Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts? - deel één

Auteur: Jolien Dirckx, KU Leuven

Co-auteur: Astrid Gils, KU Leuven

Promotor: Dr. Jan Verbakel, KU Leuven

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.

Abstract

Inleiding: Om het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst en de huisartsenwachtpost te beperken, werd het 1733-project in leven geroepen. Dit is een telefonisch triagesysteem, waarbij een operator aan de hand van protocollen de ernst van de hulpvraag van de patiënt inschat. Op basis hiervan wordt een advies geformuleerd aan de patiënt zodat hij/zij weet wat te doen met de hulpvraag. Deze studie peilt naar de mening van de huisarts over dit project.

Methode: In deze kwalitatieve studie wordt de mening van huisartsen, werkzaam met het 1733-project, bevraagd aan de hand van semigestructureerde interviews. Twee onderzoekers analyseren de uitgetypte interviews via het principe van thematische analyse met behulp van het QUAGOL-protocol.

Resultaten: Een heterogene groep van 19 artsen werd geïnterviewd. De geïnterviewde artsen hebben overwegend de perceptie van een afname in de werkdruk tijdens de wachtdienst. De pathologie op de wachtpost valt volgens de artsen onder de noemer ‘huisartsenpathologie’. Daarbij wordt er benadrukt dat ‘uitgestelde zorg’ meer geadviseerd mag worden. Het verbod op telefonisch advies heeft voor- en tegenstanders. De bevraagde huisartsen vinden het erg moeilijk om de correctheid van de protocollen te beoordelen. Bovendien ervaren de meeste artsen een toename van de veiligheid, dit zowel voor de patiënt als de arts.

Conclusie: De geïnterviewde huisartsen staan open voor de veranderingen die het 1733-project met zich meebrengt. Het merendeel ervaart deze als een positieve toevoeging. Enkelen zijn erg kritisch, maar erkennen de noodzaak tot verandering en het nut van het project.

Inhoudsopgave

Inleiding 1

Methode 2

Resultaten 3

Overzicht 3

Resultatenanalyse 4

A. Veranderingen in het takenpakket van de huisarts 4

1. Gepercipieerde afname van de werkdruk 5

2. Het verbod op telefonisch advies verdeelt de artsen 7

3. Het toenemend belang van ‘triage ten velde’ 8

4.Verschillende indrukken over de invloed op de pathologie 9

a. algemene indrukken 9

b. niet planbare pathologie 10

c. planbare pathologie 11

d. pathologie op de spoedgevallendienst 12

e. comfortzone van de huisarts 12

5. De vraag om huisbezoeken tot een minimum te beperken 13

6. Geruststelling als belangrijke taak van de huisarts 15

7. Wrange gevoelens door verlies aan zelfstandigheid 16

B. De visie van de huisarts over de protocollen 17

1. Het beoordelen van de protocollen is moeilijk voor de arts 17

2. Indruk van toename van de veiligheid voor de patiënt en arts 20

3. Bepaalde patiëntenpopulaties vereisen een specifieke aanpak 22

4. Het advies ‘uitgestelde zorg’ mag vaker gebruikt worden 24

5. De huisarts staat overwegend achter een niet-bindend advies 25

Discussie 26

Algemene bevindingen 26

Sterktes en zwaktes 27

Toetsing aan bestaand onderzoek 27

Mogelijke implicaties voor de praktijk 27

Voorstellen voor toekomstig onderzoek 28

Conclusie 28

Referenties 29

Bijlagen 30

Inleiding

Voor een patiënt is het niet eenvoudig om te beslissen welk niveau van zorg vereist is voor zijn/haar hulpvraag. Dat geldt in het bijzonder voor medische problemen die zich voordoen buiten de reguliere werkuren, wanneer er geen contact mogelijk is met de vertrouwde zorgverleners. Daardoor komt de patiënt niet altijd op de meest aangewezen dienst terecht. Dit heet het oneigenlijk gebruik van het zorgsysteem. Zo valt op dat bij aanmelding op de spoedgevallendienst een (groot) deel van de klachten gecategoriseerd kan worden onder de noemer 'huisartsgeneeskunde'. In België zijn er 1.24 spoedgevallendiensten per 100.000 inwoners (1). In vergelijking met onze buurlanden is dat een hoog aantal. Bovendien stijgt het bedrag van de spoedhonoraria jaar na jaar (1). Een duurzamere en efficiëntere aanpak dringt zich op om de gezondheidszorg betaalbaar te houden. Ook in de huisartsenwachtpost wordt een gelijkaardig fenomeen gezien. Tijdens de avond- of weekenduren consulteren heel wat patiënten de wachtarts voor planbare klachten (vb. chronische of niet-urgente klachten).

Om de zorg tijdens de wachturen efficiënter te laten verlopen, werd er geopteerd om een systeem in leven te roepen dat dat oneigenlijk gebruik zou verminderen. Na een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd het 1733-project als één van de opties naar voor geschoven. Dit is een formeel telefonisch triagesysteem waarbij een patiënt met een hulpvraag na het bellen van het nummer '1733' terechtkomt bij een telefoonoperator die opgeleid is in medische triage. Aan de hand van federaal opgestelde protocollen stelt de operator vragen waarmee de ernst van de hulpvraag en de mobiliteit van de patiënt worden ingeschat. Nadien wordt er een niet-bindend advies geformuleerd met een verwijzing naar de best geplaatste zorg voor deze hulpvraag op dat moment. Daardoor ontstaat een systeem van zorg op maat in plaats van zorg op vraag (2,3) .

In België wordt het triagesysteem van het 1733-project momenteel gebruikt in de wachtpost van Tienen, Leuven en Mechelen. België volgt met de invoer van die formele telefonisch triage het voorbeeld van o.a. Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken (4). In Nederland wordt er nationaal gebruik gemaakt van een triagesysteem, de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Dat systeem wordt uitgevoerd door opgeleide verpleegkundigen onder supervisie van een huisarts. Uit onderzoek blijkt dat dankzij de NTS de werkdruk bij huisartsen sterk gedaald is, samen met een grotere voldoening bij het uitoefenen van hun job (4,5). In Denemarken is geen nationaal gestandaardiseerd triagesysteem, maar is de huisarts per wachtpost zelf verantwoordelijk voor de telefonisch triage. De hulpvraag wordt er in 59% van de gevallen telefonisch afgehandeld. Daardoor is de werkdruk voor de huisarts fors gedaald (4,6). In het Verenigd Koninkrijk gebeurt de triage door niet-medisch opgeleid personeel. Zij kunnen de

patiënt doorschakelen naar een verpleegkundige om telefonisch advies te krijgen (4,7). Dit systeem leunt dichtst aan bij het Belgische 1733-project.

In België werd er al onderzoek verricht naar de patiëntentevredenheid over het 1733-project. Die studie toonde aan dat de meerderheid van de patiënten tevreden tot zeer tevreden is over het telefonische triagesysteem (8). De vraag is of die tevredenheid ook geldt bij de huisartsen die met dat systeem werken. Tot op heden zijn daarover nog geen gegevens beschikbaar. Deze kwalitatieve studie probeert dat hiaat op te vullen door naar de mening van de huisartsen over het 1733-project te peilen. Deze paper is het eerste deel van een tweeluik, waarin de mening van de huisartsen over het 1733-project op verschillende punten in kaart gebracht wordt (9).

Methode

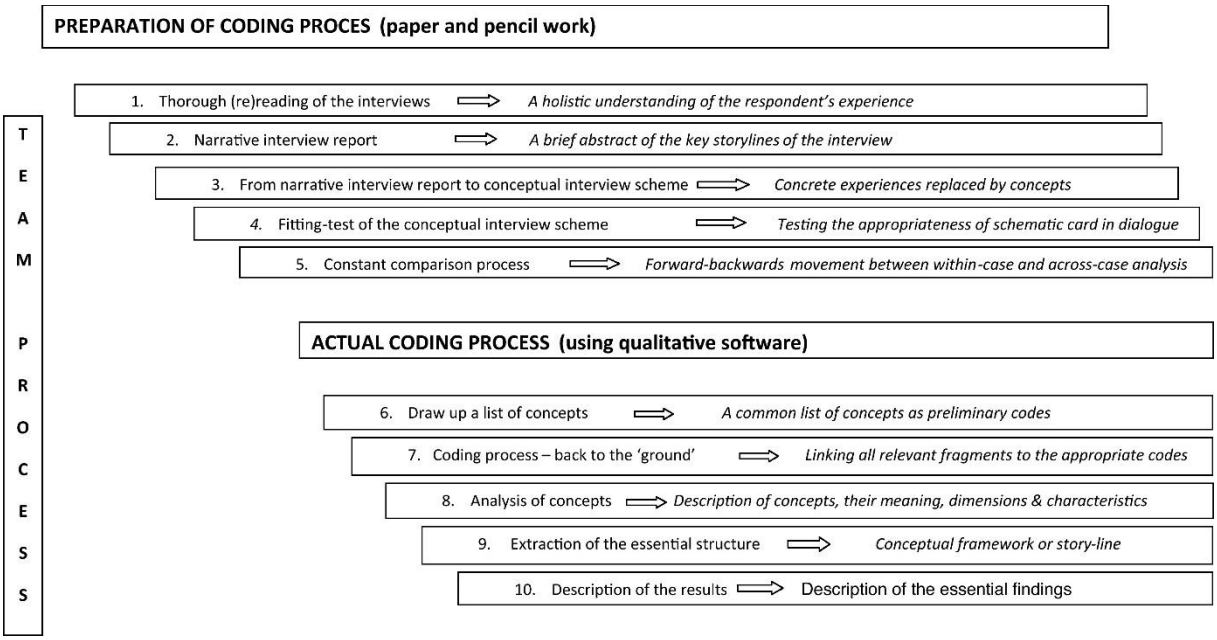
Het doel van dit onderzoek is om de mening van de huisarts over het 1733-project te evalueren. Er werd gekozen voor een kwalitatieve studie aan de hand van semigestructureerde interviews bij huisartsen. Een goedkeuring hiervoor werd aangevraagd bij de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven. Deze werd toegekend op 11-03-2019 (zie bijlage I).

Enkel huisartsen die werken met het 1733-project kwamen in aanmerking om deel te nemen aan de studie. In Tienen, Leuven en Mechelen werken de wachtposten met het 1733-triagesysteem aan de hand van federaal opgestelde protocollen. Er werd geopteerd om enkel artsen uit deze wachtposten aan te spreken. Het rekruteren van de huisartsen gebeurde in verschillende stappen. In eerste instantie werd aan de verantwoordelijken van de wachtposten in Leuven, Tienen en Mechelen gevraagd om de informatiebrief (zie bijlage II) te publiceren in hun nieuwsbrieven. Enkel in de nieuwsbrief van de wachtpost in Leuven werd deze informatie opgenomen. In tweede instantie werden huisartsen gecontacteerd via mail met dezelfde informatiebrief als bijlage. In derde instantie werd er telefonisch contact opgenomen met huisartsen werkzaam in één van de drie wachtposten. Bij interesse werd er een interview gepland. Het afnemen en analyseren van de verschillende interviews gebeurde simultaan. Het rekruteren van huisartsen werd stopgezet toen uit de analyse bleek dat datasaturatie bereikt was.

