecten van telefonische triage en hun mening over een co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst (Bijlage IIII, Tabel 7). Deelnemers die eerder rechtstreeks een dokter aan de lijn willen in plaats van een operator waren minder (OR = 0,93 (95% CI 0,88 – 0,96); p < 0.05) voorstander van een co-locatie. Bij telefonische aanmelding genieten jongere respondenten eerder de voorkeur voor operator, terwijl dit met een toenemende leeftijd verandert naar de huisarts van wacht (OR = 0,98 (95% CI 0,98 – 0,99); p < 0,0001). Indien men van mening was dat telefonisch advies door de huisarts van wacht zou volstaan, dan is er 25% meer kans (OR = 1,25 (95% CI 1,14 – 1,38); p <0,0001) om ook voorstander te zijn van een co-locatie.

Deelnemers die de operator vertrouwen in het maken van een juiste doorverwijzing waren 20% (OR = 1,20 (95% CI 1,09 – 1,32); p < 0,001) meer waarschijnlijk voorstander van een co-locatie. Desondanks zouden personen die eerder akkoord gingen met de stelling 'bij een onjuiste doorverwijzing volg ik toch het advies op van de operator' minder (OR = 0,91 (95% CI 0,84 – 0,98); p < 0,05) voor een co-locatie zijn. Indien men het eens was dat de spoeddienst niet meer vrij toegankelijk zou zijn en de vrije keuze voor hulpverlener verdwijnt, was het respectievelijk 25% (OR = 1,25 (95% CI 1,15 – 1,37); p < 0,0001) en 11% (OR = 1,11 (95% CI 1,01 – 1,22); p < 0,05) meer waarschijnlijk dat men positief was over de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst.

Discussie

Men pleit voor een co-locatie van de spoeddienst en huisartsenwachtpost, een samenwerkingsvorm tussen beide organisaties op eenzelfde site, als optimaal systeem voor acute ongeplande zorg buiten de praktijkuren. Deze centra creëren één gemeenschappelijke triage waar patiënten, in functie van de aard en de urgentiegraad van de pathologie, worden doorverwezen naar spoed, de huisartsenwachtpost of de eigen huisarts tijdens de praktijkuren. Het doel van deze masterproef is het bevragen van het standpunt van patiënten omtrent de co-locatie van de spoeddienst en huisartsenwachtpost bij een niet-levensbedreigende medische hulpvraag buiten de reguliere werkuren van de huisarts.

Bespreking van de resultaten

Het veldonderzoek toont aan dat patiënten duidelijk voorstander (82,7%) zijn van een co-locatie van de huisartsenwachtpost en de spoeddienst op eenzelfde site. Geslacht, leeftijd en woonzorgregio spelen hierbij geen rol. De voornaamste argumenten voor een co-locatie zijn het zich verplaatsen naar slechts één locatie en de mogelijks verkorte tijd tot behandeling. Vooral patiënten met een medische hulpvraag bij de huisarts (van wacht) het afgelopen jaar bleken voorstander te zijn voor co-locatie, terwijl dit minder het geval was voor zij die de huisarts (van wacht) niet bezochten.

Triage als verwijzing naar de juiste hulpverlening

In het systeem van co-locatie verkiest men evenredig voor fysieke triage (41,3%) en telefonische triage (40,6%) al. Een significant deel van de patiëntenpopulatie (23,3%) verkiest echter nog steeds zelf de keuze voor de huisartsenwachtpost of spoeddienst te maken. Nochtans is verwijzing naar de meest passende zorgverlening door één telefonische toegangspoort een effectieve optie in het verminderen van de werkbelasting van huisartsen en van ongepast gebruik van de spoeddienst (9). Voor telefonische triage verkiezen patiënten rechtstreeks een dokter aan de lijn te krijgen (58,7%) in plaats van een operator die de aard en ernst van de hulpvraag inschat volgens geïntegreerde regulatieprotocollen (40,1%). Opvallend is dat jongere respondenten de voorkeur geven aan een operator en dit verandert met toenemende leeftijd naar de huisarts van wacht.

Triage door operator

Het merendeel van de patiënten (86,4%) is echter wel overtuigd dat een getrainde operator hen adequaat naar de juiste hulpverlening kan verwijzen. Deelnemers die de operator vertrouwen in het maken van een juiste doorverwijzing waren vaker voorstander van een co-locatie. Nochtans is er minder vertrouwen in de inschatting van de operator als deze oordeelt dat het probleem kan wachten tot de reguliere uren van de huisarts. Ook zou slechts één op vier patiënten het advies van de operator opvolgen indien het niet met hun eigen mening overeenstemt. Andere ervaringen van patiënten uit het 1733-pilootproject in België zijn echter geruststellend: daar was 92,8% het eens met de door de operator gemaakte doorverwijzing en zou 89,3% het advies ook daadwerkelijk opvolgen (10,11). Ook in andere landen werd een hoge tevredenheid en compliantiegraad tot de gemaakte doorverwijzing waargenomen met respectievelijk, 56% tot 98% tevredenheid en 55% tot 97% compliantie (5,12). Evenwel merkt een literatuurreview op dat de compliantie afhankelijk is van het gemaakte advies. Zo volgt men het advies meer op indien men aan thuiszorg kan doen of zich moet wenden tot de spoeddienst, dan wanneer het advies aanbeveelt om contact op te nemen met de huisarts tijdens de regulieren werkuren. Verder blijkt ook de kwaliteit van de communicatie met de operator een

beïnvloedende factor in het opvolgen van het advies en is het belangrijk dat de operator een paramedische achtergrond heeft (13).

Triage en advies door huisarts van wacht

De overgrote meerderheid van de patiënten ziet voordelen van telefonische aanmelding en advies door de huisarts van wacht en stelt dat telefonisch advies in bepaalde gevallen kan volstaan. Voornamelijk de mogelijkheid tot snellere hulpverlening en het vermijden van onnodige verplaatsingen naar de spoeddienst of huisartsenwachtpost blijken belangrijke voordelen. Het platform biedt hen bovendien mogelijkheid tot het stellen van korte vragen of verkrijgen van telefonisch advies wat hen geruststelling kan bieden. De situatie in Denemarken en verschillende studies bevestigen dat patiënten bij telefonische consultatie met een huisarts de snelle respons en het advies waarderen, gerustgesteld worden en minder het gevoel hadden dat ze de tijd van de arts verspillen (1).

Het meest gerapporteerde nadeel van telefonisch advies is volgens onze bevraagde patiënten het risico op inschattingsfouten. Klinisch onderzoek is immers niet mogelijk en de kennis van voorgeschiedenis en medicatie ontbreekt. Bovendien geeft één op tien patiënten aan dat het moeilijk is voor patiënten om symptomen nauwkeurig, volledig en naar belangrijkheid in te schatten. Dit vermeende risico op inschattingsfouten werd echter niet hard gemaakt in vorig onderzoek(12).

Tevredenheid en veiligheid telefonische triage

Eerder onderzoek toont aan dat het patiëntencomfort en de –tevredenheid verhoogt met telefonische triage en advies (12). Ontevredenheid over dit aspect van co-locatie werd vooral gelinkt aan het feit dat de patiënt zijn verwachtingen niet beantwoord ziet (4). Anderzijds stelde men weinig neveneffecten, medische fouten, ongeplande hospitalisaties of spoedbezoeken vast na telefonische triage en consultatie (12). Evenwel blijkt uit Belgisch onderzoek dat meer veiligheidsproblemen kunnen voorkomen als niet-klinisch getraind personeel de telefonische triage uitvoert. Het KCE benadrukte daarom in zijn laatste rapport dat clinici betrokken moeten worden bij de behandeling van oproepen: ze beantwoorden de telefoon zelf of moeten ten minste een back-up vormen voor de personen die oproepen behandelen om de veiligheid ervan te kunnen vrijwaren(2).

Co-locatie: hulpverlening op één site

Spoeddienst, huisartsenwachtpost en apotheek van wacht op één locatie

De fysieke samensmelting van de huisartsenwachtpost en spoeddienst blijkt een belangrijk voordeel voor patiënten. Eerder onderzoek toont aan dat huisartsenwachtposten kampen met een probleem van herkenbaarheid, toegankelijkheid en bereikbaarheid. Het is een algemeen gegeven dat spoeddiensten veel beter gekend zijn dan de recent opgerichte huisartsenwachtposten. Bovendien zijn huisartsenwachtpost maar beperkt en variabel open terwijl spoeddiensten doorlopend toegankelijk zijn(9,14). Ook de locatie en bereikbaarheid van de huisartsenwachtpost is voor veel patiënten ongekend, bevestigd in dit onderzoek met nog steeds 1 op 10 patiënten die de locatie van de huisarts van wacht niet kent(9,10). Deze problematiek draagt bij tot 'ongepaste' spoedcontacten bij een acute ongeplande zorgvraag. De bevraagde patiënten in dit onderzoek zien de fysieke samensmelting bij een co-locatie dan ook als gunstig voor de herkenbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsenwachtpost. Toch geven veel patiënten aan dat het samensmelten van wachtpost en spoedgevallen, en dus een verhuis van de huisartsenwachtpost naar de site van het ziekenhuis, kan leiden tot een grotere fysieke afstand tot hulpverlening. Ook het verminderen van het aantal huisartsenwachtposten brengt

onvermijdelijk een verminderde densiteit aan wachtposten met zich mee. In eerder onderzoek werd reeds aangetoond dat de afstand tot hulpverlening een bepalende factor is in de keuze van hulpverlening(10).
De inclusie van de apotheek van wacht op de co-locatie site vinden patiënten ten slotte een grote meerwaarde in het optimaliseren van de toegankelijkheid en bereikbaarheid van medische hulp tijdens de wachturen.

