Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst

Organisatie van de co-locatiepost

Jonas Wilms, KU Leuven/ICHO

Timon Boeve, KU Leuven/ICHO

Jasper Van Criekinge, 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 5
Inleiding 6
Methode 7
Onderzoeksvraag 7
Veldstudie 7
Voorbereidende literatuurzoektocht 7
Design en uitkomstmaten 7
Populatie en setting 8
Gegevensverzameling en -analyse 8
Ethische commissie 8
Resultaten 9
Nederlandstalige vragenlijsten 9
Inleiding voor persoonskenmerken 9
Opvattingen omtrent co-locatiepost 9
Tijdswinst en kwaliteit van zorgen 10
Inhoudelijke en organisatorische voorwaarden samenwerking en competenties 10
Multivariate analyse 12
Franstalige vragenlijsten 12
Inleiding voor persoonskenmerken 12
Opvattingen omtrent co-locatiepost 12
Tijdswinst en kwaliteit van zorgen 13
Inhoudelijke en organisatorische voorwaarden van samenwerking en competenties 13
Discussie 14
Organisatie van de samenwerking 14
Triagesysteem fysiek op de site zelf 14
Aanvraag van technische onderzoeken 15
Tijdswinst 15
Werkdruk op spoedgevallen 15
Invloed triagesysteem op de wachttijd 16
Kwaliteit en kwantiteit van zorg 17
Kwaliteit van zorg 17
Kosteneffectiviteit 17
Competenties 17

Interpretatie van technische onderzoeken en overleg 17
Sterke en zwakke punten van het onderzoek 18
Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek 18
Conclusie 19
Dankwoord 20
Referenties 21
Bijlage 23
Bijlage I: vragenlijst artsen 23
Bijlage II: goedkeuring Ethische Commissie OBC 41
Bijlage III: elektronische verspreiding vragenlijst 45
Bijlage IV: tabellen met resultaten vragenlijsten 48
Bijlage V: goedgekeurd protocol 57
Bijlage VI: artikels in media 82

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 plaatsvindt tussen de spoeddienst en de huisartspermanentie. In deze masterproef wordt het standpunt onderzocht omtrent de gevolgen en impact van de co-locatie op de dagelijkse praktijk van huis- en urgentieartsen als betrokken actoren binnen de samenwerking.

Methode: Op basis van eerdere studies werden voor- en nadelen van een co-locatie als stellingen geformuleerd in een vragenlijst. Huisartsenwachtkringen en urgentiediensten in zowel het Nederlandstalige als Franstalige landsgedeelte kregen de enquête elektronisch toegestuurd om hun visie omtrent deze samenwerking in al zijn facetten te bevragen.

Resultaten: In totaal vulden 488 Vlaamse en 74 Waalse artsen de vragenlijst in. Meer dan drie vierde van de artsen gaf aan voorstander te zijn van een co-locatie. Het voornaamste argument was verbeterde triage, waardoor huis- en urgentieartsen meer hun eigen doelgroep zagen. Tegenstanders onder de huisartsen vreesden voor een verlies van onafhankelijkheid. Verder verwachtten de artsen een daling van de werkdruk en een stijging van kwaliteit aan zorg. Daarnaast dienden de huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst in een co-locatie financieel en organisatorisch onafhankelijk te opereren. Ten slotte wensten twee op drie huisartsen in een co-locatie te werken, hoofdzakelijk tijdens de wachturen.

Conclusie: Huis- en urgentieartsen zijn in het algemeen voorstander van een co-locatie waarbij de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst onafhankelijk van elkaar kunnen werken. Vermoedelijke stijging in kwaliteit van zorgen, daling in werkdruk en betere kostenefficiëntie spelen daar vooral een belangrijke rol in. Een herziening van het prestatiegerichte vergoedingssysteem en de openingsuren van de huisartsenwachtpost dienen echter nog verder bekeken te worden.