Het verzamelen van data gebeurde via semigestructureerde interviews afgenomen door één interviewer. Elk interview werd afgenomen in het kabinet van de deelnemende arts. Een informed consent (zie bijlage II) werd door de geïnterviewde ondertekend voor de start van het interview. Er werd een audio-opname gemaakt via smartphone of computer. Emoties,

specifieke gedragingen en gebaren werden met de hand genoteerd. De richttijd voor de afname van een interview bedroeg 30 minuten. Als handleiding werd een conceptueel schema (zie bijlage III) gebruikt. Dat was opgesteld met als doel zo veel mogelijk aspecten van het 1733-project tijdens het gesprek naar voren te laten komen. De audio van het interview werd in tweede tijd woord-per-woord uitgetypt.

Zoals eerder vermeld, gebeurde het afnemen en analyseren van interviews binnen dezelfde tijdspanne. Dit gaf de mogelijkheid om het moment van datasaturatie te bepalen. De analyse gebeurde via het principe van thematische analyse. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het QUAGOL-protocol (zie figuur 1). Beide arts-onderzoekers hebben alle interviews onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Het softwarepakket Nvivo (QSR international, Massachusetts) werd gebruikt voor het verwerken van de gegevens. Na thematische analyse van de interviews met behulp van het QUAGOL-protocol kwamen er verscheidene thema's (zie bijlage IV) naar voor. Onderbouwd door quotes werden de resultaten van de data-analyse uitgeschreven per categorie.



Figuur 1 - QUAGOL: a guide for qualitative data analysis

Resultaten

Overzicht

Er werden in totaal 19 artsen geïnterviewd in een interval van twee maanden. Eén arts reageerde op de oproep tot deelname in de nieuwsbrief van de wachtkring van Leuven. Twee artsen toonden interesse na het ontvangen van de informatiebrief per mail. De rest (16) van de artsen nam deel na een telefonische toelichting over de studie. De groep geïnterviewden is

zeer heterogeen (zie tabel 1). Er namen 12 vrouwen en zeven mannen deel aan de interviews. Zeven artsen werken in Leuven, vier in Tienen en acht artsen zijn werkzaam in het wachtsysteem in Mechelen. De jongste geïnterviewde heeft een kleine twee jaar ervaring, de oudste deelnemer 35 jaar. Er werden drie solo-artsen geïnterviewd, één arts uit een wijkgezondheidscentrum, twee huisartsen-in-opleiding en 13 artsen in een groepspraktijk. Alle geïnterviewde artsen werken met een secretaresse of elektronische agenda in de eigen praktijk.

Karakteristieken deelnemers	**Aantal**
Totaal	19
Gender	
Man	7
Vrouw	12
Leeftijd	
25 - 34 jaar	10
35 - 44 jaar	2
45 - 54 jaar	3
55 - 64 jaar	4
Regio	
Leuven	7
Mechelen	8
Tienen	4
Type praktijk	
Solo	3
Groep	13
WGC	1

Na analyse van de interviews konden er vijf grote thema's onderscheiden worden: 'veranderingen in het takenpakket van de huisarts', 'de visie van de huisarts over de protocollen', 'impact van het project op de patiënt', 'samenwerking met de operator', en 'overige'. De laatste drie thema's worden in deze masterpaper niet aangehaald, maar besproken in 'Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts? – deel twee' (9).

Resultatenanalyse

A. Veranderingen in het takenpakket van de huisarts

Door het invoeren van het telefonische triagesysteem 1733, is het takenpakket van de huisarts tijdens een wachtdienst veranderd. De ervaringen en indrukken van de huisarts hierover worden besproken in dit onderdeel.

1. Gepercipieerde afname van de werkdruk

Het aantal taken dat de huisarts voor zijn rekening neemt tijdens de wachturen is verminderd. Dit resulteert voornamelijk in de perceptie dat er een afname is van de werkdruk. De ervaren werkdruk is volgens de geïnterviewden afhankelijk van de gecreëerde telefonische rust, de toename in structuur, het bevorderen van mentale rust en het aantal patiëntencontacten.

Alle artsen ervaren sinds de opstart van het 1733-project een verandering van de werkdruk tijdens de wachtdiensten. De artsen geven ook aan dat dit nodig was.

> *'Er zijn 118 uren dat je permanentie moet verzorgen, verplicht vanuit uw beroep, aan de patiënt. Hoe ga je dat oplossen als je daar geen organisatie in steekt?'.* (huisarts K)

De meeste artsen geven aan dat een wachtdienst als aangenamer wordt ervaren sinds de invoer van dit systeem.

> '*Ik denk dat het voor de artsen aangenaam is, omdat het systeem van 1733 het makkelijker maakt. Omdat er werk en inschatting voor u wordt gedaan.'* (huisarts I)

> *'Een wacht is toch minder vermoeiend dan vroeger.'* (huisarts O)

Telefonische triage behoort niet meer tot het takenpakket van de huisarts. Ook telefonisch advies wordt beperkt tot zorgverleners. Huisartsen ervaren het wegvallen van deze telefoons als een duidelijke ontlasting. Niet alleen de vermindering van het aantal telefoontjes geeft rust, ook de regelmatige discussies tussen arts en patiënt worden op deze manier vermeden. Zulke discussies, bijvoorbeeld over het al dan niet toekennen van een huisbezoek, werden als tijdrovend en frustrerend ervaren.

> *'De telefoonlast is natuurlijk afwezig. Dat is positief.'* (huisarts N)

> '*Op de wachtpost zelf is het rustiger werken, omdat je geen telefoons meer krijgt. Dat is een grote verbetering. Ook de discussies die er vroeger waren met mensen, die bellen naar de wachtpost en een huisbezoek eisen, dat is nu verschoven naar 1733.'* (huisarts A)

Doordat de arts op deze manier minder gestoord wordt, kan hij/zij beter doorwerken. De arts kan zich met andere woorden focussen op de kerntaak: patiënten onderzoeken, diagnoses stellen, eventueel een behandeling opstarten of geruststellen.

> '*Een voordeel is dat je minder gestoord wordt. Ik moet zelf geen telefoons opnemen of afspraken regelen tijdens de wachtdienst.'* (huisarts Q)

'Je moet gewoon aan uw bureau zitten en de patiënt onderzoeken.' (huisarts R)

Heel wat artsen geven aan dat er sinds de opstart van 1733 meer structuur aanwezig is. Volgens de geïnterviewden komt dit doordat de agenda niet langer door de arts wordt opgemaakt. Het plannen van consulten en huisbezoeken is uit handen gegeven waardoor het werk duidelijker en meer afgelijnd wordt. Over het algemeen ervaren de artsen dit als nuttig.

'*Ik vind het redelijk gestructureerd werken in een niet structureerbare materie. Het is rustiger werken. Duidelijk en afgelijnd.'* (huisarts J)

'1733 trieert en zet de afspraak vast in de agenda. Ofwel bij de zittende wachtarts, ofwel bij de rijdende wachtarts. Dat vind ik wel een meerwaarde.' (huisarts O)

De artsen geven echter wel aan dat dit ook enkele nadelen met zich meebrengt. Zo kan de arts niet zelf bepalen wanneer de patiënt gezien wordt. Voornamelijk 's nachts wordt dit als lastig ervaren.

'*Je kan niet zeggen als de patiënt om 6u 's morgens belt, 'kom om 8u30'.'* (huisarts C)

Als tweede nadeel meldt een arts dat er een afname van collegialiteit is. Doordat er een agenda per persoon wordt voorzien, is er minder de neiging om iemand anders te hulp te schieten.

Vele artsen ervaren een toename van de mentale rust en dit om verschillende redenen. Een eerste belangrijke reden is dat de zeer acute pathologie er reeds telefonisch uitgefilterd wordt. De artsen geven aan hierdoor minder angstig te zijn voor wat ze kunnen aantreffen. Dit reduceert de stress tijdens een wachtdienst.

'*Ik ben wat minder bang voor mijn wacht. Omdat ik wel het gevoel heb dat zij het al controleren voor mij en dat ik huisartsgeneeskundige zaken ga krijgen. Vroeger had ik oprecht wel schrik van: 'wat ga ik hier krijgen?'.'* (huisarts O)

Ook de beslissing om al dan niet in te gaan op een planbare hulpvraag, ligt niet meer bij de arts. Dit geeft rust. Het ongemakkelijke gevoel dat ontstaat bij het negeren van een hulpvraag wordt hierdoor vermeden. Bovendien ervoeren sommige artsen in het verleden frustratie wanneer ze planbare pathologie zagen op de wachtpost. Omdat dit nu door de triage gefilterd en beslist wordt, is het gemakkelijker te aanvaarden dat deze patiënten gezien moeten worden.

'Het is praktischer dat je toch meer mensen ziet waar je van weet: 'oké, die hebben het echt wel nodig, het is meer waarschijnlijk dat die het nodig hebben'.' (huisarts Q)

'Deontologisch vind ik het ook moeilijk als huisarts om een patiënt die een hulpvraag heeft, misschien niet relevant voor u, om die af te schepen. Puur empathisch vind ik dat ook moeilijk.' (huisarts K)

Tenslotte wordt de mentale rust positief beïnvloedt door het beschermende systeem dat gecreëerd wordt door het 1733-project.

'D*e arts staat er niet meer alleen voor, er staat een heel systeem achter'*. (huisarts S)

Enkele artsen geven echter aan dat er meer mensen fysiek naar de wachtpost komen, mede wegens het wegvallen van het telefonisch advies. Volgens hen is er een toename van de consultaties in de wachtpost en dus ook een toename van de werkdruk.

'*Ik ben er zeker van dat we meer patiënten zien. Dat er vroeger meer telefonisch werd opgelost.'* (huisarts O)

'Het is van moeten. De mensen moeten komen met hun problemen.' (huisarts L)

De nachtelijke contacten lijken daarentegen afgenomen. Over het aantal huisbezoeken zijn de meningen verdeeld. Dit laatste komt verder aan bod bij A.5 de vraag om huisbezoeken tot een minimum te beperken.

''*s Nachts bijvoorbeeld, we staan objectief veel minder op dan vroeger.'* (huisarts C)

2. Het verbod op telefonisch advies verdeelt de artsen

Het geven van telefonisch advies aan een patiënt is niet meer mogelijk sinds de invoer van 1733. Telefonisch contact tussen arts en patiënt werd door het systeem immers geëlimineerd.

Een deel van de artsen ervaart dit als zeer goed. Er wordt door hen aangegeven dat er niet aan kwaliteitsvolle geneeskunde gedaan kan worden via de telefoon. Bovendien geven deze artsen aan dat het strafbaar is.