Kortere wachttijd

De meerderheid van de patiënten denkt dat de wachttijd tot klinisch onderzoek en behandeling zal dalen in het nieuwe systeem. Triage verwijst immers patiënten door op basis van aard en urgentie van de pathologie en zorgt voor de juiste patiënt op de juiste plaats. De tijd van aanmelding tot eerste contact met een arts (wachttijd) bleek echter niet significant verschillend in een co-locatie site in Zwitserland. Toch bevestigt eerder onderzoek wel dat het totale tijdsbestek van 'aanmelding-tot-ontslag' korter is op sites waarbij er een co-locatie is van de spoeddienst en huisartsenwachtpost. Zowel in Nederlands als Zwitsers onderzoek was er na implementatie van een triagesysteem en co-locatie een vermindering van respectievelijk 26% en 50% in de tijd van aanmelding tot ontslag (15). Vermoedelijk zorgt triage en co-locatie ook voor een aanpassing in de patiëntenstroom van spoed naar de huisartsenwachtpost. Dat vermindert de drukte op de spoeddienst en kan zorgen voor een kortere wachttijd aldaar.

Interdisciplinair overleg en techniciteiten

Patiënten zien voordeel in de extra mogelijkheid tot technische onderzoeken door de huisarts van wacht en multi- en interdisciplinair overleg in geval van een co-locatie. Zowel in het geval van musculoskeletale problemen als snijwonden verkoos, respectievelijk, 76,0% en 75,7% behandeling in de huisartsenwachtpost. Het merendeel (87,4%) heeft ook vertrouwen in de aanvraag en beoordeling van het technisch onderzoek door de huisarts van wacht. Dit is een belangrijke bevinding gezien eerder onderzoek veelvuldig vaststelde dat traumata en wonden de voornaamste aanmeldingsklachten op de spoeddienst zijn, met de hoogste incidentie tijdens de avonduren en het weekend(16–19). Bovendien blijkt het vermoeden of de overtuiging van de patiënt dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is, zoals medische beeldvorming, een belangrijke reden om zich tot de spoeddienst te wenden (15,20). In dat opzicht zou directe toegang tot meer diagnostische faciliteiten en meer behandeling van laagcomplexe of niet-urgente zorg door de huisarts van wacht het aantal spoedbezoeken kunnen verlichten (21). Eerder onderzoek gaf bovendien aan dat het merendeel van de huisartsen ook tijdens de wachturen directe toegang tot medische beeldvorming wenst (22).

Werkbelasting spoeddienst en huisartsenwachtpost bij co-locatie

Minder zelfverwijzers op spoed

Het groter aanbod aan technische onderzoeken en ruimten kan vooral voordeel bieden in de diagnostiek en behandeling van patiënten die zich op eigen initiatief, zonder voorafgaande klinische beoordeling van een zorgverlener, wenden tot spoed. In de meeste gevallen komen deze zogenaamde zelfverwijzers met trauma-gerelateerde klachten met een sterke verwachting naar bijkomende testen of beeldvorming (6). De extra mogelijkheid tot technische onderzoeken en ruimten kan sterk het aantal spoedbezoeken van zelfverwijzers verminderen wanneer deze opgevangen worden door de huisartsenwachtpost(3).

Algemene werkbelasting

De algemene impact van een co-locatie op de werkbelasting van de spoeddienst is tegenstrijdig in de literatuur. Studies uit Nederland en Zwitserland zagen het potentieel van een co-locatie om het aantal spoedbezoeken te verminderen(23,24). Patiënten met niet-urgente en milde traumaproblematiek blijken zich immers meer naar de huisartsenwachtpost te begeven op sites van een co-locatie dan naar de spoeddienst(23). Nochtans wordt er ook een omgekeerd effect waargenomen. Onderzoeken uit Groot-Brittannië, Ierland en Denemarken stelden namelijk vast dat de spoedcontacten toenamen na introductie van een co-locatiepost. In België werd eveneens geen afname van de spoedcontacten waargenomen. De werkbelasting voor huisartsen (van wacht) verschilde wel door de verschuiving van huisbezoeken naar consultaties(25). Belangrijk in dit laatste onderzoek is dat er geen toegangspoort-principe was waardoor patiënten zelf konden kiezen voor spoed en huisartsenwachtpost en toegang tot medische zorg niet geweigerd kon worden. Logischerwijs kon men in dit geval nog steeds de spoeddienst als eerste plaats voor hulpverlening kiezen en is een effect van co-locatie (met triage) alsnog niet meegenomen in dit onderzoek. Ten slotte werd in het afgelopen decennium ook een toenemend aantal aanmeldingen op spoed vastgesteld(2,5).

Tevredenheid co-locatie

Uit dit onderzoek blijkt dat het merendeel van de patiënten (82,7%) voorstander is van een co-locatie wanneer het principe uitgelegd wordt via een vragenlijst. Er is weinig evidentie beschikbaar over patiëntentevredenheid van effectief geïmplementeerde co-locaties. In een beschrijvende review werd in één onderzoek een significant hogere tevredenheid gevonden in de groep die in het systeem van co-locatie terecht kwam(15). Vier andere onderzoeken konden dit gegeven echter niet bevestigen en observeerden geen verschil in patiëntentevredenheid tussen de normale zorg op de spoeddienst en die waar er sprake was van een co-locatie(20,26–28).

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Vooreerst zorgde de samenwerking tussen drie masterproeven voor een vergelijking tussen de mening van patiënten en de mening van zorgverleners. Dit is een vrij uniek project binnen de Belgische zorg buiten kantooruren. Bovendien komen discussies en initiatieven omtrent niet-planbare zorg steeds meer aan bod in de media. Ook onder artsen en beleidvoerders is het steeds meer een centraal thema.

In de bevraging van de patiënten werd een grote respons behaald. Er was een goede vertegenwoordiging van de verschillende leeftijdscategorieën en een goede geografische spreiding van de verschillende zorgregio's, waardoor de bevraagde patiëntenpopulatie representatief is voor interpretatie van de resultaten. Om de toegankelijkheid hoog te maken werd gekozen voor een papieren enquête. Op die manier werden geen patiënten uitgesloten die geen tablet of laptop ter beschikking hebben zoals in het geval van een elektronische vragenlijst. De vragenlijst bestond uit een combinatie van gesloten en open vragen. De vrije antwoorden op de open vragen werden via de grounded theorie approach geanalyseerd en resulteerden in heel waardevolle informatie voor de studie. Tot slot werd de vragenlijst zo opgesteld dat deze het principe van co-locatie van begin tot einde bevraagde, met zowel aspecten van (telefonische) triage als de behandeling op locatie. Hierdoor kreeg de patiënt een totaalbeeld van het principe van co-locatie met antwoorden die dus ook van toepassing zijn op de hele organisatie van de co-locatie.

Het veldonderzoek kent ook enkele zwaktes. De vragenlijst werd opgesteld op basis van informatie en aannames uit voorafgaand onderzoek. Analyses en conclusies kunnen hierdoor beïnvloed zijn door bevestigingsbias. De vragenlijst zelf werd vooral door vrouwen (75%) ingevuld waardoor aannames met betrekking tot verschillende geslachten beperkt zijn. De vragenlijst werd bovendien vooral ingevuld bij de huisarts maar minder in de wachtpost en spoed. Hierdoor zouden de uitkomsten mogelijk minder representatief zijn voor de populatie die de spoedgevallen of de huisartsenwachtpost bezoekt dan deze die de huisarts bezoekt. De vragenlijst lag ter beschikking in de wachtkamer en daardoor bestaat het risico dat enkel meer gemotiveerde personen met meer interesse voor onderzoek, vernieuwing en reorganisatie deze vragenlijst invulden. Er werd ook geen onderscheid gemaakt in de bevraging of de deelnemer de vragenlijst invulde voor de zichzelf of voor personen die hij/zij zou begeleiden naar dringende hulpverlening (kinderen of ouders). In eerder onderzoek blijkt dat net die groepen met begeleiding meer de spoeddienst bezoeken en mogelijks kan een antwoord van hun begeleiders aldus een vertekend beeld geven. Indien men het advies van de operator niet zou opvolgen werd niet verder bevraagd in welke richting men dat zou doen. Het is onduidelijk of patiënten hun probleem als urgenter beschouwen en liever naar spoed zouden gaan, of dat ze net de lange wachttijd op spoed willen vermijden en daardoor meer naar de huisartsenwachtpost zouden gaan.

Implicaties voor de praktijk en verder onderzoek

In het algemeen stellen we dat de ruime meerderheid van de patiënten positief staat tegenover de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. Ook blijkt uit deze bevraging dat patiënten voornamelijk de beperking tot eenzelfde locatie en tijd tot onderzoek en behandeling belangrijk vinden en als voordeel van de co-locatie zien. In de telefonische triage geven patiënten een voorkeur aan de huisarts van wacht, eerder dan de operator. Er is evenwel angst voor een inschattingsfout via telefonische triage en advies waardoor een aandeel van de patiënten toch fysieke triage verkiest. Samenvattend kan gesteld worden dat een gedeeltelijke verplichting van toegangspoort tot eerstelijnshulp tijdens de wachturen voordeel kan bieden in het doorverwijzen van patiënten en verminderen van zelf-verwijzers op de spoeddienst.

Het is belangrijk dat meer onderzoek naar het standpunt en tevredenheid van patiënten ten aanzien van implementatie van het co-locatie systeem plaats vindt. Deze zaken kunnen geïntegreerd worden in het verder opzetten en optimaliseren van de hervorming van de eerstelijnszorg. Informatiecampagnes zijn noodzakelijk om het algemene publiek duidelijk te informeren over de veranderingen de urgente, niet-geplande zorg. Zowel eerder onderzoek als deze studie toont immers aan dat een deel van de patiënten nog steeds niet bekend is met alle opties van hulpverlening en dit zorgt voor een ongepast gebruik van de spoeddienst.

Conclusie

Eerder onderzoek toont aan dat de meerderheid van patiënten zich eerder aanbiedt op de spoeddienst dan de huisartsenwachtpost voor een acute, ongeplande zorgvraag. Ongepast gebruik, voornamelijk door zelfverwijzers, werd lang als knelpunt gezien voor het hoog aantal spoedcontacten. Uitbreiding van de eerstelijnszorg, implementering van telefonische en fysieke triage en co-locatie van de huisartsenwachtpost op eenzelfde site als de spoeddienst, bleek het uitgangspunt in de hervorming van urgentie, ongeplande zorg tijdens de wachturen volgens het meest recente KCE.