Sleutelwoorden: Co-locatie, huisartsenwachtpost, urgentiedienst, spoedgevallen, wachtdienst, ongeplande zorg, triage

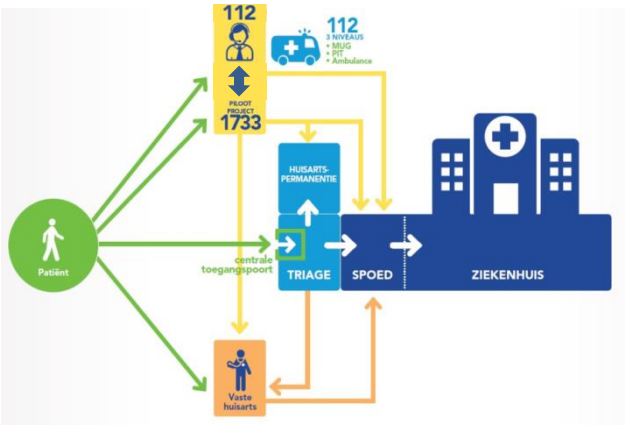
Inleiding

Begin jaren 2000 zijn huisartsenwachtposten opgericht om de werkomstandigheden van huisartsen buiten de normale werkuren te verbeteren [1]. De impact van deze georganiseerde wachtdienst op de aanmeldingen bij urgentiediensten blijft desondanks miniem [3, 9]. Het toenemende aantal spoedconsulten doorheen de jaren is hier een duidelijk bewijs van [2-3]. In België ligt de situatie zelfs complexer. Volgens het KCE-rapport van 2016 meldt de meerderheid van patiënten (bijna 71%) zich zonder enige vorm van doorverwijzing aan bij de urgentiedienst, de zogenaamde zelfverwijzers. Ten opzichte van buurlanden ligt het percentage een stuk hoger (bijvoorbeeld Nederland 42%) [2]. Cijfers laten nochtans zien dat een groot aandeel van deze zelfverwijzers niet noodzakelijk behandeld moeten worden door urgentieartsen en/of spoedverpleegkundigen, maar evengoed door de huisarts op de wachtpost geholpen kan worden of uitgesteld naar de werkuren van de eigen huisarts [4, 9]. Verder toont onderzoek aan dat patiënten eerder een urgentiedienst verkiezen boven een huisartsenwachtpost omwille van de makkelijke toegang en bereikbaarheid [3]. Een recente studie vermeldt ook dat locatie van de huisartsenwachtpost meespeelt in de keuze voor spoedgevallen. De inschatting door de patiënt zelf dat de huisarts bij een bepaald medisch probleem niet kan helpen, doet hen leiden naar een spoedgevallendienst [5].

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 huisartsenpost. De voorwaarde voor een dergelijke co-locatiepost is dat beide diensten zelfstandig blijven werken, maar met mogelijkheden tot overleg en onderlinge verwijzing [2-3]. Pre-triage gebeurt door middel van een centrale toegangspoort waar de patiënt naar spoed, huisartsenpost of zijn eigen huisarts tijdens de werkuren wordt verwezen [Zie figuur 1]. Dergelijk triagesysteem is bedoeld als aanvulling op het 1733-project, waarbij telefonisch een inschatting kan gemaakt worden over niet-geplande zorg buiten de werkuren.

De mening van alle betrokken partijen over deze co-locatie werd echter gering bevraagd in vorige onderzoeken. Ook zijn de mogelijke praktische en organisatorische gevolgen van een samenwerking tussen urgentie- en huisartsen niet gekend. Het verschil in vooropleiding, toegang tot diagnostische middelen en een ander vergoedingssysteem zorgen voor mogelijke valkuilen in de samenwerking tussen twee verschillende specialisaties [2].

In deze masterproef wordt gekeken naar het standpunt van urgentie- en huisartsen omtrent de impact van een co-locatiesysteem op niet-geplande zorg buiten de reguliere werkuren.



Figuur 1: *Organisatiemodel voor ongeplande acute zorg bij een co-locatie [2].*

Methode

Onderzoeksvraag

Hoe kan de co-locatiepost praktisch georganiseerd worden voor huis- en urgentieartsen?

Veldstudie

Voorbereidende literatuurzoektocht

Bij het opmaken van de vragenlijst werd in de literatuur gezocht naar relevante onderwerpen met betrekking tot samenwerkingsvormen tussen huisartsenwachtposten en spoedgevallen. De databank met masterproeven van huisartsgeneeskunde (www.icho.be) gaf de recentste masterproeven omtrent dit onderwerp weer. Het KCE-rapport uit 2011 en 2016 dienden als basis voor een overzicht omtrent de huidige situatie van acute ongeplande zorg en mogelijke hervormingsvoorstellen in België. Referenties uit het rapport (306 titels) brachten nieuwe studies aan. Ook kwam het onderwerp ter sprake in de media, waardoor het grote publiek in aanraking kwam met het thema. Voorbeelden hiervan waren artikels op www.vrtnws.be, in de Artsenkrant en op andere platformen [zie bijlage VI]. Het 1733-112 symposium bezorgde enkele nieuwe artikels.