'Ik ben er nooit voorstander van geweest. De Orde der Artsen is daar heel streng over. Je kent de patiënten ook niet, dan is het heel moeilijk. En een vraag voor telefonisch advies, is dit een vraag voor advies of is het toch een vraag om een arts te zien? (huisarts A)

'Dat is goed, aangenaam, positief. Ik hou daar niet van. Dan heb ik liever dat ze even komen en dat we het gewoon bekijken, want je kan niet werken aan de telefoon he.' (huisarts E)

'*Dat is fantastisch! Heel vaak zijn die telefonische consultaties toch maar over onbenulligheden. Die hadden wel gewoon kunnen wachten tot maandag.'* (huisarts H)

Een andere groep van de geïnterviewden vindt het echter zeer spijtig dat de mogelijkheid tot telefonisch advies is afgeschaft. Het aantal effectieve consultaties ligt hierdoor hoger, ook 's nachts. Vooral omdat banale vragen niet meer telefonisch afgehandeld kunnen worden.

'Een heikel punt! Ik vind dit een verlies aan service voor de patiënt.' (huisarts B)

'*Zeer zeer spijtig! Ik vind dat gemakkelijk en dat is ook laagdrempelig. Zeker bij pijn: je kan de situatie via de telefoon eventjes overleggen. En dat betekent niet dat je de patiënt niet meer moogt zien, he.'* (huisarts C)

'*Ik vind dat wel jammer. Ik zou dat ook niet storend vinden om dat te doen ondertussen, want je bent eigenlijk net wat werk aan het besparen als je iets telefonisch kunt oplossen.'* (huisarts G)

Er kan enkel telefonisch overlegd worden met andere hulpverleners, zoals verpleegkundigen, apothekers of kinesisten. Deze mogelijkheid ondersteunen alle artsen.

3. Het toenemend belang van 'triage ten velde'

Binnen het 1733-project wordt de telefonische triage uitgevoerd door hiervoor opgeleide operatoren. De operator heeft echter geen ogen op het werkveld. Bij twijfel over de zorgnood, kunnen huisartsen tijdens hun wachtdienst op huisbezoek gestuurd worden om de situatie te evalueren. Dit heet een triage ten velde.

De artsen geven aan dit systeem van 'triage ten velde' vooral handig te vinden in woonzorgcentra. Er wordt ook aangeven dat dit systeem financieel meer verantwoord is dan bij de minste twijfel een ambulance te sturen. Bovendien kan de arts ter plaatse al enkele nuttige handelingen uitvoeren in afwachting van extra hulp, indien dit toch nodig blijkt te zijn. Zo kan er reeds pijnstilling worden toegediend of eventueel een infuus geplaatst worden.

'Soms *worden we opgeroepen, omdat ze zelf twijfelen bij de triage en dan zijn wij de eerste persoon om te gaan kijken, in feite om een triage te velde te doen. Dit gebeurt regelmatig in rusthuizen.'* (huisarts A)

'Een verschil is ook dat je soms uitgestuurd wordt om fysiek, ter plaatse, de zaak te gaan triëren. Om te kijken of er meer hulp nodig is of dat het ook door de huisarts kan opgelost worden.' (huisarts K)

Fysiek triëren is belangrijk. Doordat de telefonische triage niet meer door de arts zelf gebeurt, is het belang hiervan enkel toegenomen. Iedere arts geeft aan automatisch opnieuw te triëren tijdens het patiëntencontact. Eigenlijk voert elke arts dus een 'triage ten velde' uit bij aankomst.

'Ik ben die triage al vergeten, eens dat je daar binnen bent, dan doe je gewoon wat je anders zou doen.' (huisarts G)

4. Verschillende indrukken over de invloed op de pathologie

Een van de doelen is het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten én huisartsenwachtposten minimaliseren. Via telefonische triage kan de planbare zorg uitgesteld worden naar de reguliere uren, wat zou resulteren in een verschuiving van de pathologie naar overwegend niet-planbaar. Er zijn verdeelde meningen over de invloed van het 1733-project op de pathologie.

a. Algemene indrukken

Vele artsen vinden dat er een verandering is in pathologie sinds de opstart van het 1733-systeem.

'Duidelijk meer huisartsenpathologie, comme il faut, en minder ballast van wat eigenlijk niet hoeft gezien te worden.' (huisarts K)

Anderen merken op dit vlak dan weer geen significant verschil, zeker niet tijdens de zittende wacht.

'*Naar huisbezoeken toe, is dat wel een verschil. Maar op de wachtpost zelf, heb ik niet het gevoel dat er een groot verschil is.'* (huisarts H)

'*De pathologie is voor mij hetzelfde.'* (huisarts N)

Afhankelijk van de regio kunnen de patiënten immers zonder voorafgaande triage terecht op de wachtpost, waardoor enkele artsen aangeven dat het effect van 1733 op de pathologie moeilijk in te schatten is.

'Ik weet dan niet altijd of ze 1733 hebben gebeld.' (huisarts F)

'*Maar dat zijn ook patiënten die zonder 1733 komen. We weten dan ook niet of die zich spontaan hebben aangemeld of via 1733.'* (huisarts N)

Alle huisartsen geven aan dat de pathologie die gezien wordt tijdens een wachtdienst zeker onder de noemer 'huisartsengeneeskunde' thuishoort.

'Ik vind dat hetgeen dat je op de wachtpost ziet, huisartsgeneeskunde is voor tijdens de wacht. Absoluut.' (huisarts J)

'*Het zijn echt wel huisartsdingen.'* (huisarts O)

De artsen die een verandering merken, vinden dat de uitersten er aan beide zijden worden uitgehaald.

'Het heeft wel invloed op de pathologie, die extreme dingen gaan eruit, in de twee richtingen.' (huisarts S)

b. Niet planbare pathologie

De zeer urgente pathologie wordt eruit getrieerd. Dit wordt als positief ervaren. Het is immers belangrijk om bij bepaalde aandoeningen, zoals een CVA of een hartinfarct, geen tijd te verliezen.

'*Qua werk merk ik dat je iets minder acute acute zaken ziet, omdat in feite de echt acute gevallen al weg getrieerd worden.'* (huisarts A)

'*De echte urgente worden eruit gefilterd. En dat gaat dan automatisch naar spoed. Ik denk dat dat in veel opzichten te verantwoorden is, en ook logisch is.'* (huisarts E)

De artsen geven wel aan dat er nog voldoende acute pathologie naar de huisarts wordt verwezen én dat dit ook terecht is. Als argument wordt hierbij aangehaald dat deze aandoeningen vaak niet acuut starten, maar hier wel naar kunnen evolueren.

'Ik vind een evaluatie door de huisarts vaak zinvol, zelfs als ze pijn op de borst hebben. Want je hebt 'druk op de borst' en 'druk op de borst'. Heeft die een hyperventilatie-aanval of heeft die iets anders?' (huisarts E)

'Redelijk wat zaken die je moet doorsturen presenteren zich niet zo acuut.' (huisarts D)

Er zijn echter ook artsen die opmerken dat er evenveel of zelfs meer acute pathologie gezien wordt op de wachtpost sinds de invoer van 1733.

'Ik heb zeker niet het gevoel dat ik minder ernstige zaken zie.' (huisarts D)

Andere artsen geven aan dat ze hier geen uitspraak over kunnen doen.

'*Dat is moeilijk om te zeggen, uw gevoel is soms anders dan de werkelijkheid, he. Zware pathologie of slechte uitkomsten blijven u langer bij, dan kleine pathologie. Dus dat is niet objectief.'* (huisarts C)

c. Planbare pathologie

Aan de andere kant van het spectrum van pathologie bevindt zich de planbare pathologie, zoals chronisch of banale aandoeningen. Het merendeel van de artsen geeft aan dat ze de triage te laagdrempelig vinden. Er komt met andere woorden nog heel wat planbare pathologie op de wachtpost. Hoewel dit wel al wat verminderd lijkt, zouden er naar hun gevoel meer patiënten getrieerd kunnen worden naar 'uitgestelde zorg'. Een aantal artsen vragen zich zelfs af of dit advies wel gegeven wordt.

'*Niet zozeer te moeilijk of makkelijk, maar wel vaak dingen die kunnen wachten of overbodig zijn. Ik weet ook niet of ze een hulpvraag mogen weigeren.'* (huisarts I)

'Ik verschiet van het feit dat ze ook kunnen kiezen voor: 'dit is voor morgen', want het lijkt mij dat dat luik toch een pak vaker mag gebruikt worden. ' (huisarts F)

Als mogelijke redenen hiervoor wordt gegeven dat het telefonisch evalueren van een klacht van de patiënt niet altijd even eenvoudig is. De patiënt brengt tijdens het patiëntencontact immers vaak een ander verhaal.

'Ik denk dat het moeilijk is om in te schatten, ik vind dat ook altijd moeilijk aan telefoon. Een patiënt zegt ook niet altijd de dingen in de juiste volgorde. Wij zijn gewoon met het belangrijkste eerst te beginnen, maar een patiënt niet.' (huisarts I)

Er wordt echter ook aangehaald dat het voorlichten van de patiënt bij planbare pathologie belangrijk is. De patiënt moet leren dat hij/zij toch deels verantwoordelijk is voor de eigen gezondheid en dat er niet voor de minste klacht onmiddellijk een dokter geraadpleegd moet worden.

'Als je mensen voor het minste altijd maar laat komen, dan geef je ook een verkeerde boodschap aan de patiënt. Je moet laten zien aan de patiënt dat hij instaat voor zijn eigen gezondheid. Als de gewone huis-tuin en keukenmiddeltjes niet helpen is uw vraag gerechtvaardigd om een arts te zien.' (huisarts Q)

Meerdere artsen stellen zich tijdens het interview de vraag of een huisartsenwachtpost een doorloop van zorg is of een systeem voor niet-planbare zorg. Ze geven aan dat hierop van hogerhand een duidelijk antwoord geformuleerd moet worden én dat hier vervolgens sensibiliseringscampagnes over moeten komen. Vele klachten kunnen immers wachten tot de reguliere uren.

> '*Daar moeten we duidelijk in zijn, voor wat de wachtpost dient en waarvoor niet.'* (huisarts K)
>
> '*Kun je komen voor uw keelpijn om 4u 's nachts?'* (huisarts C)
>
> '*In de wachtpost vind ik dat dat er een beetje overgaat, want het is wel een wachtpost voor dringende zaken en soms is het echt niet dringend.'* (huisarts F)
>
> '*Ik merk dat het vaak comfortbezoeken zijn, als ik het zo mag zeggen. Mensen vinden het gewoon gemakkelijker om in het weekend te komen dan in de week.'* (huisarts R)

d. Pathologie op de spoedgevallendienst

Enkele huisartsen vragen zich af of er op de spoedgevallendienst een verschil wordt opgemerkt in pathologie. Ze hopen dat daar minder huisartsenpathologie terechtkomt sinds de invoer van het triagesysteem. Er wordt ook geopperd dat er veel huisartsenpathologie rechtstreeks naar de spoedgevallendienst gaat. Deze wordt tot op heden niet doorverwezen naar de wachtpost. Hierover bestaat frustratie bij een aantal artsen.