Dit onderzoek toont aan dat patiënten voorstander zijn van een co-locatie en zijn implicaties, ongeacht geslacht, leeftijd en woonzorgregio. De snellere hulpverlening, verplaatsing naar eenzelfde locatie en mogelijkheid tot extra technische onderzoeken door de huisarts van wacht blijken belangrijke voordelen voor patiënten in dit systeem. Bij implementatie van een co-locatie is het belangrijk dat patiënten duidelijk geïnformeerd worden over het triagesysteem en de verschillende mogelijkheden van hulpverlening bij een acute, ongeplande zorgvraag tijdens de wachturen.

Dankwoord

In de eerste plaats wensen wij onze promotor prof. dr. Schoenmakers Birgitte en co-promotor dr. Van Der Mullen Chris te bedanken voor hun begeleiding bij het maken van deze thesis.

Daarnaast wensen we ook de huisartsenwachtpost van Leuven, Mol en Pelt; net als de huisartsenpraktijken ‘Heiberg’, ‘Artsenpraktijk Mol’, ‘Medipelt’ en ‘Artsengroep Zorgpoort’ te bedanken voor het verspreiden van de vragenlijsten onder hun patiënten.

Ook een speciale bedanking aan alle medewerkers van de deelnemende huisartsenwachtkringen en ziekenhuizen voor het verspreiden van de vragenlijsten onder de artsen. In het bijzonder het Heilig Hart ziekenhuis te Leuven, waar we ook patiënten vragenlijsten in de wachtzaal van de spoedgevallen konden verspreiden. Tot slot danken wij nog Boeve Joren en Simoens Caroline voor hun hulp bij het verwerken van de resultaten en statistiek.

Een proces van twee jaar met drie individuen heeft voornamelijk tijd gekost die we met anderen hadden kunnen delen. Via deze weg willen we onze partners, familie en vrienden bedanken voor hun steun en wijze raad.

Referenties

1. Jonckheer D, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, Haezaert T, Vinck I, Lona M PD. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen?. Healtch Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 171A. 2011;

2. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C V de VC. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24. 2016;

3. Rutten M, Vrielink F, Smits M, Giesen P. Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency-care-access-points in the Netherlands. BMC Fam Pract. 2017 May 12;18(1).

4. Berchet C. Manage the Demand. OECD Heal Work Pap. 2015;(83):49.

5. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy (New York). 2016 Dec 1;120(12):1337–49.

6. Ghazali DA, Richard A, Chaudet A, Choquet C, Guericolas M, Casalino E. Profile and motivation of patients consulting in emergency departments while not requiring such a level of care. Int J Environ Res Public Health. 2019 Nov 2;16(22).

7. Lippens A, Buylaert W WS. Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost? 2011.

8. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Experience: The most critical factor in choosing after-hours medical care. Qual Saf Heal Care. 2010 Dec 1;19(6):e3–e3.

9. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Use of out-of-hours services: The patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. Vol. 68, Acta Clinica Belgica. Acta Clinica Belgica; 2013. p. 1–8.

10. P Joordens, J Maes, C Vandermullen BS. Huisartsenwachtpost of spoedgevallendienst: Hoe beslist de patiënt? Onderzoek van de invloed van omgevingsfactoren. 2019.

11. Denil J, Van de Weyer S, Van der Mullen C SB. Opvolging van het 1733-project: Patiëntentevredenheid. 2019.

12. Turner J, Coster J, Chambers D, Cantrell A, Phung V-H, Knowles E, et al. HEALTH SERVICES AND DELIVERY RESEARCH What evidence is there on the effectiveness of different models of delivering urgent care? A rapid review. 2015;3.

13. Purc-Stephenson RJ, Thrasher C. Patient compliance with telephone triage recommendations: A meta-analytic review.

14. Wheeler SQ, Greenberg ME, Mahlmeister L, Wolfe N. Safety of Clinical and Non-Clinical Decision Makers in Telephone Triage: A Narrative Review. Vol. 21, Journal of Telemedicine and Telecare. SAGE Publications Ltd; 2015. p. 305–22.

15. Boeke AJP, Van Randwijck-Jacobze ME, De Lange-Klerk EMS, Grol SM, Kramer MHH, Van Der

Horst HE. Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. Br J Gen Pract. 2010 Oct;60(579).

16. Maes J, Van Der Mullen C SB. Help, huisarts of spoedarts? Hoe kiest de patiënt zijn zorgverlener buiten de reguliere werkuren van de huisarts? 2019.

17. Cowling TE, Ramzan F, Ladbrooke T, Millington H, Majeed A, Gnani S. Referral outcomes of attendances at general practitioner led urgent care centres in London, England: Retrospective analysis of hospital administrative data. Emerg Med J. 2016 Mar 1;33(3):200–7.

18. Rutten M, Cals J, Zeelen M, Giesen P. Geef huisartsenpost toegang tot radiologie. 2016;22–4.

19. Rutten M, Giesen P. Toegang tot röntgendiagnostiek op de huisartsenpost. Huisarts Wet. 2018 Jun 1;61(6):29–32.

20. Jiménez S, De La Red G, Miró Ò, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. Med Clin (Barc). 2005 Jun 25;125(4):132–7.

21. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands a narrative review. Vol. 166, Annals of Internal Medicine. American College of Physicians; 2017. p. 737–42.

22. Giesen P, Huibers A, Padros Goossens M WM. Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg. Med Contact. 2007;15:653–5.

23. Van Gils-Van Rooij ESJ, Yzermans CJ, Broekman SM, Meijboom BR, Welling GP, De Bakker DH. Out-of-Hours Care Collaboration between general practitioners and hospital emergency departments in the Netherlands. J Am Board Fam Med. 2015 Nov 1;28(6):807–15.

24. Eichler K, Hess S, Chmiel C, Bögli K, Sidler P, Senn O, et al. Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: A cost comparison study. Emerg Med J. 2014 Oct 1;31(10):818–23.

25. Colliers A, Remmen R, Streffer ML, Michiels B, Bartholomeeusen S, Monsieurs KG, et al. Implementation of a general practitioner cooperative adjacent to the emergency department of a hospital increases the caseload for the GPC but not for the emergency department. Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med. 2017 Jan 2;72(1):49–54.

26. Kool RB, Homberg DJ, Kamphuis HCM. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: A case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2008;8:225.

27. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: A comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. Br Med J. 1996;312(7042):1340–4.

28. Chalder M, Montgomery A, Hollinghurst S, Cooke M, Munro J, Lattimer V, et al. Comparing care at walk-in centres and at accident and emergency departments: An exploration of patient choice, preference and satisfaction. Emerg Med J. 2007 Apr;24(4):260–4.

Bijlagen

Bijlage I – Vragenlijst voor patiënten

Titel van de studie: **Co-locatie van de huisartsenwachtpost en dienst spoedgevallen**

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90

Co-promotor: Dr. Chris Van Der Mullen

Onderzoekers: Dr. Timon Boeve

Dr. Jasper Van Criekinge, jasper.vancriekinge@student.kuleuven.be

Dr. Jonas Wilms

Beste patiënt

In België zijn er proefprojecten gaande voor een betere samenwerking tussen de huisartsenwachtpost en de spoeddienst bij medische problemen na de kantooruren. Een voorbeeld hiervan is de co-locatie, een plaats waar de spoedgevallen en de huisartsenwachtpost op dezelfde locatie zijn. Met onze vragenlijst willen we graag uw mening horen over deze veranderingen.

De vragenlijst gaat over **niet-levensbedreigende medische hulp tijdens het weekend**. Dit is medische hulp waarbij u het **noodnummer 112 niet nodig** heeft.

Bedankt voor uw medewerking!

Algemene vragen

- Wat is uw leeftijd? …… jaar
- Wat is uw geslacht? man – vrouw – genderneutraal
- Wat is uw woonplaats? ……
- Hoeveel keer ging u naar uw eigen huisarts het afgelopen jaar? …… keer
- Hoeveel keer ging u naar de “huisarts van wacht” het afgelopen jaar? …… keer
- De huisarts van wacht zit, tijdens het weekend, in uw regio in:
  - ☐ Zijn/haar eigen huisartsenpraktijk
  - ☐ Een huisartsenwachtpost, afzonderlijk van de spoedgevallen
  - ☐ Een huisartsenwachtpost, samen met de spoedgevallen
  - ☐ Ik raadpleeg de huisarts van wacht via het proefproject 1733
  - ☐ Dit weet ik niet.
- Hoeveel keer maakte u gebruik van de spoeddienst het afgelopen jaar? …… keer
- Hoeveel keer hiervan werd u doorverwezen door de huisarts? ……

In het verder verloop van de vragenlijst geven we enkele stellingen over belangrijke eigenschappen van de co-locatie, de plaats waar de spoedgevallen en de huisartsenwachtpost op dezelfde locatie zijn. Elke stelling dient u met **1 keuzemogelijkheid** te omcirkelen. Geef antwoord op een schaal van 1 tot 4, waarbij 1 = helemaal eens en 4 = helemaal oneens is.

De telefonische aanmelding

In het voorgestelde systeem kan er gebruik gemaakt worden van een *telefonische triage*. Dit houdt in dat u belt naar een centraal nummer (1733). Een professioneel opgeleide telefonist, een operator, schat de aard en ernst van uw hulpvraag in en gebruikt hiervoor gespecialiseerde richtlijnen. U kan dit vergelijken met de noodcentrale "112", maar dan voor niet-levensbedreigende medische hulp. De operator zal U op basis van uw klachten verwijzen naar spoed of naar de huisartsenwachtpost, of u aanraden naar uw eigen huisarts te gaan tijdens zijn/haar werkuren.

- Wanneer ik medische hulp nodig heb buiten de consultatie-uren van mijn vaste huisarts, wil ik liever rechtstreeks een dokter aan de lijn in plaats van een operator/telefonist.

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Wanneer ik bel voor een inlichting over een medisch probleem en de huisarts van wacht kan mij telefonisch voldoende uitleg geven, volstaat dit voor mij.

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Ik voel me er veilig bij wanneer de operator/telefonist, op basis van gespecialiseerde richtlijnen, inschat dat mijn medisch probleem kan wachten tot de volgende dag bij mijn eigen huisarts.

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Ik voel me er veilig bij wanneer de huisarts van wacht via de telefoon inschat dat mijn medisch probleem kan wachten tot de volgende dag bij mijn eigen huisarts.