Bestaande samenwerkingsvormen tussen urgentie- en huisartsen buiten de reguliere werkuren werden gezocht in Medline (Pubmed). Door het gebruik van de MeSH-termen ‘emergency Medical Services’, ‘general practice’, ‘general practitioners’, ‘out-of-hours service’, ‘after-Hours Care’, ‘intersectoral collaboration’ bleef een selectie van een vijftiental artikels over.

Design en uitkomstmaten

De studie was een cross-sectionele observatie die bestond uit een kwantitatief onderzoek door middel van een vragenlijst, gebaseerd op de geselecteerde artikels. De uitkomstmaat bestond uit de mening van urgentie- en spoedartsen omtrent het concept en de organisatie van de co-locatiepost. Nadien werden de resultaten besproken in focusgroepen. Alle deelnemers van de enquête konden zich hiervoor kandidaat stellen per e-mail [zie bijlage I].

De uitkomstmaten waren de standpunten over de co-locatie. Volgende stellingen kwamen aan bod, ingedeeld in zes categorieën:

1. Inleiding

Als start werden de persoonskenmerken bevraagd zoals huidig beroep, jaren ervaring, geslacht, praktijkvorm of soort ziekenhuis, locatie van de wachtdienst, regio waarin men actief is.

2. Opvattingen omtrent co-locatiepost

In de tweede categorie konden artsen hun mening omtrent de co-locatie kwijt. Zowel voor- als tegenstanders konden een reden geven door middel van vaste antwoordopties of een vrij antwoord.

3. Tijdswinst

De respondenten moesten hier een inschatting maken van het percentage huisartsenpathologie op spoedgevallen. Verder werd bevraagd of de samenwerking een daling van de werkdruk op spoedgevallen zou geven en de triage gerichter kon gebeuren met verminderde behandelingstijd.

4. Kwaliteit van zorg in de co-locatie

Onder deze rubriek werd gekeken naar de zorgkwaliteit van de co-locatiepost via een inschatting van kwaliteitsverbetering, aanvraag van techniciteiten, mogelijkheid tot overleg tussen urgentie- en huisarts, de kosteneffectiviteit en de tevredenheid bij patiënten.

5. Inhoudelijke en organisatorische voorwaarden van samenwerking

Het doel van de stellingen was voornamelijk bepaalde voorwaarden binnen de co-locatie te bekijken zoals financiële en organisatorische onafhankelijkheid, aanvraag van technische onderzoeken door de huisarts, triage op de post zelf en de verantwoordelijkheid hierover, openingsuren van de huisartsenwachtpost bij de spoedgevallen en de bereidheid om in zo'n post te werken als huisarts.

6. Competenties

Als laatste punt kwam de interpretatie van technische onderzoeken door de huisarts aan bod. Aan huisartsen werd gevraagd of ze zich capabel voelden tot het nemen van beslissingen omtrent aangevraagde onderzoeken. Urgentieartsen kregen de mogelijkheid om een inschatting te maken over de interpretatie door huisartsen van onderzoeken.

De vragen konden beantwoord worden met 'eerder akkoord' en 'eerder niet akkoord'. Zeven stellingen hadden ruimte voor vrije antwoorden als basis voor de focusgroepen [zie bijlage I].

Populatie en setting

De Nederlandstalige vragenlijst werd verdeeld in het werkveld van zowel huis- en urgentieartsen verspreid over Vlaanderen. Huisartsenkringen werden per e-mail aangeschreven [zie bijlage III]. Verder spraken de onderzoekers dokters (in opleiding) uit hun eigen praktijkregio aan. Een Franstalige vertaling leverde ook resultaten op uit Wallonië. Via universitaire relaties en het afzonderlijk contacteren van spoeddiensten werden urgentieartsen geraadpleegd. Er werd wel een onderscheid gemaakt tussen afgestudeerde artsen en artsen-in-opleiding. Andere specialisaties werden geëxcludeerd. Leidinggevende functies zoals wachtpostverantwoordelijken kwamen onder de optie 'Andere, namelijk' terecht. Uiteindelijk namen 488 artsen deel [zie bijlage IV, tabel 1 en 9].