> '*Misschien werkt het zelfs nog beter in de andere richting. Dat er nu minder mensen naar spoed en meer naar bij ons komen.'* (huisarts P)
>
> '*Ik denk dat je dat verschil, qua belasting of pathologie, meer gaat zien op een spoedgevallendienst. Zij zouden in principe minder huisartsenpathologie moeten zien. De vraag is of dit ook zo is natuurlijk.'* (huisarts Q)
>
> *'Zolang er aan de poort van de spoed niets gebeurd, dan heeft het totaal geen zin. Daar moet vooral ook een mentaliteit komen van, alles wat eigenlijk huisartsgeneeskunde is, moet naar de wachtpost.'* (huisarts M)

e. Comfortzone van de huisarts

Sommige artsen merken op dat ze meer aandoeningen buiten hun comfortzone zien. 1733 voert immers de triage uit en beslist welke patiënt verwezen wordt of niet. Vroeger kon een arts patiënten die buiten zijn comfortzone vielen doorverwijzen.

‘We hebben zo’n breed werkterrein en elke huisarts heeft zijn comfortzone en zijn niet-comfortzone (lacht). Je kan dus nu uitgestuurd worden voor dingen die niet echt uw comfortzone zijn.’ (huisarts K)

‘Het kan misschien wat onzekerheid geven soms, omdat je er niet mee vertrouwd bent, maar ik vind het wel echt de taak van de huisarts. Dus ik vind dat wat ze doorsturen, dat moeten we gewoon kunnen. (huisarts N)

Dit geldt ook voor het uitvoeren van technische vaardigheden. Dit gaat om handelingen zoals het afnemen van een ECG, het uitvoeren van een hechting of het sonderen van een patiënt. Niet elke arts voert deze uit in de eigen praktijk, waardoor sommige artsen ook hier uit hun comfortzone moeten treden tijdens de wachtdienst.

‘Ik denk dat sommige technische vaardigheden wat moeten opgefrist worden, omdat je toch al eens kunt uitkomen bij een globe vesicale, dan moet je toch kunnen sonderen, een ECG moet je toch wel echt goed kunnen aflezen. Dus dat is misschien ook wat veranderd.’ (huisarts J*)*

5. De vraag om huisbezoeken tot een minimum beperken

Het uitvoeren van een huisbezoek, is één van de taken van de huisarts. Ook tijdens de wachtdienst kan er een huisarts aan huis komen. Dit is echter een tijdrovende manier van werken. 1733 kan helpen om het aantal huisbezoeken te beperken tot deze die strikt noodzakelijk zijn.

De meeste huisartsen hebben het gevoel dat er minder huisbezoeken zijn. Bovendien geven ze aan dat de pathologie op deze bezoeken ook relevanter is geworden.

‘*Het meest frappante is het verminderen van het aantal huisbezoeken. Fors minder huisbezoeken en ook minder van die onnuttige huisbezoeken’* (huisarts H)

‘*Ik denk dat daar ook wel een evolutie is. Dat er veel meer mensen echt gezien worden door de zittende arts en dat er minder huisbezoeken zijn.’* (huisarts O)

De artsen wijzen hiervoor als oorzaak aan dat het aanvragen van een huisbezoek enkel kan via 1733 en dat hier dus altijd een triage gebeurd. De huisbezoeken beperken zich nu meer tot de oudere populatie en de echt zieke mensen. Anderen worden door 1733 aangezet om zich te verplaatsen. Dit vinden de artsen een zeer goede evolutie.

'*Ik denk dat het echt een heel goed systeem is en zeker dat er minder huisbezoeken voor prul worden gedaan. Ze kunnen alleen huisbezoeken aanvragen door naar 1733 te bellen, en ik vond die triage redelijk goed.'* (huisarts D)

'*Ik denk dat dat ook een mooie evolutie is, dat de huisbezoeken worden gereserveerd voor de echte zieke mensen.'* (huisarts O)

Twee verschillende argumenten om huisbezoeken tot een minimum te beperken komen regelmatig terug: er kan een meer kwaliteitsvolle geneeskunde worden aangeboden in de consultatieruimte én patiënten die naar spoed kunnen rijden, kunnen ook naar de wachtpost rijden.

'Wij proberen het aantal huisbezoeken zo miniem mogelijk te houden. Ik vind dat je nog altijd betere geneeskunde kunt doen in de praktijk zelf.' (huisarts L)

'Als je echt ziek bent, rijden de mensen toch ook naar de spoed?. Dus als je dat kunt, zoals 1733 ook doet, dan zeggen we ook van 'kom maar naar hier hé.' (huisarts Q)

Enkele artsen geven echter aan dat er geen significant verschil lijkt te zijn in het aantal huisbezoeken. Bovendien zijn sommige artsen zelfs van mening dat er meer huisbezoeken gedaan worden en dit vooral in de nacht. Er wordt aangegeven dat dit een gevolg is van het verbod op telefonisch advies.

'We zouden nu wel wat minder huisbezoeken doen blijkbaar, maar ik ben daar toch zo nog niet van overtuigd. Dat gaan we in de statistieken allemaal moeten bekijken. Want dat blijft nog wel redelijk stabiel, denk ik zelf.' (huisarts M)

'Ik merk wel dat je, vooral dan 's nachts in het weekend, vaker moet gaan.' (huisarts G)

De telefonisch discussie over al dan niet een huisbezoek, wordt door 1733 gevoerd. Enkele artsen benadrukken hun opluchting hierover. Als arts is het moeilijker om een patiënt met een hulpvraag aan te sporen om zich te verplaatsen, de operator van 1733 kan hier volgens hen kordater te werk gaan (en de artsen vinden ook dat dit mag).

'*Een beetje ook de duidelijkheid van: het is een huisbezoek, no discussion. Je gaat daar naartoe. Je moet niet beginnen onderhandelen met de patiënt.'* (huisarts J)

'*De huisbezoeken zijn wel terecht. Wij zijn (als arts) misschien minder agressief, maar het triagesysteem is wel agressiever: als je je kunt verplaatsen, moet je. En terecht.'* (huisarts O)

Er wordt tevens een urgentiegraad toegewezen aan de huisbezoeken. Hieraan kan zo nodig het traject worden aangepast. De artsen vinden dit een goede evolutie, maar geven aan dat de urgentiegraad vaak foutief wordt ingeschat. Dit gaat vooral over overschattingen van de ernst. Hier wordt dieper op ingegaan in B.1 het beoordelen van de protocollen is moeilijk voor de arts.

6. Geruststelling als belangrijke taak van de huisarts

Het geruststellen van een patiënt behoort tot het takenpakket van de huisarts. Hier zijn alle artsen het over eens. Toch geven heel wat artsen aan dat er meer het advies tot uitgestelde zorg gegeven mag worden tijdens de wachturen. Vooral dan bij planbare pathologie. Er wordt echter ook erkend dat een hulpvraag soms kan wachten volgens de arts, maar dat bij het exploreren van de 'Ideas, Concerns and Expectations (ICE)' naar voren komt waarom het consult werd aangevraagd en dat geruststelling wel degelijk noodzakelijk is in de ogen van de patiënt. Er speelt meer dan puur de fysieke klacht, geven enkele geïnterviewden aan. De beleving, emoties, sociale situatie of familiale voorgeschiedenis bepalen mee de hulpvraag van de patiënt.

> '*Ongerustheid van een patiënt is ook een reden om te komen.'* (huisarts N)

> '*Soms is het inderdaad dat je bij oudere mensen op huisbezoek gaat en dat je denkt, dat had kunnen wachten. Maar als je dan zelf van dichtbij meemaakt hoe ongerust deze mensen zijn, dan moet je die maar gewoon gaan geruststellen.'* (huisarts K)

Het 'menselijke' stukje hoort bij de huisartsgeneeskunde. Als voorbeeld worden hyperventilatie of psychologische ondersteuning aangehaald. Eén van de artsen geeft aan dat het medisch niet noodzakelijk is om deze patiënten te zien, maar dat geruststelling hier wel een deel van de behandeling is. Hierbij wordt geopperd dat een telefonische geruststelling ook zou kunnen helpen in deze casussen, maar dat dit helaas niet meer mogelijk is.

> *'Het personeel moet toch nog beetje leren om op een empathische manier te kunnen triëren. Dat de uitkomst hetzelfde is, maar dat de manier waarop ook heel belangrijk is.'* (huisarts A)

> '*Iemand die direct opneemt en al wat gerust kan stellen. Iemand die rustig zegt 'Vertel eens wat er aan de hand is en waar ben je en dit en dat' Die zo een beetje begeleidend is, he. Dat is meestal voldoende. Dat vind ik wel een nadeel van dat triagebandje.'* (huisarts M)

7. Wrange gevoelens door het verlies aan zelfstandigheid

1733 voert de triage uit en beslist hierdoor ook welke patiënten gezien moeten worden en welke niet. Voor de invoer van dit telefonische triagesysteem besliste de arts hier zelf over.

Vooral 's nachts missen de artsen dat ze niet zelf kunnen kiezen of ze al dan niet naar de patiënt gaan, alsook het tijdstip waarop dit gebeurt. Overdag wordt hier minder een probleem van gemaakt. Meerdere artsen zijn van mening dat ze het recht hebben om te weten waarvoor ze 's nachts opstaan of waarom een huisbezoek noodzakelijk is.

> *'Ik vind wel als huisarts voordat je 's nachts opstaat, dat je toch altijd het recht hebt om te weten waarom. En dat recht vervalt een beetje met die 1733.'* (huisarts C)

> '*Voordien hadden we zelf de controle over: wie belt er en wanneer laten we die persoon komen. Nu wordt dat eigenlijk uit handen genomen door de receptioniste die de triage doet en die mensen laten komen, niet wanneer het ons uitkomt, maar eigenlijk direct.'* (huisarts R)

Het verlies aan zelfstandigheid wordt door enkele artsen als een nadeel gezien. Ze ervaren de binding aan de triage als iets negatiefs. Als arts draag je immers de eindverantwoordelijkheid en hieruit volgt volgens sommigen dat de arts ook de eindbeslissing neemt over het al dan niet zien van een patiënt. In het huidige systeem wordt de arts als werknemer ingezet, terwijl deze in de dagelijkse praktijk gewend is om als zelfstandige te werken. De agenda wordt opgesteld en er moet gehoorzaamd worden. Er wordt gezien dat dit bij enkele artsen voor wrevel zorgt.

> '*Dat is bijna een vijandige binding (lacht zuur). Het is zo, het zijn de regels. Ik heb het gevoel dat ik voor mensen werk en dat je moet doen wat zij zeggen, terwijl jij eigenlijk de meest opgeleide van allemaal bent.'* (huisarts C)

> *'We zijn zelfstandigen, nog altijd, maar op den duur word je een pseudozelfstandige. Je wordt een soort werknemer die ergens ingezet wordt en jij moet het maar zo doen zoals wij het u zeggen. Je krijgt gewoon een agenda en je moet maar gehoorzamen.'* (huisarts M)

Andere artsen ervaren dit helemaal anders en vinden het net aangenaam dat deze taken voor hen uitgevoerd worden.