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

Dit zijn voor mij voordelen van telefonisch advies door de huisarts van wacht:

……
……
……

Dit zijn voor mij nadelen van telefonisch advies door de huisarts van wacht:

……
……
……

De triage naar spoed, de huisarts van wacht of uw eigen huisarts

Indien de operator van het nummer 1733 vindt dat uw hulpvraag niet kan wachten tot de openingsuren van uw eigen huisarts, wordt u verwezen naar de spoeddienst of de huisarts van wacht. Op basis van uw klachten maakt de operator een inschatting hoe dringend uw hulpvraag is en wie u het beste kan helpen als hulpverlener. Hierdoor wordt er gezorgd voor "de juiste patiënt op de juiste plaats" en wordt u zo snel en efficiënt mogelijk geholpen.

- Ik vertrouw erop dat een opgeleide operator mij naar de juiste hulpverlener kan verwijzen volgens de gespecialiseerde richtlijnen.

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Indien ik vind dat de operator niet de juiste doorverwijzing geeft, zal ik toch zijn/haar advies opvolgen.

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Een mogelijk gevolg is dat u niet meer rechtstreeks binnen kan wandelen bij de huisarts van wacht. U zal altijd eerst moeten bellen naar 1733, de operator verwijst U dan naar de huisarts van wacht. Ik ben hiermee:

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Een mogelijk gevolg is dat u niet meer 24/7 de spoedgevallen kan bezoeken, tenzij via ambulance/112. In het systeem van de co-locatie wordt U altijd doorgestuurd na medisch onderzoek door de huisarts of telefonisch door de operator. Hierdoor wordt de wachttijd op de spoeddienst aanzienlijk verkort. Ik ben hiermee:

  - 1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Als U geen contact opneemt met 1733 en op eigen initiatief naar de spoedgevallen/wachtpost komt, zal de operator U ter plaatse via gespecialiseerde richtlijnen naar de huisarts of de spoeddienst verwijzen. Dus ook als U zelf naar de spoeddienst/wachtpost komt, zal U geen vrije keuze meer hebben van hulpverlener. Ik ben hiermee:

  - 1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Hoe wilt U naar de juiste hulpverlener gestuurd worden:
  - Bij de wachtpost/spoedgevallen zelf, waar de operator U zal verwijzen naar de juiste hulpverlener.
  - Telefonisch via 1733, waar de operator U telefonisch zal verwijzen naar de juiste hulpverlener.
  - Ik wil zelf kunnen kiezen bij welke hulpverlener ik terecht kom.

Technische onderzoeken

Uit voorgaande onderzoeken blijkt dat veel patiënten de spoeddiensten buiten de uren bezoeken omdat dit 's nachts de enige plaats is waar technische onderzoeken (zoals bloedname, radiologie, …) kunnen gebeuren. Een co-locatie zou betekenen dat de huisarts van wacht ook gebruik kan maken van deze onderzoeken die zij normaal 's nachts niet hebben.

- Als de huisarts van wacht ook gebruik kan maken van technisch onderzoek (zoals bloedname, foto's) en ik heb klachten over **beenderen of spieren** (bv. een omgeslagen enkel), ga ik het liefst naar:
  - ☐ Dienst spoedgevallen
  - ☐ Huisartsenwachtpost/huisarts van wacht
  - ☐ Andere: ……

- Als de huisarts van wacht ook gebruik kan maken van technisch onderzoek (zoals bloedname, foto's) en ik heb een **snijwonde**, ga ik het liefst naar:
  - ☐ Dienst spoedgevallen
  - ☐ Huisartsenwachtpost/huisarts van wacht
  - ☐ Andere: ……

- Ik vertrouw erop dat de huisarts van wacht technische onderzoeken zoals een bloedname of een röntgenfoto kan aanvragen en beoordelen, zonder mij hiervoor te verwijzen naar spoed/een specialist.
  - ☐ Eerder akkoord
  - ☐ Eerder niet akkoord

Algemene vragen

- Ik ben voorstander van het nieuwe systeem van co-locatie:

  1 (helemaal eens) - 2 (eens) - 3 (oneens) - 4 (helemaal oneens)

- Wanneer ik naar de huisarts van wacht/spoeddienst ga, verwacht ik te betalen via volgend systeem:
  - ☐ Ik betaal direct mijn consultatie en eventuele onderzoeken en behandelingen, zoals momenteel bij de huisarts van wacht.
  - ☐ Ik krijg achteraf een factuur, zoals momenteel op de spoeddienst.
  - ☐ Ik verwacht dat de huisarts van wacht/spoeddienst gratis is.

- De apotheek van wacht op dezelfde locatie als de huisarts van wacht is voor mij:
  - ☐ Positief
  - ☐ Negatief
  - ☐ Maakt voor mij geen verschil uit

- Wat ziet U als mogelijke voordelen of nadelen voor u als patiënt in geval van een co-locatie (= de huisartsenwachtpost en de spoeddienst fysiek onder één dak maar mét behoud van eigen werking en werkvloer)?

  ……
  ……
  ……
  ……
  ……

Tot slot delen we U graag mee dat in een 2e deel van dit onderzoek bovenstaande resultaten anoniem besproken zullen worden in zogeheten “focusgroepen”. Dit houdt in dat we een tiental patiënten verzamelen om over bovenstaande stellingen en antwoorden te discussiëren om een meer genuanceerde mening te krijgen.

Dit gesprek zal hoogstens 1 uur duren en wordt georganiseerd in de gemeente van uw vaste huisarts. Wellicht vinden deze gesprekken plaats rond eind 2019-begin 2020. Hieronder kan U aangeven of U al dan niet mag gecontacteerd worden om deel te nemen aan deze focusgroep zodat we dieper kunnen ingaan op bovenstaande vragen en U uw meningen verder kan toelichten.

 Ik mag gecontacteerd worden om deel te nemen aan de focusgroep op volgend telefoonnummer en/of e-mailadres:

☏ ……

@ ……

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

De ingevulde vragenlijst kan U afgeven aan het secretariaat of aan uw huisarts tijdens de consultatie.

Timon Boeve, Huisarts in opleiding
Jasper Van Criekinge, Huisarts in opleiding
Jonas Wilms, Huisarts in opleiding

Bijlage II – Goedgekeurd protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst
Version 1: Date submission	28/02/2019
Version 2: Date resubmission	N.v.t.
Version 3: Date third submission	N.v.t.
Principal Investigator – Promoter	Name: Professor Dr. Birgitte Schoenmakers
	Telephone: +32 16 37 72 90
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES X NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: Dr. Chris Van Der Mullen
	Telephone: /
	E-mail: chrisvandermullen@gmail.com
The co-investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES X NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Timon Boeve
	Student number: r0298775
	Telephone: +32 470 60 86 91
	E-mail: timon.boeve@student.kuleuven.be
	Name: Jasper Van Criekinge
	Student number: r0253591
	Telephone: +32 498 82 84 92
	E-mail: jasper.vancriekinge@student.kuleuven.be
	Name: Jonas Wilms
	Student number: r0299444
	Telephone: +32 475 35 78 46
	E-mail: jonas.wilms@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Begin jaren 2000 zijn huisartsenwachtposten opgericht om de werkomstandigheden van huisartsen buiten de normale werkuren te stroomlijnen (1). Desondanks heeft de organisatie hiervan niet gezorgd voor een ontlasting op de urgentiediensten, met een toegenomen aantal spoedconsulten als duidelijk bewijs (2). Internationaal onderzoek neigt meer naar een samenwerkingsvorm tussen de spoeddienst en de wachtpost op eenzelfde site, de zogenaamde co-locatie van beide organisaties. Deze centra van acute ongeplande zorg, meestal op de ziekenhuissite, creëren één toegangspoort waar de triage gebeurt tussen de spoeddiensten en de huisarts permanentie. De voorwaarde van co-locatie is dat beide diensten zelfstandig blijven werken, maar met mogelijkheden tot overleg en verwijzing onderling (2-3).

In België is de situatie complexer.. Volgens het KCE-rapport van 2016 komt de meerderheid (bijna 71%) van de patiënten zelf naar de spoed zonder doorverwijzing, de zogenaamde zelfverwijzers. Ten opzichte van buurlanden ligt het percentage hoger (Nederland 42% & Engeland 64%) (2). Cijfers tonen nochtans aan dat een grote portie van deze niet-levensbedreigende aanmeldingen door andere zorgverleners in de eerstelijn behandeld kan worden ter vervanging van spoedartsen en/of –verpleegkundigen (4).

Enkele onderzoeken gaven redenen aan waarom patiënten opteren om eerder de spoeddienst dan de huisartsenwachtpost te consulteren, en omgekeerd (5,6,7). Met de co-locatie zou de patiënt deze keuze niet zelf maken, maar wordt hij door middel van een triagesysteem begeleid naar de juiste plaats voor zijn acute hulpvraag [Figuur 1]. De mening van patiënten van deze co-locatie werd echter nooit bevraagd in eerdere onderzoeken. Ook zijn de mogelijke praktische en organisatorische gevolgen van een samenwerking tussen twee verschillende specialisaties (huisarts en urgentie arts) niet gekend. Voorbeelden hiervan zijn het verschil in vooropleiding, toegang tot diagnostische middelen en een andere financiering (2).

Tot op heden zijn er dus nog enkele belangrijke elementen in de implementatie van een co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst nog niet aan bod gekomen. In deze masterproef beogen we het standpunt, de gevolgen en impact op het dagelijks handelen en functioneren tijdens de out-of-hours periode te bevragen bij de betrokken actoren.

3. STUDY OBJECTIVES

Het doel van deze masterproef is de verschillende actoren, betrokken bij de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst, bevragen naar de mening, gevolgen en impact op het dagelijks handelen en functioneren.

Onderzoeksvraag 1: Het organisatorisch aspect van de co-locatie: hoe kan de patiëntenstroom getrieerd worden?

Onderzoeksvraag 2: Wat is de meerwaarde van co-locatie voor huisartsen en urgentieartsen?

Onderzoeksvraag 3: Wat is het standpunt van patiënten omtrent de co-locatie?