De vragenlijsten werden beschikbaar gesteld van 1 juli 2019 tot 31 december 2019. Een herinneringsmail halfweg de antwoordperiode gaf meer respons onder de Vlaamse huisartsen.

Gegevensverzameling en -analyse

Artsen konden enkel elektronisch de vragen invullen. Antwoorden werden online verzameld via het programma 'Qualtrics'. De univariaat-analyse gebeurde eveneens met Qualtrics, Microsoft Excel en Word 2016. Voor verdere multivariaat-analyse werd SAS gebruikt waaruit vier multivariate logistische regressies voortkwamen met 'voorstander van co-locatie' als afhankelijke variabele.De onderzochte, onafhankelijke variabelen bestonden uit 'geslacht', 'praktijkvorm', 'aantal jaren actief als arts', 'bereidheid tot werken in co-locatiepost', 'verbetering van kwaliteit van zorg', 'mogelijkheid tot aanvraag van technische onderzoeken', 'overlegstructuur tussen urgentie- en huisarts', 'stijgende aanvraag van technische onderzoeken door huisartsen in de co-locatiepost', 'financiële en organisatorische onafhankelijkheid', 'fysieke pre-triage op site zelf', 'werkdruk op spoedgevallen', 'daling van tijd tot behandeling door triagesysteem'.

Ethische commissie

Aan de studie werd gunstig advies verleend door de 'Onderwijs- en BegeleidingsCommissie voor ethische goedkeuring van masterproeven van de Groep Biomedische Wetenschappen' onder dossiernummer MP009864 [zie bijlage II].

Resultaten

Nederlandstalige vragenlijsten

Inleiding voor persoonskenmerken

Er namen 488 artsen deel aan de vragenlijst waarvan 66% (N= 320) huisartsen, 16% (N= 77) huisarts-in-opleiding (HAIO), 8% (N= 40) urgentieartsen en 7% (N= 35) arts-specialist-in-opleiding (ASO) met een goede verdeling tussen de geslachten waarvan 51% (N= 249) vrouw, 48% (N= 236) man en één persoon genderneutraal was. Wat betreft beroepservaring werkte 36% (N= 171) van de artsen 0-5 jaar en had 24% (N= 114) van de artsen 6-15 jaar ervaring. Degene met de meeste ervaring was 48 jaren actief, de jongste was recent gestart. De provincie Antwerpen was vertegenwoordigd met 35% (N= 161) van de artsen. Ongeveer 22% (N= 101) kwam uit West-Vlaanderen, 15% (N= 71) uit Oost-Vlaanderen, 14% (N= 65) uit Limburg en 14% (N= 63) uit Vlaams-Brabant. Daarnaast zagen we dat 35% (N= 162) van de artsen in een stedelijk gebied werkzaam was (Antwerpen-stad, Brugge, Genk, Gent, Hasselt, Kortrijk, Leuven, Mechelen, Oostende, Sint-Niklaas of Turnhout), 33% (N= 153) kwam uit een landelijk gebied (gemeente of stad met minder dan 35 000 inwoners) en 32% (N= 148) uit het half-stedelijk gebied (stad met minder dan 35 000 inwoners) [zie bijlage IV, tabel 1].

Min of meer 54% (N= 174) van de huisartsen was werkzaam in een groepspraktijk, bij HAIO's 73% (N= 56). Daarnaast werkte 22% (N= 71) van de huisartsen in een solopraktijk en 17% (N= 53) in een duopraktijk. Bij HAIO's was dit respectievelijk 8% (N= 6) en 16% (N= 12) [zie bijlage IV, tabel 1].

Van de huisartsen deed 73% (N= 232) (weekend)wachten in een huisartsenwachtpost. Bijna 14% (N= 45) hield nog wachtdienst in de eigen praktijk, terwijl 11% (N= 36) reeds in een co-locatiepost bij de spoedgevallen zat. Deze verhoudingen vonden we ook terug bij HAIO's [zie bijlage IV, tabel 1].