> *'Ik vind dat dat eerder een hulpmiddel is dan iets dat in de weg zit.'* (huisarts H)

'In feite is het met de triage dat wij opgevorderd worden. Dus als de triage het zegt, dan is het zo. Dus dat is niet kwestie van rekening houden, dat is gewoon bij wijze van spreken een bevel. Je moet je daar geen vragen bij stellen.' (huisarts A)

Eén van de artsen merkt op dat een systeem van telefonische triage niet 100% waterdicht is. Toch is er geen mogelijkheid om tegen de triage in te gaan voordat de patiënt gezien is.

'Moet je je aan iets houden als je het geen goede geneeskunde vindt? Je volgt die triage, maar soms heb je er wel een wrang gevoel bij.' (huisarts M)

B. De visie van de huisarts over de protocollen

Het triageproces van het 1733-systeem is gebaseerd op protocollen. De operatoren volgen deze flowcharts en schatten op die manier de zorgnood van de patiënt in. Op basis hiervan wordt een niet-bindend advies geformuleerd aan de patiënt. Deze protocollen zijn met andere woorden één van de steunpilaren van dit project. Tijdens het interviewen werd er gepeild naar de mening van de huisarts hierover.

1. Het beoordelen van de protocollen is moeilijk voor de arts

Als huisartsen bevraagd worden over deze protocollen, zijn er heel wat verschillende meningen.

Een deel van de artsen geeft aan vertrouwen te hebben in de inschatting van de zorgnood via de protocollen. Anderen zijn hierin neutraal en melden dat ze hier weinig over nadenken. Een derde groep trekt de veiligheid van de triages in twijfel. Ze spreken van foutieve triages op regelmatige basis.

'Ik denk wel dat dat goed is. Die protocollen, dus dat dat allemaal klopt.' (huisarts S)

'*Die triage, ik vind dat die al heel goed op punt staat.'* (huisarts P)

'*Ik ben niet zo kritisch, omdat dat gewoon nog moet groeien.'* (huisarts N)

'Soms gebeurt de triage ook echt fout. Ik heb zo twee keer iemand moeten laten opnemen, dat ik dacht, dit is niet voor mij.' (huisarts M)

'Kortademigheid of thoracale pijn, *dat is iets dat mensen niet kunnen inschatten. Maar voor mij kan 1733 dat ook niet inschatten.'* (huisarts C)

Heel wat artsen melden dat het bovendien erg moeilijk is om de correctheid van een protocol in te schatten. De eerste reden die hiervoor gegeven wordt, is dat de arts dit enkel kan beoordelen nadat de patiënt gezien is. Ondertussen heeft er uiteraard al een heel proces plaatsgevonden. Het patiëntencontact beïnvloedt onmiskenbaar de kijk van de arts op de correctheid van de telefonische triage. Bovendien kunnen de klachten veranderd zijn sinds de aanmelding van de patiënt.

> *'Je kan achteraf zeggen: 'dat klopte niet'. Maar strikt genomen moet je er geen rekening mee houden. Je moet dat loskoppelen van je eigen beoordelingen. '* (huisarts A)

> '*Het is eigenlijk ook door de tijd daarin zijn ding te laten doen, dat ik echt wel moest beslissen van door te sturen. Een half uur eerder, zou ik dat ook nog getrieerd hebben als, ik ga eerst zelf eens komen kijken en dan zien we wel. Ik vond dat een juiste triage.'* (huisarts P)

Als tweede reden hiervoor melden de artsen dat patiënten telefonisch niet steeds alle info geven én de patiënt vaak niet weet welke informatie belangrijk is om hun zorgnood correct in te schatten. Hierdoor kan de beoordeling van de zorgnood beïnvloed worden.

> *'Ik denk dat het moeilijk is om in te schatten. Ik vind dat ook altijd moeilijk aan telefoon. Een patiënt zegt ook niet altijd de dingen in de juiste volgorde. (…) Wij zijn gewoon met het belangrijkste eerst te beginnen, maar een patiënt niet.'* (huisarts I)

> *'Dat ligt misschien ook wel voor een stukje aan de communicatie van de mensen, ze zeggen van 'ja, ik heb een hoest', maar eigenlijk zijn ze zeer kortademig.'* (huisarts M)

> *'Voor 1733 zal het niet evident zijn om die te triëren hé.'* (huisarts R)

De derde reden die het voor de artsen moeilijk maakt om de protocollen te beoordelen, is dat er geen inzage van de protocollen mogelijk is. De artsen kunnen met andere woorden niet zien hoe een protocol is opgebouwd of op basis van welke vragen of parameters er beslissingen worden genomen. Ze tasten hier volledig in het duister. Dit maakt het uiteraard moeilijk om een uitspraak te doen over de correctheid van deze flowcharts. Het gebrek aan transparantie wat betreft de protocollen, is voor een aantal artsen een heikel punt.

> '*Je weet natuurlijk niet exact welke protocols dat ze gebruiken.'* (huisarts B)

> '*Wij hebben verbod op inzage in die protocols. Dus dat vind ik ook al niet kunnen. Ik vind dat wel een beetje belachelijk dat daar een soort van geheimhouding rond is en*

dat die protocols nog altijd niet vrijgegeven zijn. Dus ik kan daar ook niet over oordelen van, is dit correct of niet?' (huisarts M)

Tot slot zijn er altijd uitzonderingen op de regel. Zo kan niet iedere situatie vervat worden in een protocol, geeft een arts aan.

'Af en toe krijg je wel zo eens iemand waarvan je denkt 'ooeh, hoe is dat nu getrieerd geweest' en dus kun je je afvragen of het protocol wel helemaal adequaat is, maar ja, je hebt altijd uitzonderingen op de regel. (huisarts B)

'Psychiatrische patiënten is ook zo'n typisch voorbeeld. Dat zit in geen één protocol.' (huisarts K)

Een arts kan na zijn wachtdienst een melding maken indien hij/zij een foutieve triage vermoedt. De situatie wordt dan bekeken. Indien nodig, kan het protocol aangepast worden. Zoals hogerop werd geïllustreerd, benadrukken de artsen dat het niet noodzakelijk aan het protocol ligt, wanneer een triage als foutief wordt aangevoeld. Opvallend is dat geen enkele van de ondervraagde huisartsen het als negatief ervaart wanneer hij/zij de patiënt in tweede tijd moet doorsturen. Dit gebeurt immers ook in de eigen praktijk.

'Soms kom je tot de conclusie dat je wel moet doorsturen naar de spoedgevallendienst, dat dat niet helemaal goed getrieerd was, maar ik vind dat ook wel aanvaardbaar, omdat dat telefonisch heel moeilijk is.' (huisarts N)

'Ik heb 4 mensen doorgestuurd op de hele dag, van de 30, naar spoed. En dat was echt wel terecht dat ik ze zelf even heb nagekeken.' (huisarts O)

Het doorsturen van patiënten wordt bovendien niet als een drempel ervaren. Eenmaal ter plaatse heeft de arts immers de verantwoordelijkheid, deze staat los van de operatoren en de triage.

'Ik heb mijn verantwoordelijkheid en die staat los van die triage. Ik voel mij daar eigenlijk niet door gebonden. (…) Als ik iets anders inschat, ga ik niet die beslissing veranderen omdat de triage anders was.' (huisarts P)

De protocollen die op dit moment gebruikt worden, zijn opgesteld in beperkte groep. De flowcharts worden continu onder een loep gehouden door deze groep. Aanpassingen worden gedaan zo nodig. De geïnterviewde artsen geven aan dat het zeer belangrijk is dat de protocollen blijvend kritisch worden bekeken.

'Er is een federale werkgroep en ook multidisciplinair (…), die allemaal naar die protocollen gekeken hebben en nog altijd aan het kijken zijn, en zullen blijven kijken.' (huisarts P)

Er wordt ook aangegeven dat het project nog in een beginfase zit, er is dus nog ruimte/tijd voor verbetering.

'De triage waar nog een leerproces gaande is en dat de protocols misschien ook nog een keer moeten herbekeken worden.' (huisarts M)

'Insee denk ik dat het een heel goede zaak is. Dat we er gewoon mee verder moeten en heel kritisch kijken naar alles wat er fout gaat. Vooral de dingen die "verkeerd" getrieerd worden, in twee richtingen.' (huisarts B)

Wat betreft de afstemming van de protocollen op de kennis van de huisarts, is er een duidelijk positief gevoel. Deze zijn over het algemeen goed afgestemd op de kennis en kunde van de huisarts. Niet elke arts heeft dezelfde comfortzone, dus soms kan een protocol als een uitdaging gezien worden.

'*Ik vind dat dat wel goed is afgestemd.'* (huisarts L)

'*Ik denk dat wat er bij ons komt meestal wel lukt. En anders hebben we de mogelijkheid om mensen nog door te verwijzen hé?'* (huisarts R)

'Er zijn natuurlijk protocollen waar je uzelf als huisarts geruster mee voelt dan met andere, he, maar ik denk dat het meer te maken heeft met uw eigen kennis en kunde en wat je zelf gewoon bent om te doen. Ik denk dat de protocols redelijk huisarts gericht zijn.' (huisarts K)

Naast kennis zijn empathie en geruststelling twee belangrijke kernwoorden wanneer men over huisartsgeneeskunde spreekt. Deze twee dingen zijn moeilijk in een protocol te vervatten of aan te leren aan een operator. Een aantal artsen geven aan, graag te hebben dat hier meer rekening mee gehouden wordt. Dit werd reeds besproken bij A.6 geruststelling als belangrijke taak van de huisarts.

2. Indruk van toename van de veiligheid voor patiënt én arts

Het merendeel van de artsen is het eens dat er sinds het invoeren van 1733 een grotere veiligheid is. Dit zowel voor de patiënt als voor de arts.

Ten eerste is het zo dat steeds twee personen de zorgvraag evalueren, zowel de operator (met het protocol) als de arts. Door het 1733-project en de wachtpost staat de arts er dus niet meer alleen voor tijdens de wachtdienst.

> *'Het is wel fijn dat er toch iemand efkes die back-up is.'* (huisarts O)

> *'De veiligheid is er op vooruit gegaan, doordat er met 2 naar de patiënt gekeken wordt.'* (huisarts B)

> *'De wachtpost is bijna zo'n instituut aan het worden, he. Je hebt een heel systeem achter u staan.'* (Huisarts S)

Als tweede reden geven de artsen aan dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen urgent en niet-urgent, waardoor de urgente problemen sneller gezien worden.

Bovendien is er het back-up systeem. Dit houdt in dat wanneer een huisarts niet snel genoeg bij een urgent probleem kan zijn, de ziekenwagen naar die patiënt gaat.

> '*Je hebt dan een back-up systeem, als je er echt niet geraakt, dat je zonder problemen een ambulance mag laten inschakelen. (…) Op gebied van veiligheid is er ook wel beterschap'* (huisarts A)

Als enige nadeel merken enkele artsen op dat door het gebruiken van een tussenpersoon er meer fouten kunnen gebeuren.