4. RESEARCH METHODS

De masterproef bestaat uit een mixed onderzoek dat afgenomen wordt bij zowel huisartsen, urgentieartsen als patiënten. Het onderzoek bestaat uit een kwantitatief onderzoek door middel van een vragenlijst, waarna de resultaten van deze vragenlijsten verder worden besproken in focusgroepen voor een meer kwalitatieve benadering van deze co-locatie.

4.1 Bevraging bij huisartsen en urgentieartsen

De mening van huisartsen en urgentieartsen wordt bevraagd door middel van online kwantitatieve vragenlijsten uitgevoerd met behulp van vragen verkregen uit gelijkaardige studies uit het buitenland. Nadien vindt een kwalitatieve bevraging plaats op basis van resultaten uit de bevraging. Deze focusgroepen hebben als doel de resultaten meer te duiden en interpreteren. Het gesprek van de focusgroep zal worden opgenomen met een geluidsopname dewelke uitgeschreven zullen worden onder de vorm van transcripts.

4.2 Bevraging bij patiënten

De mening van patiënten wordt ook eerst kwantitatief bevraagd. Het idee van co-locatie is in vele regio's echter nog nieuw en onbekend terrein. Door middel van een duidelijk uitleg op het niveau van de patiënt wordt het systeem van co-locatie kort uitgelegd met de nadruk op de verschillen met de huidige werking. Na mondeling akkoord, zullen de meningen van patiënten worden bevraagd aan de hand van ja/nee vragen, een Likert-schaal (helemaal niet akkoord t.e.m. helemaal akkoord) en open vragen. De resultaten en vrije commentaren worden nadien besproken in focusgroepen. Deze focusgroepen zijn samengesteld uit patiënten die aangeven deel te willen nemen aan dergelijk onderzoek. Het gesprek van de focusgroep zal worden opgenomen met een geluidsopname dewelke uitgeschreven zullen worden onder de vorm van transcripts.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Huisartsen

- Inclusiecriteria
  - Huisarts in Vlaanderen
- Exclusiecriteria
  - Kan zelf de vragenlijst niet invullen
  - Begrijpt en/of spreekt geen Nederlands
  - Werkend in regio waar co-locatie bestaat

Urgentieartsen

- Inclusiecriteria
  - Urgentiearts in Vlaanderen
- Exclusiecriteria
  - Kan zelf de vragenlijst niet invullen
  - Begrijpt en/of spreekt geen Nederlands
  - Werkend in regio waar co-locatie bestaat

Patiënten

- Inclusiecriteria
  - Woonachtig te Vlaanderen
- Exclusiecriteria
  - Leeftijd < 18 jaar
  - Kan zelf de vragenlijst niet invullen
  - Begrijpt en/of spreekt geen Nederlands

5.2 Expected duration

De studie zal lopen vanaf ethische goedkeuring voor deze studie verkregen is tot het najaar 2019.

Voor de deelnemer, zijnde huisarts, urgentiearts of patiënt zal de bestedingstijd voor deze studie beperkt blijven tot het invullen van de vragenlijst. Indien de deelnemer aangeeft dat hij/zij wil deelnemen aan de focusgroep dan zal deze later gecontacteerd worden voor de uitnodiging van dit gesprek. De bestedingstijd voor deze studie impliceert dan bijgevolg ook de tijd van dit contact en het gesprek van de focusgroep. De gesprekken in focusgroepen duren één à anderhalf uur

5.3 Recruitment

5.3.1 Huisartsen en urgentieartsen

Onderzoekers zullen de huisartsen en urgentieartsen in het werkveld te Vlaanderen uitnodigen tot deelname aan de studie. Via een kort informatiedocument wordt de doelstelling van het onderzoek uitgelegd. Het bevat ook de digitale link om de anonieme vragenlijst in te vullen. Verder worden voor de focusgroep artsen uitgenodigd die expert zijn in de huisartsen- en urgentiediscipline. Voorafgaand aan het gesprek van de focusgroep wordt een geïnformeerde toestemming afgenomen.

5.3.2 Patiënten

Patiënten die de opleidingspraktijken van de drie onderzoekers in deze masterproef consulteren, worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Verder wordt deze vragenlijst ook verdeeld op de wachtpost/spoeddienst. Na mondeling akkoord over de deelname, zullen de onderzoekers de patiënten met behulp van een informatiedocument (annex 13.3.1) inlichten over het onderzoek. In dit informatiedocument wordt de doelstelling van het onderzoek uitgelegd. Er wordt ook vermeld dat eventuele deelname aan de studie vrijwillig is en dat indien de patiënt niet wenst deel te nemen, zijn/haar keuze geen invloed heeft op de behandeling/begeleiding die de patiënt geniet.

Aan patiënten die deel willen nemen aan het onderzoek, wordt gevraagd om 1) de vragenlijst in te vullen en 2) aan te duiden of ze geïnteresseerd zijn om deel uit te maken van de focusgroep. Indien er schriftelijke toestemming gegeven wordt voor deelname aan de focusgroep vraagt men de patiënt zijn/haar contactgegevens in te vullen op een apart formulier (annex 13.3.3) opdat deze later uitgenodigd kan worden voor het focusgroep gesprek en de antwoorden op de vragenlijst zelf anoniem blijven.

6. ANALYSIS

Er wordt een sample size van 250 huisartsen, 50 urgentieartsen en 300 patiënten beoogd op basis van eerdere studies.

Als uitkomstmaat van de bevraging bij de artsen wordt een opdeling gemaakt tussen de tijdwinst, de kwaliteit van zorg, de samenwerkingsvoorwaarden en de competenties van beide beroepsgroepen. Via gelijkaardige vragenlijsten bij huisartsen en urgentieartsen kan een vergelijking gemaakt worden.

Bij patiënten bevraagt de vragenlijst de mening op de co-locatie en zijn implicaties. Om een representatief beeld te verkrijgen omtrent mogelijke regionale verschillen worden de vragenlijsten afgenomen bij patiënten wonende in een stedelijke, half-stedelijke of plattelandsregio.

Er vindt een descriptieve analyse plaats van de resultaten van de vragenlijsten. Voor de statistische analyse wordt gekeken of de antwoorden tussen groepen respondenten (bijvoorbeeld tussen huisartsen en urgentieartsen, of tussen patiënten uit verschillende regio's) significant sterk verschillen aan de hand van Pearson Chi Square tests (significantie p <0,05). In de meer kwantitatieve bevraging in focusgroepen zullen, via het principe van saturatie, de stellingen getoetst worden aan hun inzichten.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. De vragenlijsten worden anoniem afgenomen bij de verschillende actoren. De geluidsopnames van de gesprekken van de focusgroepen bevatten geen beeldmateriaal. De opgenomen interviews worden enkel beluisterd en uitgetypt door de onderzoekers. De transcripts van de interviews zullen volledig anoniem zijn. Indien fragmenten van deze interviews geciteerd worden in de eigenlijke masterproef, dan gebeurt dit volledig anoniem. Tijdens het onderzoek zullen de vragenlijsten, geluidsopnames en transcripts op een beveiligde manier bewaard worden. De studenten zullen de bestanden met ruwe data en statistische analyse bewaren op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. De contactgegevens, noodzakelijk voor het uitnodigen van de betrokken actoren tot het gesprek van de focusgroep, zullen op een andere locatie bewaard worden dan de datafiles. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles. Na het afronden van de data-analyse zullen de geluidsopnames en persoonlijke notities van de interviewers worden vernietigd. Na afloop van het project worden de informed consents (m.b.t. deelname aan de focusgroep), vragenlijsten en bestanden met de transcripts aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*

- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*

- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In dit onderzoek zijn er geen veiligheidsrisico's gedefinieerd.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, Haezaert T, Vinck I, Lona M, Paulus D. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 171A.

2. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24.

3. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy 2016;120:1337–49.

4. Rutten M, Vrielink F, Smits M, Giesen P. Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency care-access-points in the Netherlands. BMC Fam Pract. 2017;18:62.

5. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Use of out-of hours services: The patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. Acta Clinical Belgica 2013;68:1:1-8.

6. Poole R, Gamper A, Porter A, Egbunike J, Edwards A. Exploring patients' self-reported experiences of out-of-hours primary care and their suggestions for improvement: a qualitative study. Fam. Pract. 2011;28:210-219.

7. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care. Qual Saf Health Care 2010;19(6):e3.

13. ANNEXES

13.1 Huisartsen

13.1.1 Informatiedocument vragenlijst

Titel van de studie: Co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90
Dr. Chris Van Der Mullen
Huisartsen in opleiding: Dr. Timon Boeve, Dr. Jasper Van Criekinge, Dr. Jonas Wilms

Informatiedocument

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie met betrekking tot de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. We willen graag de mening van huisartsen omtrent deze co-locatie en de mogelijke gevolgen voor de zorg buiten de normale consultatie uren bevragen. We vragen u enkel een vragenlijst in te vullen die handelt over de co-locatie van de spoeddienst en de huisarts van wacht. Indien u dit wenst kan u in de vragenlijst ook aangeven of wij u mogen contacteren voor een focusgroep achteraf.

Deze vragenlijst wordt afgenomen in context van een masterthesisproject Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- U geen persoonlijk voordeel van deelname aan dit onderzoek zal hebben. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren voor de verandering van het zorglandschap.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Tijdens de deelname aan deze studie staat het U op vrij op elk ogenblik vrij de deelname stop te zetten. U hoeft geen reden op te geven voor het annuleren van uw deelname. Het niet deelnemen of het stopzetten van deelname zal geen enkele invloed hebben op de behandeling van uw patiënt of op de verdere collegiale samenwerking.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

13.1.2 Vragenlijst

Ik ben voorstander van het nieuwe systeem van co-locatie
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Wat is het grootste voordeel van co-locatie volgens u?

- Efficiënte hulpverlening voor de patiënten
- Meer aangepast populatie patiënten voor huisartsen en spoedartsen
- Daling van de werkdruk
- Geen voordelen tov het huidige systeem
- Andere

Het co-locatie systeem zal voor een hogere kosten-effectiviteit zorgen tov het huidige systeem?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

1. Tijdswinst
Co-locatie van de huisartsenwachtpost met een spoeddienst gaat zorgen voor een hoger werklast voor de huisarts van wacht omwille van specifieke triage naar de huisarts?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Wat is volgens u het voordeel van de co-locatie voor patiënten:

- Snellere dienstverlening
- Betere opvolging
- Duidelijkere toegang tot zorg buiten de kantooruren
- Andere: ….