Bij de urgentieartsen werkte 55% (N= 22) in een regionaal ziekenhuis zonder co-locatie met de huisartsenwachtpost, bij ASO's 34% (N= 12). Nagenoeg 23% (N= 10) was werkzaam in een regionaal ziekenhuis met huisartsenwachtpost en bij ASO's 20% (N= 7). Het aandeel uit universitaire ziekenhuizen (zonder co-locatie met de huisartsenwachtpost) bestond uit 20% (N= 8), bij ASO's 34% (N= 12) [zie bijlage IV, tabel 1].

Opvattingen omtrent co-locatiepost

Ongeveer driekwart (74%, N= 237) van de huisartsen zei eerder voorstander te zijn van de co-locatie tussen de huisartsenwachtpost en de dienst spoedgevallen. Bij HAIO's was 82% (N= 63) eerder voor het co-locatiesysteem. Met een percentage van 95% (N= 38) waren urgentieartsen eerder voorstander, wat overeenkwam met de ASO's (89%, N= 31) [zie bijlage IV, tabel 1].

Bij de huisartsen die eerder voorstander van het co-locatiesysteem waren, vond 41% (N= 97) dat 'huisartsen en urgentieartsen meer hun eigen doelgroep zullen zien' het grootste voordeel. Ook 47% (N= 18) van de urgentieartsen en 71% (N= 21) van ASO's zagen dit als belangrijkste argument. Bijna twee op de vijf HAIO's (37%, N= 23) beschouwden de 'nabijheid van een ziekenhuis voor doorverwijzing, technische onderzoeken, etc.' als grootste voordeel van de co-locatie. Vrije antwoorden waren verdeeld onder de andere opties, gezien zij geen nieuwe argumenten brachten [zie bijlage IV, tabel 3].Huisartsen die eerder geen voorstander van het nieuwe systeem waren, vonden dat ze te weinig onafhankelijkheid zouden hebben (30%, N= 24).

Als vrij antwoord waren er een drietal artsen (4%) die de co-locatiepost als een aanzet zagen om sneller naar het ziekenhuis of de spoed te stappen voor patiënten. Ook mogelijks een verdere afstand tot medische hulp werd aangehaald als negatief punt (3%, N= 2) [zie bijlage IV, tabel 3].

Tussen mannen en vrouwen bestond een verschil in opinie. Vrouwelijke artsen waren eerder positief voor 84% (N= 210) over de co-locatie, terwijl bij de mannen 72% (N= 171) voorstander was. Resultaten varieerden nauwelijks tussen huisartsen en HAIO's die in verschillende praktijkvormen werkten. Zo was 70% (N= 54), 80% (N= 52), 76% (N= 174) voorstander van een co-locatiesysteem als men respectievelijk in een solo-, duo- of groepspraktijk werkte. Ook de artsen uit wijkgezondheidscentra waren overwegend positief (90%, N=9) [zie bijlage IV, tabel 2].

De werkervaring bleek geen bepaalde factor in de keuze. De meerderheid in alle categorieën was eerder voorstander van een co-locatiesysteem. Bij de artsen met het minste ervaring (0-10 jaar) bleek 85% (N= 203) positief. Van de artsen met de meeste ervaring (40-50 jaar) was 73% (N= 8) eerder voorstander. De artsen met 21-30 jaar ervaring hadden het laagste percentage voorstanders (65%, N= 48) [zie bijlage IV, tabel 2].

Tijdswinst en kwaliteit van zorgen

Op de vraag hoeveel procent van de huidige populatie op de spoedgevallendiensten door een huisarts behandeld kon worden, antwoordde 39% (N= 125) van de huisartsen 40-60%. Bijna de helft van de HAIO's (45%, N= 35) vermoedde hetzelfde percentage. Daartegenover dacht 43% (N= 17) van de urgentieartsen eerder dat 20-40% van de spoedpatiënten geholpen kon worden door de huisarts, net zoals 46% (N= 16) van de ASO's [zie bijlage IV, tabel 4].