> *'Een schakel extra is een schakel extra om fouten te maken.'* (huisarts C)

Ook de protocollen lijken veilig opgesteld, wordt opgemerkt door een deel van de geïnterviewden. Dit wordt door de artsen aanvaard, zeker in de eerste fase van het project. De algemene tendens is dat er liever te veilige protocollen zijn, dan protocollen die patiënten in gevaar zouden brengen.

> *'Ik heb liever dat ze laagdrempelig zijn dan dat ze gewoon zeggen: 'blijf maar allemaal thuis''* (huisarts E)

> *'Ze zijn daarvoor opgeleid. (…) Om de veiligste optie te kiezen bij twijfel.'* (huisarts M)

> *'Ik weet ook dat ze in de centrale, dat ze er altijd bij zeggen, als het erger wordt, bel dan terug.'* (huisarts P)

> *'Ik denk als je die vraag stelt in functie van de veiligheid. Sturen ze ons naar toestanden waardoor de patiënt in gevaar komt? Heel zelden, vind ik. Heel zelden.'* (huisarts K)

Die veiligheid wordt ook opgemerkt bij het toekennen van urgentiegraden. Elke oproep krijgt een urgentiegraad. Aan de hand van deze urgentiegraad wordt de volgorde van de huisbezoeken bepaalt. Veel artsen geven aan dat deze dringendheid vaak foutief wordt ingeschat: bij aankomst blijkt het meestal helemaal niet dringend. De vraag stelt zich of een protocol voldoende informatie vergaard om de urgentie van de zorgnood in te schatten.

> *'Ik weet niet hoe goed een protocol een thoracale pijn bijvoorbeeld gaat kunnen differentiëren tussen de 25-jarige met een hyperventilatie aanval en dat dan finetunen naar de 40-jarige die toch misschien een infarct kan hebben. De 80-jarige met uitstralende, dat is gemakkelijker. Je hebt zo die midden, die grijze zone.'* (huisarts B)

> *'Al heb ik wel al gemerkt dat ze vaak zeggen dat het dringend is, terwijl het helemaal niet dringend is.'* (huisarts O)

Er wordt ook aangegeven dat het belangrijk is om altijd alert te blijven, ook al zegt het protocol dat het om een niet dringende zorgvraag gaat.

> *'Je moet wel alert blijven. Het is niet omdat het protocol zegt van 'niet-dringend', dat het ook zo moet zijn. (…) Je moet wel alert blijven op alles, dat is altijd.'* (huisarts E)

> *'Je moet er gewoon van uitgaan dat het triagesysteem niet perfect is.'* (huisarts I)

Tijdens de interviews komt er ook meermaals naar boven, dat geen enkel systeem 100% waterdicht is. Vroeger werd door de arts een telefonisch triage uitgevoerd, of soms zelfs door de secretaresse, en toen gebeurde er ook foute inschattingen.

> *'Een verkeerde triage zegt niets over de kwaliteit van 1733. Dat heb je ook voor bij individuele artsen die beslissingen maken. Die triëren en die fout triëren.'* (huisarts B)

> *'Het is moeilijk met een protocol. Je moet wel een systeem hebben, maar ik denk niet dat dat feilloos is. Ik denk dat je dat niet kan verwachten. Ik denk dat, ook al zal je daar artsen zetten, dat deze nog fouten gaan maken.'* (huisarts I)

3. Bepaalde patiëntenpopulaties vereisen een specifieke aanpak

Bepaalde patiëntenpopulaties hebben specifieke noden en aandachtspunten. Enkele artsen stellen de vraag of deze voldoende zijn verwerkt in de protocollen. Zo hebben ouderen door hun (mogelijke) comorbiditeiten en/of kwetsbaarheid sneller een hogere graad van zorg nodig.

> '*Dat zijn al zo'n frêle mensen, je kent de voorgeschiedenis niet, dan ben je zelf ook al wat veiliger.'* (huisarts G)

‘*Een daling van saturatie is bij bejaarden rap een reden tot opname.’* (huisarts C)

Tevens lijkt het alsof palliatieve settings, zorgplanning en DNR-codes niet in de protocollen aan bod komen. Meerdere artsen stellen zich de vraag of dit niet geïntegreerd kan worden.

> *‘‘DNR-codes, dat is een systeem dat niet moeilijk is. Het is niet moeilijk om één code bij te houden. Als je dat kan doen op de wachtpost voor het rusthuis, dat zou heel nuttig zijn! Gewoon de vraag: Is er een DNR-code?’* (huisarts I)

> ‘*Waar dat ze nog rekening mee moeten houden, is de rustoorden. Daar moeten ze leren de DNR’s na te vragen. Daar sturen ze heel vaak de ambulance naartoe terwijl dat dat helemaal niet nodig is.’* (huisarts M)

Ook heel jonge kinderen (onder de 1 maand) mogen zeer laagdrempelig naar de spoedgevallendienst gestuurd worden. Bijvoorbeeld wanneer er koorts optreedt. Dit is niet voor de huisarts. De leeftijd van het kind zou dus een (belangrijke) rol moeten spelen bij het protocol, geeft één van de geïnterviewden aan.

> *‘Een baby, drie dagen oud. Dat moeten ze niet naar ons sturen met hoge koorts. Dat is iets voor de spoed. (…) Dat kom je nu tegen omdat ze maar kort in de kliniek zitten, met het KIK project. Dat zijn dan weer dingen die nog moeten bijgestuurd worden.’* (huisarts M)

Deze arts benadrukt dat het betrekken van specialisten bij het opstellen en aanpassen van de protocollen zeker aan de orde is bij de flowcharts over specifieke populaties. Zo zou een pediater betrokken moeten worden bij het opstellen van de protocollen voor kinderen.

> ‘*De pediatrische protocols bijvoorbeeld, daar merk ik toch mankementen. Het zijn dan vooral urgentieartsen die de protocols opstellen, maar ik denk: betrek toch ook een pediater, in het correcter uitselecteren/verfijnen van de protocols.’* (huisarts M)

Bovendien zijn patiënten met een psychiatrische problematiek een uitdagende populatie om in een protocol te vervatten. In de praktijk worden deze vaak door de huisarts gezien. Eén arts zou hier liever zelf telefonisch de situatie inschatten, om te peilen naar de noodzaak tot een consult én de veiligheid. Het 1733-project laat dit echter niet toe.

> *‘Psychiatrische patiënten is een typisch voorbeeld. Dat zit in geen enkel protocol. Tuurlijk is dat huisarts, over het algemeen.’* (huisarts K)

'*Ik ga ook niet meer zomaar naar een psychiatrische patiënt. Ik ga die altijd opbellen vanaf nu. Ik ga daar niet in het midden van de nacht naartoe met mijn tas, helemaal onbeschermd. Vroeger hadden we de mensen aan de lijn en kon je een inschatting maken.'* (huisarts R)

4. Het advies 'uitgestelde zorg' mag vaker gebruikt worden

Het uitstellen van planbare zorg is één van de drijfveren achter het oprichten van het 1733-project. Huisartsen hebben echter het gevoel dat er zeer weinig gebruik gemaakt wordt van het advies 'uitgestelde zorg'. Enkele artsen waren zelfs niet op de hoogte dat dit één van de mogelijke triage-adviezen is.

'Ik verschiet van het feit dat ze ook kunnen kiezen voor: 'dit is voor morgen', want het lijkt mij dat dat luik toch een pak vaker mag gebruikt worden. ' (huisarts F)

'Afhankelijk van de triage worden ze dan doorverwezen naar de wachtpost, naar de spoed of uitgestelde zorg. Dat laatste heb ik nog niet veel meegemaakt, moet ik zeggen, want dat is eigenlijk toch het hoofddoel, he.' (huisarts M)

Er wordt echter ook aangegeven dat een arts dit eigenlijk niet kan inschatten. De mensen die niet gezien worden, daar komt de arts ook nooit mee in contact. Het is als het ware een blinde vlek.

'*Je weet natuurlijk niet welke dat ze uit triëren en welke dan eventueel niet gezien worden. Dat is een beetje uw zwarte vlek.'* (huisarts Q)

Het is belangrijk dat patiënten die met een planbare zorgvraag langskomen, gesensibiliseerd worden over het gebruik van de wachtpost. Deze sensibilisatie kan ook gebeuren tijdens het wachtconsult, geven artsen aan.

'*Ik denk ook dat je mensen beter moet sensibiliseren, zodat ze volgende keer niet voor een banaliteit komen.'* (huisarts N)

'*Wij proberen patiënten zoveel mogelijk te sensibiliseren: een beetje uitleggen van wat het verschil is. Wat een wachtpost is: dat is echt voor iets acuut. Dat is niet voor een opvolging of voor iets dat al langer bezig is. Dan kom je beter langs bij je huisarts.'* (huisarts Q)

'Iemand komt voor slaappillen bijvoorbeeld: dan gaan ze zeggen, daarvoor dient de wachtpost niet. Maar daarmee heb je het probleem niet opgelost. Dus, eigenlijk is het

best dat ze toch langskomen, dat je dan uitlegt dat het niet kan en ook waarom.' (huisarts N)

Eén arts vraagt zich af wie de verantwoordelijkheid draagt bij een advies tot uitgestelde zorg.

'Wie gaat die verantwoordelijkheid nemen van te zeggen 'kom niet, ik ben zeker dat u niets hebt'.' (huisarts C)

5. De huisarts staat overwegend achter een niet-bindend advies

Wanneer je via het 1733-systeem een advies krijgt, is dit niet-bindend. Vele artsen zijn akkoord dat de eindbeslissing bij de patiënt ligt. Elke persoon heeft zelfbeschikkingsrecht en beslist dus over zijn eigen doen en laten.

'*Ik zou graag hebben dat het niet-bindend blijft. Dat 1733 zegt: je zou best naar daar moeten. Maar dat uiteindelijk de patiënt nog kan doen wat hij wilt. Dat is meer mijn mening in het kader van vrije meningsuiting dan dat het medisch of wetenschappelijk gestaafd is.'* (huisarts D)

'Het advies laat ze nadenken, maar als ze dan toch nog komen, denk ik niet dat je ze kan weigeren.' (huisarts I)

Als mensen bewust een advies negeren, geeft dat aan dat het probleem voor hen wel heel belangrijk is. Het advies bindend maken, zou niet de manier zijn om de overbodige dingen eruit te halen en zou zeker niet nuttig zijn als dit bij de spoedgevallendienst niet geldt, geven enkele artsen aan.

'*Als mensen beslissen om toch te komen, dan wil dat ergens toch zeggen dat het voor die patiënt wel dringend is.'* (huisarts I)

'*Voor spoed moet je niet bellen, daar kan je altijd gewoon terecht.'* (huisarts Q)

Een bindend advies zou volgens sommige artsen wel effectiever zijn. Het zou zorgen voor een gecontroleerde flow van patiënten naar de huisartsenwachtpost en idealiter ook naar de spoedgevallendienst.