2. Kwaliteit van zorg
Huisartsen van wacht moeten gemakkelijk gebruik kunnen maken van de technische mogelijkheden van de spoedgevallen zoals ECG, Bloedanalyse, RX, Scans ?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Er zullen meer technische onderzoeken aangevraagd worden door de huisarts van wacht in het nieuwe co-locatiesysteem?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Er dient een speciale lijn van communicatie te worden voorzien tussen de huisartsenwachtpost en de spoedartsen en vice versa om patiënten etc. te bespreken
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Door co-locatie van de huisartsenwachtpost zullen er minder herzieningen van patiënten zijn binnen de 7-30 dagen bij de vaste huisarts voor dezelfde problematiek?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

De patiënttevredenheid zal hoger liggen bij het co-locatie systeem dan bij het oude systeem?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

3. Voorwaarden voor samenwerking: organisatorisch en inhoudelijk
Huisartsen van wacht zouden best in de spoedgevallendienst zelf hun werk doen en dus niet in een aparte locatie naast het ziekenhuis werken.
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Huisartsenwachtposten en spoeddiensten moeten volledig onafhankelijk van elkaar werken?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Door wie dient de triage van de patiënten uitgevoerd te worden?

- Arts → dd: spoed/huisarts
- Verpleegkundigen van de spoedgevallen
- Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel
- Telefonisch (1733-project)
- Anderen

Er dienen strenge richtlijnen voor triage opgesteld worden (bv. Retrosternale pijn = spoed) eerder dan inschatting door triageverantwoordelijke?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

De openingsuren van de huisartsenwachtpost bij de spoedgevallendienst dient:
- 24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn
- Buiten de diensturen van de huisarts (na 19u en in het weekend)
- Enkel in het weekend (vrijdag 18u tot maandag 8u) open te zijn
- Elke dag van 19 tot 8u
- Dagelijks van 18u tot middernacht
- Anders: ...

Waar zou u de wachtdiensten willen doen:
1. Eigen praktijk
2. Huisartsenwachtpost
3. Co-locatie post
4. Spoed
5. Andere locatie: ….

4. Competenties
Ik ben als huisarts in staat om technische onderzoeken te interpreteren (zouden we hier niet best wat specificeren? want bloedanalyses bv wel, maar scans en rx'en enzo mss niet?)
Ja
Ja, mits bijscholing
Nee, beperkte ervaring
Nee, reden: ...

13.1.3 Informatiedocument en geïnformeerde toestemming focusgroep

Titel van de studie: Co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90
Dr. Chris Van Der Mullen
Huisartsen in opleiding: Dr. Timon Boeve, Dr. Jasper Van Criekinge, Dr. Jonas Wilms

Informatiedocument

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie met betrekking tot de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. We willen graag de mening van huisartsen omtrent deze co-locatie en de mogelijke gevolgen voor de zorg buiten de normale consultatie uren bevragen. We vragen u om deel te nemen aan een focusgroep om uw mening omtrent de co-locatie van de spoeddienst en de huisarts van wacht meer kwantitatief te bevragen. Er zal een geluidsopname worden gemaakt van het gesprek, dewelke anoniem verwerkt zal worden door de onderzoekers en nadien worden verwijderd.

Deze focusgroep wordt georganiseerd in context van een masterthesisproject Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- U geen persoonlijk voordeel van deelname aan dit onderzoek zal hebben. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren voor de verandering van het zorglandschap.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Tijdens de deelname aan deze studie staat het U op vrij op elk ogenblik vrij de deelname stop te zetten. U hoeft geen reden op te geven voor het annuleren van uw deelname. Het niet deelnemen of het stopzetten van deelname zal geen enkele invloed hebben op de behandeling van uw patiënt of op de verdere collegiale samenwerking.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Geïnformeerde toestemming

Deelnemende huisarts

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten.

Ik begrijp dat de onderzoekers gegevens verzamelen en dat ze deze gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Deze gegevens zullen enkel voor de onderzoekers beschikbaar zijn. Het gesprek zal anoniem verwerkt worden.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

_____	_____	_____
Naam, voornaam	Datum	Handtekening

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de arts-onderzoeker

_____	_____	_____
Naam, voornaam	Datum	Handtekening

13.2 Urgentieartsen

13.2.1 Informatiedocument vragenlijst

Titel van de studie: Co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90
Dr. Chris Van Der Mullen
Huisartsen in opleiding: Dr. Timon Boeve, Dr. Jasper Van Criekinge, Dr. Jonas Wilms

Informatiedocument

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie met betrekking tot de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. We willen graag de mening van urgentie artsen omtrent deze co-locatie en de mogelijke gevolgen voor de zorg buiten de normale consultatie uren bevragen. We vragen u enkel een vragenlijst in te vullen die handelt over de co-locatie van de spoeddienst en de huisarts van wacht. Indien u dit wenst kan u in de vragenlijst ook aangeven of wij u mogen contacteren voor een focusgroep achteraf.

Deze vragenlijst wordt afgenomen in context van een masterthesisproject Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- U geen persoonlijk voordeel van deelname aan dit onderzoek zal hebben. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren voor de verandering van het zorglandschap.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Tijdens de deelname aan deze studie staat het U op vrij op elk ogenblik vrij de deelname stop te zetten. U hoeft geen reden op te geven voor het annuleren van uw deelname. Het niet deelnemen of het stopzetten van deelname zal geen enkele invloed hebben op de behandeling van uw patiënt of op de verdere collegiale samenwerking.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

13.2.2 Vragenlijst

Ik ben voorstander van het nieuwe systeem van co-locatie
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Wat is het grootste voordeel van co-locatie volgens u?

- Efficiënte hulpverlening voor de patiënten
- Meer aangepast patiëntpopulatie voor zowel huisartsen als spoedartsen
- Daling van de werkdruk
- Geen voordelen tov het huidige systeem
- Andere: ...

Wat is het grootste nadeel van het nieuwe co-locatiesysteem volgens u?

- Financieel aspect (minder patiënten → minder opbrengsten)
- Onzekere toekomst
- Veiligheid triage
- Moeilijke samenwerking met HA'en
- Andere

Het co-locatie systeem zal voor een hogere kosten-effectiviteitratio zorgen tov het huidige systeem?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

1. Tijdwinst
Hoeveel procent van de patiëntenpopulatie op de spoedgevallendienst is volgens u eerder huisartsgeneeskunde?

- <20 %
- 20-40%
- 40-60%
- 60-80%
- >80%

Samenwerking met de huisartsenwachtpost zal zorgen voor een daling van de werkdruk op de spoedgevallendiensten?
Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Door de triage tussen urgentie- en huisarts pathologie zal ik efficiënter mijn werk kunnen uitvoeren triage?

- Ja
- Neen, de gefilterde patiënten gaan geen merkbare (tijds)winst geven ('makkelijkere casussen)

- Neen, ik heb onvoldoende vertrouwen in nieuwe systeem
- Neen, er zullen meer doorverwijzingen door de huisarts zijn omwille van een lagere drempel tot doorverwijzing
- Neen, er zullen meer aanvragen van meer technische onderzoeken door HA moeten uitgevoerd worden
- Neen, de strenge richtlijnen voor de triage zullen ervoor zorgen dat er geen merkbare (tijds)winst zal zijn (bv. Retrosternale pijn is per definitie voor urgentie)

De 'time-to-treatment' gaat lager zijn door de invoering van het co-locatie systeem/patiënten gaan sneller geholpen zijn met de invoering van dit nieuwe systeem.

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

2. Kwaliteit van zorg

Betere zorg voor urgente patiënten door filteren van huisarts pathologie?

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord?

De patiënttevredenheid zal hoger liggen bij het co-locatie systeem tov het oude systeem?

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

3. Voorwaarden voor samenwerking: organisatorisch en inhoudelijk

Door wie dient de triage van de patiënten uitgevoerd te worden?

- Arts → dd: spoed/huisarts
- Verpleegkundigen van de spoedgevallen
- Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel
- Telefonisch (1733-project)
- Anderen

De huisartsenwachtpost bij de spoedgevallendienst dient 24/24u en 7/7dagen bemand te zijn?

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Er dient een speciale lijn van communicatie te worden voorzien tussen de huisartsenwachtpost en de spoedartsen en vice versa om patiënten etc. te bespreken

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

4. Competenties

De huisartsenwachtpost mag in het nieuwe co-locatie systeem gebruik maken van de technische faciliteiten van de spoedgevallendienst zoal ECG, RX, Scans, Labo, etc.

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

Ik acht de huisarts in staat de resultaten van technische onderzoeken te interpreteren

Eerder akkoord
Eerder niet akkoord

13.2.3 Geïnformeerde toestemming focusgroep

Titel van de studie: Co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90
Dr. Chris Van Der Mullen
Huisartsen in opleiding: Dr. Timon Boeve, Dr. Jasper Van Criekinge, Dr. Jonas Wilms

Informatiedocument

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie met betrekking tot de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. We willen graag de mening van urgentie artsen omtrent deze co-locatie en de mogelijke gevolgen voor de zorg buiten de normale consultatie uren bevragen. We vragen u om deel te nemen aan een focusgroep om uw mening omtrent de co-locatie van de spoeddienst en de huisarts van wacht meer kwantitatief te bevragen. Er zal een geluidsopname worden gemaakt van het gesprek, dewelke anoniem verwerkt zal worden door de onderzoekers en nadien worden verwijderd.

Deze focusgroep wordt georganiseerd in context van een masterthesisproject Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- U geen persoonlijk voordeel van deelname aan dit onderzoek zal hebben. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren voor de verandering van het zorglandschap.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Tijdens de deelname aan deze studie staat het U op vrij op elk ogenblik vrij de deelname stop te zetten. U hoeft geen reden op te geven voor het annuleren van uw deelname. Het niet deelnemen of het stopzetten van deelname zal geen enkele invloed hebben op de behandeling van uw patiënt of op de verdere collegiale samenwerking.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Geïnformeerde toestemming

Deelnemende urgentie arts

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten.