De meerderheid van de artsen was eerder akkoord met de stelling dat het nieuwe systeem met co-locatie zou zorgen voor een daling van de werkdruk, namelijk 79% (N= 254) van de huisartsen, 86% (N= 66) van de HAIO's, 68% (N= 27) van de urgentieartsen en 83% (N= 29) van de ASO's. Daarbij kwam dat 78% (N= 251) van de huisartsen instemde dat de tijd-tot-behandeling zou dalen in het nieuwe co-locatiesysteem en was 70% (N= 224) van hen eerder akkoord dat ook de kwaliteit van zorg zou stijgen. De percentages bij de HAIO's lagen respectievelijk op 81% (N= 62) en 73% (N= 56), bij de urgentieartsen op 93% (N= 37) en 85% (34), net zoals 89% (N= 31) en 86% (N= 30) bij ASO's. Voorstanders zagen als grootste motivering voor de kwaliteitsverbetering een betere triage, snellere doorverwijzingen of verder onderzoek en een betere samenwerking tussen de disciplines (N= 321). Tegenstanders vermeldden vooral overconsumptie van middelen (N= 14) en een verschuiving van de patiënten door triage met een hogere werkbelasting voor de huisarts (N= 7) [zie bijlage IV, tabel 5].

Op de stelling dat de tevredenheid bij patiënten zou stijgen door het nieuwe co-locatiesysteem antwoordde 68% (N= 217) van de huisartsen eerder akkoord. Bij HAIO's lag het percentage op 70% (N= 54). Bij benadering waren 75% (N= 30) van de urgentieartsen en 77% (N= 27) van de ASO's overtuigd wat betreft bovenstaand standpunt [zie bijlage IV, tabel 5].

Inhoudelijke en organisatorische voorwaarden samenwerking en competenties

Ongeveer 63% (N= 200) van de huisartsen onthaalde positief de stelling dat de huisarts van wacht in een co-locatiewachtpost gebruik moest kunnen maken van de technische mogelijkheden van de spoedgevallen zoals ECG, bloedanalyses, beeldvorming etc. HAIO's waren voor 74% (N= 57) eerder akkoord met deze stelling. De helft van de urgentieartsen (50%, N= 20) en 57% (N= 20) van de ASO's bevestigden deze optie.

Op de vraag of je als huisarts genoeg ervaring had om technische onderzoeken gaande van bloedanalyses tot beeldvorming correct te beoordelen, antwoordde 33% (N= 104) 'ja' en 38% (N= 121) 'ja, mits bijscholing'. Bij de HAIO's was dit respectievelijk 23% (N= 18) en 39% (N= 30). Degenen die voor 'nee' kozen, wezen vooral naar de beperkte ervaring, in het bijzonder bij radiologische onderzoeken (N= 26). Of de huisarts capabel was om deze technische onderzoeken te beoordelen, reageerde 65% (N= 26) van de urgentieartsen dat ze eerder akkoord waren met de stelling, bij ASO's 66% (N= 23). Als belangrijkste redenen werden hun medische achtergrond en dagelijks gebruik in huisartsenpraktijk met al dan niet een protocol (N= 30) aangehaald. Tegenstanders duidden op het gebrek aan expertise, vooral indien er nog geen protocol opgesteld was door de radioloog (N= 18) [zie bijlage IV, tabel 6].

Met de stelling dat er in een co-locatiesysteem meer technische onderzoeken door de huisarts van wacht gevraagd zouden worden, was 68% (N= 219) van de huisartsen eerder akkoord, bij HAIO's voor 69% (N= 53). Bij de specialisten dacht 83% (N= 33) van de urgentieartsen dat er meer aanvragen zouden gebeuren. Pakweg 80% (N= 28) van de ASO's was hiermee eerder akkoord. Eensgezindheid bestond er rond de stelling dat het co-locatiesysteem voor een hogere kosteneffectiviteit zou zorgen dan het oude systeem, waaronder 71% (N= 227) van de huisartsen, 70% (N= 54) van de HAIO's, 73% (N= 29) van de urgentieartsen en 80% (N= 28) van de ASO's [zie bijlage IV, tabel 7].

Op de vraag 'huisartsenwachtposten en spoeddiensten moeten binnen de co-locatie onafhankelijk werken op organisatorisch en financieel vlak' stemde 74% (N= 238) van de huisartsen in, evenveel als de HAIO's (74%, N= 57). Urgentieartsen waren eerder akkoord voor 63% (N= 25) en ASO's voor 51% (N= 18) [zie bijlage IV, tabel 7]. Toch vroegen 89% (N= 277) van de huisartsen, 77% (N= 59) van de HAIO's, 85% (N= 34) van de urgentieartsen en 89% (N= 31) naar een mogelijkheid tot overleg tussen de disciplines ter bespreking van casuïstiek.