'Op zich denk ik dat het een beter systeem is, moest de patiënt altijd bellen. (…) Dan zouden ze op de juiste plek terechtkomen hé.' (huisarts R)

Discussie

Algemene bevindingen

De meeste artsen ervaren een wacht als beter georganiseerd en hierdoor ook minder stresserend. Er wordt aangegeven dat de wachtarts zich enkel bezig moet houden met zijn kerntaak: het onderzoeken en behandelen van patiënten. De telefoonlast is immers verdwenen en ook het beheren van de agenda is uit handen gegeven, wat samen resulteert in een afname van de werkdruk. Toch ervaart een beperkte groep artsen dit anders. Zij zien telefonisch advies net als een manier om de werkdruk te beperken. Patiënten die met een korte instructie verder geholpen worden, nemen immers minder tijd in beslag dan een consultatie. Dit kan echter alleen wanneer de arts opnieuw alle telefoons zou uitvoeren. Over het verbod op telefonisch advies zijn de meningen dan ook sterk verdeeld. De wachtarts heeft door het 1733-project ook een nieuwe taak gekregen. Zo kan de arts van wacht worden ingeschakeld voor een 'triage ten velde' bij twijfel over de zorgnood. Na een grondige analyse van de situatie ter plaatse, kan de arts de patiënt indien mogelijk verder helpen of extra hulp inschakelen.

De pathologie op de wachtpost valt onder de noemer 'huisartsenpathologie'. Hier zijn de geïnterviewde artsen het over eens. Toch wordt er benadrukt dat er meer gebruik gemaakt mag worden van het advies 'uitgestelde zorg'. Artsen hebben de indruk dat dit zelden toegepast wordt, terwijl dit toch één van de hoofddoelen van het project is. Er wordt wel benadrukt dat veiligheid, zeker in de eerste fase, hier voorrang op heeft. Doordat de telefonisch triage van 1733 bepaalt welke patiënt gezien wordt en welke niet, is het mogelijk dat een arts buiten zijn comfortzone moet treden. Dit kan gaan over een aandoening waar de arts minder vertrouwd mee is, maar bijvoorbeeld ook over een technische vaardigheid (bv. sonderen) die in de eigen praktijk niet wordt uitgevoerd. Om hierop in te spelen, werd er een 'minimal skills list' opgesteld voor de huisarts in een wachtpost (10).

1733 voert een telefonisch triage uit op basis van federaal opgestelde protocollen. De artsen vinden het moeilijk om de correctheid van deze protocollen te evalueren. Alle artsen geven aan bij het begin van het patiëntencontact opnieuw te triëren. Deze triage ter plaatse gebeurt op automatische piloot en vindt niet zijn oorsprong in een wantrouwen ten opzichte van de telefonische triage. Geen enkele arts ervaart bovendien een drempel om een patiënt te verwijzen.

De arts wordt tijdens een wachtdienst ingezet als een werknemer, terwijl het merendeel in de eigen praktijk functioneert als een zelfstandige. Enkele artsen hebben het hier moeilijk mee.

Sterktes en zwaktes

De veranderingen als gevolg van het invoeren van het 1733-project, zijn niet volledig los te koppelen van de veranderingen die de introductie van de wachtpost met zich mee heeft gebracht. Doordat dit onderscheid niet zwart-wit te maken is, kunnen de resultaten hierdoor gekleurd zijn.

De artsen hebben drie blinde vlekken. Zo weten ze niet welke patiënten niet gezien worden, welke patiënten zich aanmelden zonder triage door 1733 en welke protocollen worden gebruikt. Dit beïnvloedt uiteraard bepaalde indrukken/beoordelingen van de geïnterviewde artsen.

Een sterkte van deze studie is de heterogene groep van artsen die geïnterviewd werden. Dit zowel qua leeftijd, type praktijk, regio als geslacht. Alle interviews werden bovendien afzonderlijk door elke onderzoeker geanalyseerd, waarna er samen overlegd werd. Dit om subjectiviteit tot een minimum te beperken.

Deze studie is bovendien de eerste die peilt naar de mening van de huisarts over het 1733-project. Dit project zal mee de toekomst van de wachtgeneeskunde bepalen, waardoor het zeker een meerwaarde vormt om de visie van de betrokken artsen in kaart te brengen.

Toetsing aan bestaand onderzoek

Een studie (11) onderzocht de urgentiegraad van de aangeboden pathologie in de wachtpost van Tienen voor en na de invoer van het 1733-project. Dit geeft de mogelijkheid om de indrukken van de geïnterviewden te toetsen aan objectieve vaststellingen. Deze studie stelde vast dat er minder niet-urgente en meer routine contacten plaatsvonden. Banale problemen kwamen dus minder aan bod op de wachtpost na de invoer van 1733. Bij de urgente patiëntencontacten werd geen verschil waargenomen.

Ook het aantal patiëntencontacten werd in de studie van Peeters (11) vergeleken. Hieruit bleek dat er geen significant verschil was in het totaal aantal consultaties. Er werd wel een daling in het aantal niet-urgente huisbezoeken waargenomen. Deze bevindingen worden door meerdere artsen erkend tijdens de interviews.

Mogelijke implicaties voor de praktijk

In de wachtpost van Tienen moet de patiënt 1733 gebeld hebben voor hij/zij er terecht kan. Dit is niet zo in de wachtpost van Leuven en Mechelen. De poort van de huisartsenwachtpost is daar nog open voor iedereen. Dit zorgt ervoor dat een deel van de patiënten buiten het

systeem valt, wat het moeilijk maakt om de invloed van het 1733-project te beoordelen. De optie om het bellen van 1733 verplicht te maken, kan overwogen worden. 1733 formuleert immers een niet-bindend advies. De patiënt kan na de triage nog steeds zelf kiezen welk niveau van zorg hij/zij verkiest, maar dan wel met een gefundeerd advies in het achterhoofd. De vraag is echter of een niet-bindend advies effectief genoeg zal blijken.

Meer transparantie naar alle artsen die werken op de wachtpost, wordt gevraagd door de geïnterviewden. Op deze manier kunnen hun blinde vlekken worden verholpen. Hierdoor is het mogelijk om een duidelijker beeld te krijgen van de veranderingen die 1733 teweeg brengt. Dit maakt het voor artsen eenvoudiger om een balans op te maken van de voor- en nadelen van het 1733-project. Bovendien kunnen er op die manier suggesties gedaan worden om de protocollen te perfectioneren. Een concreet voorbeeld hiervan is het voorstel om bij bewoners van een woonzorgcentrum naar de DNR-code te vragen.

Voorstellen voor toekomstig onderzoek

Tijdens het afnemen van de interviews gaven meerdere artsen aan dat ze benieuwd waren naar de invloed van het 1733-project op de spoedgevallendienst. Wordt er daar effectief minder huisartsenpathologie gezien? Dit is zeker een interessante onderzoeksvraag voor een nieuwe studie. Bovendien gaven heel wat artsen aan dat het 1733-project weinig invloed zal hebben indien de poorten van de spoedgevallendienst wagenwijd open blijven staan. Daar een gelijkaardig triagesysteem invoeren, zou ervoor zorgen dat de huisartsenwachtposten meer patiënten kunnen overnemen die momenteel oneigenlijk gebruik maken van de spoedgevallendienst. Ook dit is een piste die nuttig lijkt om verder uit te werken.

Conclusie

In de meerderheid van de interviews is een positieve tendens te bespeuren. De geïnterviewde huisartsen staan open voor de veranderingen die het 1733-project met zich meebrengt en ervaren deze als een positieve toevoeging. Hier dragen voornamelijk de ervaren rust en structuur tijdens de wachtdienst toe bij. Enkele artsen geven aan zeer kritisch te zijn voor het project, maar ook door hen wordt het nut en het beoogde doel van het project ingezien.

Referenties

1. KCE. Spoeddiensten en huisartspermanentie op één locatie: meer comfort en duidelijkheid voor patiënt - KCE [Internet]. [cited 2020 Mar 10]. Available from: https://kce.fgov.be/nl/spoeddiensten-en-huisartspermanentie-op-één-locatie-meer-comfort-en-duidelijkheid-voor-patiënt

2. Van Der Mullen C, Quintens H, Van Baelen S, Crits T, Wuyts J, Sabbe M. De patiënt met een niet-planbare zorgvraag naar het gepaste zorgniveau verwijzen: nieuwe 112-1733 geïntegreerde telefonische triage- en regulatieprotocollen. Tijdschr Geneeskd. 2017;73(5):241–7.

3. FOD gezondheidszorg. Wachtdiensten [Internet]. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/wachtdiensten

4. Grol R, Giesen P, Van Uden C. International report. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. Health Aff. 2006 Nov 2;25(6):1733–7.

5. Lippens A. Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost? Universiteit Gent; 2010.

6. Huibers L, Moth G, Carlsen AH, Christensen MB, Vedsted P. Telephone triage by GPS in out-of-hours primary care in Denmark: A prospective observational study of efficiency and relevance. Br J Gen Pract. 2016 Sep 1;66(650):667–73.

7. Turner J, O'Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: A controlled before and after study. BMJ Open. 2013 Nov 1;3(11).

8. Van de Weyer S. Opvolging van het 1733-project - patiëntentevredenheid. KU Leuven; 2019.

9. Gils A. Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts? - deel twee. KU Leuven; 2020.

10. Deryckere E, Duerinck M, Hostens H, Kissel R, Ryssens T, Van Soom J, et al. (Samen)werken op een wachtpost: minimale competenties en vaardigheden van de dienstdoende arts. KU Leuven; 2017.

11. Peeters L. Urgentiegraden van patiëntencontacten in de huisartsenwachtpost voor en na de invoering van telefonische triage (1733) in Tienen . Universiteit Antwerpen; 2019.

Bijlagen

Bijlage I : goedkeuring ethische commissie

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

Ons kenmerk: MP009750

Uw kenmerk: Masterproef studie: Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts?

Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jan Verbakel

Geachte Astrid Gils, Jolien Dirckx

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.

Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:

- De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor vermelden, zodat deelnemer

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 28-02-2019 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. Dr Minne Casteels
Voorzitter Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter Onderwijs-Begeleidingscommissie voor Medische Ethiek KU Leuven

Bijlage II: ingediend protocol ethische commissie met informatiebrief en informed consent

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes**' of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*

*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in '**track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Protocol - full title	Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts?
Version 1: Date submission	Date:28/02/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Dr. Jan Verbakel
	Telephone: 016/377286
	E-mail: jan.verbakel@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: /
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Jolien Dirckx
	Student number: R0309427
	Telephone: 0484965683
	E-mail: jolien.dirckx@student.kuleuven.be
	Name: Astrid Gils
	Student number: r0305887

	Telephone: 0474400057
	E-mail: astrid.gils@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project.

In België zijn er 1,24 spoedgevallendiensten per 100.000 inwoners. Dit is een hoog aantal in vergelijking met onze buurlanden. Echter, bij aanmelding op de spoedgevallendienst valt op dat een groot deel van de aanmeldingsklachten gecategoriseerd zou kunnen worden onder de noemer 'huisartsgeneeskunde' (1).