Ik begrijp dat de onderzoekers gegevens verzamelen en dat ze deze gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Deze gegevens zullen enkel voor de onderzoekers beschikbaar zijn. Het gesprek zal anoniem verwerkt worden.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

_____	_____	_____
Naam, voornaam	Datum	Handtekening

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de arts-onderzoeker

_____	_____	_____
Naam, voornaam	Datum	Handtekening

13.3 Patiënten

13.3.1 Informatiedocument vragenlijst

Titel van de studie: Co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90
Dr. Chris Van Der Mullen
Huisartsen in opleiding: Dr. Timon Boeve, Dr. Jasper Van Criekinge, Dr. Jonas Wilms

Informatiedocument

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie met betrekking tot de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. We willen graag de mening van patiënten omtrent deze co-locatie en de mogelijke gevolgen voor de zorg buiten de normale consultatie uren bevragen. We vragen u enkel een vragenlijst in te vullen die handelt over de co-locatie van de spoeddienst en de huisarts van wacht. Indien u dit wenst kan u in de vragenlijst ook aangeven of wij u mogen contacteren voor een focusgroep achteraf. Meer uitleg over deze focusgroep vindt u in de vragenlijst.

Deze vragenlijst wordt afgenomen in context van een masterthesisproject Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- De behandeling die de arts-onderzoeker u in overeenstemming met de huidige aanbevelingen heeft voorgesteld niet zal veranderen door uw deelname aan deze studie.
- Uw deelname aan deze studie geen enkel gezondheidsrisico inhoudt.
- U geen persoonlijk voordeel van deelname aan dit onderzoek zal hebben. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren voor de verandering van het zorglandschap.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Tijdens de deelname aan deze studie staat het U op vrij op elk ogenblik vrij de deelname stop te zetten. U hoeft geen reden op te geven voor het annuleren van uw deelname. Het niet deelnemen of het stopzetten van deelname zal geen enkele invloed hebben op de behandeling van U als patiënt of op de verdere samenwerking met uw arts.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

13.3.2 Vragenlijst

(Alles in cursief en blauw is duiding voor andere leden van thesis/promotoren/OBC/ethische commissie/… en wordt verwijderd in de uiteindelijke vragenlijst)

Vragenlijst co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoed
Geachte bezoeker van de wachtpost/spoeddienst/huisartsenpraktijk

Aan de hand van onderstaande vragen willen we graag uw mening weten over de mogelijke samensmelting van de huisartsenwachtpost en spoedgevallen. Omwille van allerlei redenen (financieel, organisatorisch, medisch) zijn er in België proefprojecten gaande ter bevordering van een nauwere samenwerking tussen de huisartsenwachtpost en de spoeddienst.

Eén aspect hiervan is de co-locatie, de "samensmelting" van spoed en huisartsenwachtpost op dezelfde locatie. In veel landen is deze samensmelting al een feit, zoals in Denemarken, Italië en grote delen van Nederland. Door middel van onderstaande vragenlijst peilen we graag naar uw mening over deze op til zijnde veranderingen in het zorglandschap.

Let er op dat onderstaande vragenlijst handelt omtrent **acute, medische hulp buiten de normale uren (19:00-08:00 en weekends) die niet van zulke levensbedreigende aard zijn dat u hiervoor 112 zou contacteren.**

Bedankt voor uw medewerking!

(Algemene vragen met open antwoordmogelijkheid)
Indien u de huisarts van wacht/spoedgevallen raadpleegde voor een medisch probleem dat betrekking heeft tot uw kind, gelieve dit hier aan te geven.

- Ja
- Nee

(Het is van belang dat wanneer u "Ja" aanduidt, u de rest van de vragen invult omtrent een (hypothetische) situatie waarin u medische hulp zoekt voor uw kind)

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw geslacht?

Wat is uw woonplaats?

Inschatting van chroniciteit en noodzaak tot medische hulp
Hoeveel keer bezocht u de huisarts het afgelopen jaar?

Hoeveel keer maakte u gebruik van de "huisarts van wacht" het afgelopen jaar?

De huisarts van wacht situeert zich in uw regio in:

- Zijn/haar eigen huisartsenpraktijk
- Een huisartsenwachtpost, afzonderlijk van de spoedgevallen
- Een huisartsenwachtpost, samen met de spoedgevallen
- Ik consulteer de huisarts van wacht via het proefproject 1733

Hoeveel keer maakte u gebruik van de spoeddienst het afgelopen jaar?

Hoeveel keer hiervan werd u doorverwezen door de huisarts?

→ zo kunnen we patiënten indelen in regio's (stedelijk, half-stedelijk, landelijk) en in soort zorgvragers (chronische patiënt, zelfverwijzers, …)

In het verder verloop van de vragenlijst geven we enkele stellingen over belangrijke eigenschappen van de co-locatie (samensmelting huisartsenwachtpost en spoeddienst). Elke stelling dient U met **1 keuzemogelijkheid** te beantwoorden. Indien U meer duiding wilt geven bij uw antwoord of een opmerking wilt toevoegen kan dit in het hiervoor voorziene kader.
(*Onder elke vraag een 5-punt Likert schaal (helemaal niet akkoord/eerder niet akkoord/neutraal/eerder akkoord/helemaal akkoord) en een vak voor vrije commentaar voorzien. Het voordeel is dat dit meer vrijheid geeft aan de patiënt om zijn mening kwijt te kunnen en dat dit aanleiding kan geven tot inzichten waar we nu niet aan denken die dan in de focusgroep achteraf besproken kunnen worden.)*

1. De telefonische aanmelding

In het voorgestelde systeem wordt er gebruik gemaakt van een telefonische triage. Dit houdt in dat u belt naar een centraal nummer en een professioneel opgeleide medewerker de aard en ernst van uw hulpvraag inschat, gebruik makend van gespecialiseerde en gevalideerde software. U kan dit vergelijken met de noodcentrale "112", maar dan voor niet-levensbedreigende medische hulp. De triagist(e) zal U op basis van uw klachten al enkele inlichtingen kunnen geven, of U kunnen doorverbinden met de huisarts van wacht voor telefonisch advies.

Wanneer ik bel voor een inlichting over een medisch probleem en de triagist(e) kan mij voldoende uitleg geven, moet ik geen arts spreken aan de telefoon.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Wanneer ik bel voor een inlichting over een medisch probleem en de huisarts van wacht kan mij telefonisch voldoende uitleg geven, moet ik niet per se een arts fysiek gezien hebben.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Wanneer ik medische hulp nodig heb buiten de consultatie-uren van mijn vaste huisarts, verwacht ik rechtstreeks uit te komen bij de huisarts van wacht, in plaats van bij een triagist(e).

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Ik voel me er veilig bij wanneer de triagist(e), gebruik makend van gespecialiseerde software, inschat dat mijn medisch probleem kan wachten totdat ik de dag nadien naar mijn eigen huisarts kan gaan.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Dit zijn voor mij positieve elementen van telefonisch advies door triagist(e)/huisarts: *(Open vraag)*

Dit zijn voor mij negatieve elementen van telefonisch advies door triagist(e)/huisarts: *(Open vraag)*

2. De triage naar spoed, de huisarts van wacht of uw eigen huisarts

Indien de triagist(e) beoordeelt dat uw hulpvraag van die aard is dat U telefonisch niet geholpen kan worden, wordt U verwezen naar een arts. Op basis van uw klachten maakt de triagist(e) een inschatting van de dringendheid van uw hulpvraag en van de meest geschikte hulpverlener. Hij/zij zal U doorverwijzen naar de spoeddienst, de huisarts van wacht of uw eigen huisarts.
Hierdoor wordt er gezorgd voor “de juiste patiënt op de juiste plaats” en wordt U zo snel en efficiënt mogelijk geholpen.

Ik vertrouw erop dat een opgeleide triagist(e), gebruik makend van gevalideerde software, mij naar de juiste hulpverlener kan verwijzen.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Indien mijn eigen oordeel niet overeenkomt met deze van de triagist(e), zal ik alsnog zijn/haar advies opvolgen.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Een mogelijk gevolg is dat U niet meer 24/7 de spoedgevallen binnen kan wandelen zoals nu het geval is, tenzij via ambulance/112. In het systeem van de co-locatie zou u altijd telefonisch verwezen moeten worden door de huisarts. Hierdoor worden de wachttijden op spoedgevallen aanzienlijk verkort. Ik ben hiermee:

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Wanneer ik word verwezen naar de huisarts van wacht, verwacht ik meteen naar daar te mogen komen, met het risico dat ik langer moet wachten in de wachtzaal.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

Wanneer ik word verwezen naar de huisarts van wacht, verwacht ik een richtuur/afspraak te krijgen zodat ik niet te lang in de wachtzaal moet wachten.

- Helemaal akkoord
- Eerder akkoord
- Neutraal
- Eerder niet akkoord
- Helemaal niet akkoord

3. Technische onderzoeken

Uit voorgaande onderzoeken blijkt dat veel patiënten de spoeddiensten buiten de uren bezoeken omdat dit ‘s nachts de enige plaats is waar technische onderzoeken kunnen gebeuren (bloedname, radiologie, …).
Een co-locatie zou betekenen dat de huisarts van wacht ook gebruik kan maken van deze onderzoeken die zij normaal ‘s nachts niet tot hun beschikking hebben.

Wanneer ik geconfronteerd word met klachten van beenderen of spieren (bv. een omgeslagen enkel) wend ik mij **tijdens** de kantooruren naar. Gelieve uw keuze te motiveren in de daarvoor voorziene

- Spoedgevallen
- Huisarts
- Andere (zelf in te vullen)

Wanneer ik geconfronteerd word met klachten van beenderen of spieren (bv. een omgeslagen enkel) wend ik mij **buiten** de kantooruren naar. Gelieve uw keuze te motiveren in de daarvoor voorziene kader:

- Spoedgevallen
- Huisarts van wacht
- Andere (zelf in te vullen)

Wanneer ik geconfronteerd word met snijwonden wend ik mij **tijdens** de kantooruren naar. Gelieve uw keuze te motiveren in de daarvoor voorziene kader:

- Spoedgevallen
- Huisarts
- Andere (zelf in te vullen)

Wanneer ik geconfronteerd word met snijwonden wend ik mij **buiten** de kantooruren naar. Gelieve uw keuze te motiveren in de daarvoor voorziene kader:

- Spoedgevallen
- Huisarts van wacht
- Andere (zelf in te vullen)

4. Algemene vragen

Wat is voor U de meerwaarde om behandeld te worden door spoedarts? Wat is voor U een reden om eerder te kiezen voor spoeddienst?

Wat is voor U de meerwaarde om behandeld te worden door huisarts van wacht? Wat is voor U een reden om eerder te kiezen voor de huisarts van wacht/huisartsenwachtpost?

Wat ziet U als mogelijke nadelige gevolgen voor U als patiënt mbt bovenstaande voorstel tot co-locatie?

Wat ziet U als mogelijke positieve gevolgen voor U als patiënt mbt bovenstaande voorstel tot co-locatie?

13.3.3 Formulier met contactgegevens voor deelname aan de focusgroep

Aparte bijlage zodat de vragenlijst zelf anoniem blijft

We delen u graag mee dat in een 2e deel van dit onderzoek de resultaten uit de vragenlijst anoniem besproken zullen worden in zogeheten “focusgroepen”. Dit houdt in dat we een tiental patiënten verzamelen om over bovenstaande stellingen en antwoorden te discussiëren om een meer genuanceerde mening te krijgen. Dit gesprek zal hoogstens 1 uur duren en wordt georganiseerd in de gemeente van uw vaste huisarts. Wellicht vinden deze gesprekken plaats rond eind 2019-begin 2020. Hieronder kan u aangeven of u al dan niet mag gecontacteerd worden om deel te nemen aan deze focusgroep zodat we dieper kunnen ingaan op bovenstaande vragen en u uw meningen verder kan toelichten.

☐ Ik mag gecontacteerd worden om deel te nemen aan de focusgroep op volgend telefoonnummer/GSM-nummer en/of e-mailadres:

☏ ……

@ ……..

Hartelijk dank voor uw medewerking!

13.3.4 Formulier met contactgegevens voor deelname aan de focusgroep

Titel van de studie: Co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Plaatselijke artsen-onderzoekers:
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, birgitte.schoenmakers@kuleuven.be, +32 16 37 72 90
Dr. Chris Van Der Mullen
Huisartsen in opleiding: Dr. Timon Boeve, Dr. Jasper Van Criekinge, Dr. Jonas Wilms

Informatiedocument

Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie met betrekking tot de co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst. We willen graag de mening van patiënten omtrent deze co-locatie en de mogelijke gevolgen voor de zorg buiten de normale consultatie uren bevragen. We vragen u om deel te nemen aan een focusgroep om uw mening omtrent de co-locatie van de spoeddienst en de huisarts van wacht meer kwantitatief te bevragen. Er zal een geluidsopname worden gemaakt van het gesprek, dewelke anoniem verwerkt zal worden door de onderzoekers en nadien worden verwijderd.

Deze focusgroep wordt georganiseerd in context van een masterthesisproject Huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven en werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur)).

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- De behandeling die de arts-onderzoeker u in overeenstemming met de huidige aanbevelingen heeft voorgesteld niet zal veranderen door uw deelname aan deze studie.
- Uw deelname aan deze studie geen enkel gezondheidsrisico inhoudt.
- U geen persoonlijk voordeel van deelname aan dit onderzoek zal hebben. Voor de toekomst kan het onderzoek wel nuttige gegevens opleveren voor de verandering van het zorglandschap.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.
- Tijdens de deelname aan deze studie staat het U op vrij op elk ogenblik vrij de deelname stop te zetten. U hoeft geen reden op te geven voor het annuleren van uw deelname. Het niet deelnemen of het stopzetten van deelname zal geen enkele invloed hebben op de behandeling van U als patiënt of op de verdere samenwerking met uw arts.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Geïnformeerde toestemming

Deelnemende patiënt

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten.

Ik begrijp dat de onderzoekers gegevens verzamelen en dat ze deze gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Deze gegevens zullen enkel voor de onderzoekers beschikbaar zijn. Het gesprek zal anoniem verwerkt worden.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

_____	_____	_____
Naam, voornaam	Datum	Handtekening

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling 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 met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de arts-onderzoeker

_____	_____	_____
Naam, voornaam	Datum	Handtekening

Bijlage III – Gunstig advies ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Ons kenmerk: MP009864
Uw kenmerk: Masterproef studie: Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Timon Boeve, Jonas Wilms, Jasper Van Criekinge

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 11-03-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed, mits volgende wijziging. Het informatiedocument voor de drie groepen deelnemers vermeldt telkens dat deelname volledig vrijwillig is en dat de deelnemer ook nadat hij (zij) deelgenomen heeft zijn/haar deelname kan s

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.
De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 05-03-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.
De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,
Prof. De. Minne Casteels,
Voorzitter Ethische Commissie onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. Dr. Pascal Borry,
Voorzitter Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuven

Bijlage IV - Tabellen

Tabel 4: Telefonische aanmelding bij een co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst.

	n(%)		n(%)
Dokter aan lijn i.p.v. operator		Telefonische uitleg volstaat	
Helemaal eens	100 (25,1)	Helemaal eens	159 (39,4)
Eens	137 (34,3)	Eens	208 (51,5)
Oneens	127 (31,8)	Oneens	22 (5,4)
Helemaal oneens	35 (8,8)	Helemaal oneens	11 (2,7)
Geen antwoord	5 (1,3)	Geen antwoord	4 (1,0)
Operator maakt inschatting		Huisarts van wacht maakt inschatting	
Helemaal eens	47 (11,6)	Helemaal eens	101 (25,0)
Eens	187 (46,3)	Eens	226 (55,9)
Oneens	133 (32,9)	Oneens	61 (15,1)
Helemaal oneens	32 (7,9)	Helemaal oneens	10 (2,5)
Geen antwoord	5 (1,3)	Geen antwoord	6 (1,5)

Tabel 5: Triage bij co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst.

	n(%)		n(%)
Operator kan me correct verwijzen		Niet akkoord advies operator, eigen idee volgen	
Helemaal eens	83 (20,5)	Helemaal eens	16 (4,0)
Eens	266 (65,8)	Eens	90 (22,3)
Oneens	36 (8,9)	Oneens	213 (52,7)
Helemaal oneens	13 (3,2)	Helemaal oneens	71 (17,6)
Geen antwoord	6 (1,5)	Geen antwoord	14 (3,5)
Niet rechtstreeks naar huisarts van wacht		Niet rechtstreeks naar spoeddienst	
Helemaal eens	57 (14,1)	Helemaal eens	86 (21,3)
Eens	189 (46,8)	Eens	203 (50,2)
Oneens	113 (28,0)	Oneens	72 (17,8)
Helemaal oneens	33 (8,2)	Helemaal oneens	24 (5,9)
Geen antwoord	12 (3,0)	Geen antwoord	19 (4,7)
Geen vrije keuze hulpverlener		Verwijzing naar juiste hulpverlener*	
Helemaal eens	55 (13,6)	Bij wachtpost/spoed door operator	167 (41,3)
Eens	210 (52,0)	Telefonisch (1733)	164 (40,6)
Oneens	93 (23,0)	Zelf kiezen	94 (23,3)
Helemaal oneens	26 (6,4)	Geen antwoord	20 (5,0)
Geen antwoord	20 (5,0)		

Tabel 6: Technische onderzoeken bij co-locatie van de huisartsenwachtpost en spoeddienst.

	n(%)
Technisch onderzoek	
Beenderen/spieren	
Spoed	86 (21,3)
Huisarts van wacht/wachtpost	307 (76,0)
Andere	6 (1,5)
Niet ingevuld	2 (0,5)
Snijwonde	
Spoed	86 (21,3)
Huisarts van wacht/wachtpost	306 (75,7)
Andere	6 (1,5)
Niet ingevuld	2 (0,5)
Beoordeling door huisarts van wacht	
Eerder akkoord	353 (87,4)
Eerder niet akkoord	32 (7,9)
Niet ingevuld	19 (4,7)

Tabel 7: Multivariaat analyse op spectrum voorstander co-locatie en aspecten van telefonische aanmelding en triage.

	Parameter estimate*	**Standard error**	**Pr > |t|**	**Odds ratio**	**95% CI**
Voorstander co-locatie					
Arts doet telefonische aanmelding	- 0,06801	0,03245	0,0368	0,93	0,88 - 0,96
Telefonische uitleg voldoende	0,22599	0,04789	<0,0001	1,25	1,14 - 1,38
Telefonische inschatting door operator	0,07988	0,04579	0,0819	1,08	0,99 - 1,18
Telefonische inschatting door huisarts van wacht	0,09820	0,05194	0,0595	1,1	1,00 - 1,22
Doorverwijzing door operator	0,18171	0,04972	0,0003	1,2	1,09 - 1,32
Advies opvolgen van operator	- 0,09513	0,03940	0,0163	0,91	0,84 - 0,98
Beperking toegankelijkheid huisartsenwachtpost	0,07378	0,04376	0,0927	1,08	0,99 - 1,17
Beperking toegankelijkheid spoeddienst	0,22413	0,04471	<0,0001	1,25	1,15 - 1,37
Beperking vrije keuze hulpverlener	0,10655	0,04595	0,0210	1,11	1,01 - 1,22
Manier van doorverwijzing	0,02739	0,03957	0,4893	1,03	0,95 - 1,11
Arts doet telefonische aanmelding					
Leeftijd	- 0,01582	0,00266	<0,0001	0,98	0,98 - 0,99
Telefonische inschatting door huisarts van wacht					
Leeftijd	0,00090090	0,00217	0,6776	1,00	1,00 - 1,01
Telefonische inschatting door operator					
Leeftijd	0,00332	0,00236	0,1608	1,00	1,00 - 1,01
Telefonische uitleg voldoende					
Leeftijd	- 0,00045196	0,00207	0,8273	1,00	1,00 - 1,00
Doorverwijzing door operator					
Leeftijd	- 0,00088179	0,00194	0,6501	1,00	1,00 - 1,00
Advies opvolgen van operator					
Leeftijd	0,00269	0,00224	0,2290	1,00	1,00 - 1,01

*logaritmische odds ratio