Voor een zieke patiënt is het niet evident om te beslissen welk niveau van zorg vereist is. Hierdoor komt hij/zij niet altijd op de meest aangewezen dienst terecht. Om deze reden werd in verschillende Vlaamse gebieden een telefoontriage opgestart via het nummer 1733. Wanneer mensen na 19u00 of in het weekend nood hebben aan medische hulp, dienen ze het nummer '1733' te contacteren. Via dit nummer komen ze in contact met een telefoonoperator die gespecialiseerd is in medische triage. Aan de hand van een vragenprotocol, wordt het meest passende voorstel van hulp aan de patiënt aangeboden. Er wordt specifiek gekeken wanneer, waar en door wie de patiënt het best geholpen zou worden. Het advies dat gegeven wordt, is niet bindend. De patiënt kan nog steeds zelf beslissen welke zorgverlener/dienst hij raadpleegt (2).

Het idee van het 1733-systeem wordt reeds met succes gebruikt in Nederland. Reeds vanaf 2000 wordt hier gebruik gemaakt van huisartsenwachtposten die je telefonisch kan bereiken. Wanneer je hun nummer belt, krijg je een triageverpleegkundige aan de lijn. Deze verpleegkundige bepaalt aan de hand van protocols de urgentiegraad van de klacht. Op basis hiervan kan ze besluiten om een telefonisch advies te geven, een consultatie in de praktijk aan te raden, of besluiten dat een huisbezoek nodig is. De triageverpleegkundigen kunnen de hulp inroepen van een huisarts die hen superviseert. Uit onderzoek in Nederland blijkt dat door dit systeem de werkdruk bij de huisartsen sterk gedaald is, samen met een grotere voldoening bij het uitoefenen van hun job (3).

De vraag stelt zich of de Belgische huisarts dezelfde mening heeft als zijn Nederlandse collega. Hierover zijn tot op heden geen gegevens beschikbaar. Deze studie peilt dan ook naar de mening van de huisarts over dit triagesysteem.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study.

Het doel van dit onderzoek is het toetsen van de mening van de huisartsen over het 1733-systeem.

4. RESEARCH METHOD

Present the methodologies and explain potential ethical implications of the planned methodologies.

Dataverzameling zal gebeuren via semigestructureerde interviews bij huisartsen die reeds bekend zijn met het 1733-systeem. Er wordt gestopt met het afnemen van interviews bij het bereiken van datasaturatie.
De analyse van de uitgetypte interviews wordt uitgevoerd met behulp van het QUAGOL- protocol (4). Beide arts-onderzoekers zullen alle interviews onafhankelijk van elkaar analyseren. Het software pakket Nvivo wordt gebruikt voor het verwerken van de gegevens.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate into the study. Informed consent to participate must be stated as an inclusion criterion. The study will require prior informed consent of the participants, or their legal representatives, to participate in the study. For all clinical studies, the investigators and participating sites shall obtain a signed informed consent form from all participants prior to their enrollment and participation in the study in compliance with all applicable laws, regulations and the approval of the OBC/Ethics Committee. The Investigators and participating sites shall retain such informed consent forms in accordance with the requirement of all applicable regulatory agencies and laws. The informed consent form must be integrated in this template.

De inclusiecriteria voor het onderzoek zijn:

- Huisarts of huisarts in opleiding zijn
- Én lid zijn van een wachtkring die werkt met het 1733-systeem

Er zijn geen exclusiecriteria.

5.2 EXPECTED DURATION

Specify the expected duration and define the end of the study for the study participant.

Er worden interviews afgenomen die ongeveer 60 à 90 minuten in beslag nemen. De interviews zullen plaatsvinden in de eerste 6 maanden van het onderzoek.

5.3 RECRUITMENT

Specify who will recruit the participants and how and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent.

Er wordt eerst contact opgenomen met de coördinatoren van de wachtkringen die reeds met het 1733-systeem werken. Op die manier kunnen de gegevens verkregen worden van alle huisartsen die met het desbetreffende systeem werken.

In een tweede stap zullen deze huisartsen via mail een informatiebrief ontvangen en uitgenodigd worden om mee te doen aan de studie. Deelname is volledig vrijwillig.

Indien de respons via mail onvoldoende is, kan er in tweede tijd ook telefonisch contact opgenomen worden met huisartsen die in aanmerking komen voor de studie.

6. ANALYSIS

Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases. Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size. Describe also methods for data analysis.

Er wordt data verzameld tot we van datasaturatie kunnen spreken. Deze data wordt verzameld in de verschillende wachtposten die reeds met het 1733-systeem werken. Er wordt gestreefd naar een grote verscheidenheid aan deelnemers (verschillende geslachten, leeftijden, …). Analyse van de data zal gebeuren aan de hand van de QUAGOL-methode.

De interviews worden door beide onderzoekers geanalyseerd, onafhankelijk van elkaar.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 DATA STORAGE AND MANAGEMENT

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. coding or anonymization), how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

De interviews worden opgenomen en later uitgetypt. Elk interview krijgt een eigen codering. Via één document zullen de onderzoekers aan de hand van de codering kunnen verifieren welke arts welk interview heeft gegeven. De interviews worden bewaard op de computers van de onderzoekers, het document met de codering bij de promotor. De interviews en dit document worden dus niet op eenzelfde computer bewaard. Dit document wordt verwijderd wanneer het onderzoek is afgerond.

7.2. DECLARATION OF CONFIDENTIALITY AND CAREFUL MANAGEMENT OF INFORMATION AND PERSONAL DATA

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

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 case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promoter who will be responsible for follow up. In the information letter to the participants the name of the Principal Investigator has also been integrated.

Deelname aan dit onderzoek houdt geen risico in voor de deelnemers.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the unit(s) or department(s) where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study.

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

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

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

Please read carefully following section

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

Please add references mentioned above

1. Spoeddiensten en huisartsenpermantentie op één locatie: meer comfort en meer duidelijkheid voor de patient. KCE (internet). Available from: https://kce.fgov.be/nl/spoeddiensten-en-huisartsenpermanentie-op-één-locatie-meer-comfort-en-duidelijkheid-voor-patiënt
2. FOD gezondheidszorg. Wachtdiensten (internet). Available from: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/wachtdiensten
3. Lippens A, Willems S, Buylaert W. Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost? U Gent. 2010.
4. Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012 Mar 1;49(3):360-71

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Geachte dokter,

In deze brief stellen we u graag een Leuvense studie voor: ‘een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts’.

Wie zijn we?

De verantwoordelijke voor dit onderzoek is Prof. Dr. Verbakel, werkzaam aan de faculteit geneeskunde van de KU Leuven, samen met Jolien Dirckx en Astrid Gils, beiden studenten huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven.

Doel van het onderzoek:

Het 1733-project is een project dat recent op verschillende plaatsen in Vlaanderen is opgestart. Het doel van dit project is het begeleiden van de patiënt naar de meest aangewezen zorgverlener tijdens de wachturen. Dit gebeurt met behulp van een telefonische triage van de klachten van de patiënt.

Het doel van dit onderzoek is om te peilen naar de mening van de huisarts over dit recente project.

Werkwijze:

We nemen interviews af van huisartsen die reeds werken met het 1733-systeem. Een interview neemt ongeveer 30 minuten in beslag. Deze interviews worden nadien geanalyseerd. Voor de interviews verplaatsen de onderzoekers zich naar de omgeving van de geïnterviewde.

Wat wordt er van u verwacht?

Eénmalig tijd vrijmaken voor een interview. Dit zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen. Deelnemen aan de studie houdt geen risico in voor u.

Deelname aan de studie is volledig vrijwillig en kan op elk moment stopgezet worden. We zouden uw medewerking echter heel erg op prijs stellen.

U kan enkel meedoen als u aan volgende voorwaarden voldoet:

* u werkt met het 1733-systeem

* u bent huisarts of huisarts in opleiding

Privacy

Deze wetenschappelijke studie werd goedgekeurd door de Ethische commissie van de KU Leuven. Alle persoonsgebonden informatie is strikt vertrouwelijk en zal enkel en alleen worden gebruikt door onderzoekers die aan deze studie meewerken. U heeft ook steeds het recht om uw gegevens in te zien en te corrigeren. Hiervoor kunt u contact opnemen met de onderzoekers.

Bij interesse of andere vragen? U kan contact opnemen via e-mail: jolien.dirckx@student.kuleuven.be of astrid.gils@student.kuleuven.be

Alvast bedankt, Jolien Dirckx en Astrid Gils

Please add here the informed consent form (if applicable)

Deelnemer

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 en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken over mijn deelname. 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 er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

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 tot 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 laatste versie van de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke pers

Naam, voornaam, datum en handtekening van de arts-onderzoeker

Bijlage III: conceptueel schema

1. Algemene info over geïnterviewde
    - Soort praktijk
    - Leeftijd?
    - Jaren Ervaring?
    - Ervaring in wachtpost? Welke wachtpost(en)?
    - Secretariaat? Online agenda? Paramedici?
2. Wat verstaat u onder 1733?
3. Op welke vlakken ervaart u verandering sinds het invoeren van 1733? Vindt u deze positief of negatie?
4. Is er een vlot gebruik van 1733 door uw patiënten? Heeft u de indruk dat ze dit kennen/vertrouwen? Krijgt u hier feedback over?
5. Door de protocollen van 1733 is er reeds informatie over de patiënt vergaard voor het eerste contact met de arts: Wat doen jullie ermee?
6. 1733 gebruikt protocollen. Hoe zijn deze protocollen afgestemd op de kennis van de huisarts?
7. Opgeleid triage-personeel werkt met deze protocollen. Hoe ervaart u deze samenwerking?
8. In welke mate ervaart u andere verwachtingen van de patiënt?
9. Is er iets dat u nog wilt toevoegen aan dit interview?
   (extra vragen indien thema's niet aan bod zijn gekomen)
10. Welke invloed heeft 1733 op de gepresenteerde pathologie?
11. In welke mate voel je je gebonden aan de triage? Houdt u hier rekening mee?
12. Telefonisch advies is niet mogelijk onder 1733. Wat vindt u hiervan?
13. In welke mate beïnvloedt 1733 de arts-patiënt relatie?

Bijlage IV: codelijst

Veranderingen in het takenpakket van de huisarts

1. Werkdruk (telefonisch rust, stress en structuur)
2. Triage ten velde
3. Pathologie (en technische vaardigheden)
4. Telefonisch advies
5. Beslissingsrecht
6. Geruststelling
7. Huisbezoeken

De visie van de huisarts over de protocollen

8. Protocollen
9. Veiligheid
10. Uitgestelde zorg
11. Niet-bindend advies
12. Specifieke patiëntenpopulaties

Impact van het project op de patiënt

13. Arts-patiënt relatie
14. Patiëntenservice
15. Centralisatie
16. Verwachtingen
17. Feedback

Samenwerking met de operator

18. Aanmeldingsinformatie
19. Vertrouwen
20. Operator

Overige

21. Uitbreiding project
22. Communicatie (arts-overheid, artsen-artsen)