De verantwoordelijkheid voor de fysieke pre-triage op de site zelf was volgens 46% (N= 148) van de huisartsen weggelegd voor 'speciaal opgeleid onafhankelijk personeel'. Ook 35% (N= 27) van de HAIO's deelde deze rol aan externe personen toe. Bijna de helft van de urgentieartsen (45%, N= 18) gaf de verantwoordelijkheid aan de verpleegkundigen van de spoedgevallendienst. Eveneens 29% (N= 10) van de ASO's was eerder voor dit spoedconcept. Bij de vrije opties waren onafhankelijke personen en speciaal opgeleide triageverpleegkundigen het populairst (N= 6) [zie bijlage IV, tabel 7].

Bij de vraag wanneer de huisartsenwachtpost bij de spoedgevallendienst bemand diende te worden, antwoordde 48% (N= 154) van de huisartsen dat de opening buiten de diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend) nodig was. Bijna één derde (30%, N= 96) vond dat de huisartsenpost enkel in het weekend (vrijdag 18u tot maandag 8u) beschikbaar moest zijn.

Bij HAIO's was dit respectievelijk 49% (N= 38) en 26% (N= 20). De helft van de urgentieartsen (50%, N= 20) gaf aan dat de huisartsenpost bij de spoedgevallen 24/24u en 7/7 dagen bemand diende te worden. Nog eens 40% (N= 16) van hen verkoos de optie buiten de diensturen van de huisarts, dus ook tijdens de weekdagen. De percentages van de ASO's waren respectievelijk 29% (10) en 49% (N= 17). Vrije voorstellen vermeldden andere openingsuren in het weekend, voornamelijk overdag zonder permanentie na middernacht (N= 13) [zie bijlage IV, tabel 8].

Op de vraag of de huisartsen en HAIO's op de co-locatiepost wensten te werken, antwoordde 67% (N= 215) van de huisartsen 'ja, enkel tijdens de wachturen', net zoals 64% (N= 49) bij de HAIO's. Van de huisartsen zag 20% (N= 65) zichzelf niet werken in dergelijk co-locatiesysteem, van de HAIO's slechts 3% (N= 2) [zie bijlage IV, tabel 8].

Multivariate analyse

Na multivariate analyse werden volgende statistische significante ($p<0.005$) resultaten bekomen. Artsen die de co-locatie niet als voorkeur hadden, waren 24.6 keer vaker voorstander om voltijds te werken in een co-locatie. Daarnaast waren diezelfde artsen 33 keer eerder niet akkoord met de stelling dat de kwaliteit van zorg zou verbeteren met een co-locatie. De kans dat tegenstanders ook 'eerder akkoord' waren met de stelling 'meer technische onderzoeken aangevraagd door de huisarts in een co-locatie' was 2,6 keer hoger dan bij andere artsen. De groep tegen het co-locatiesysteem was ook 3,5 maal vaker niet akkoord met de fysieke pre-triage op de co-locatiesite en 6,8 keer meer niet akkoord met de stelling 'de tijd tot behandeling zal dalen in het nieuwe co-locatiesysteem'.

Franstalige vragenlijsten

Inleiding voor persoonskenmerken

Ook in Wallonië werd een vertaalde versie van de vragenlijst aan de artsen voorgelegd. Hierbij vulden echter enkel huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) de enquête in. Een totaal van 74 Franstalige artsen nam deel, waarvan 97% (N= 72) huisarts en 3% (N= 2) HAIO. Hiervan was 47% (N= 35) van het mannelijke geslacht en 51% (N= 38) van het vrouwelijke geslacht en één arts zag zichzelf als genderneutraal. Het aantal jaren werkervaring was eerder verspreid met 20% (N= 15) tussen 0-5 jaar, 22% (N= 16) tussen 6-15 jaar, 24% (N= 18) tussen 16-25 jaar, 14% (N= 10) tussen 26-35 jaar en 20% (N= 15) boven de 35 jaren.

Solisten waren 41% (30) van de huisartsen, 22% (N= 16) werkte in een duopraktijk en 22% (N= 16) in een medisch huis. Van deze artsen voerde 77% (N= 57) zijn wachtdiensten uit in een wachtpost, 11% (N= 8) in zijn/haar kabinet en 8% (N= 6) in een co-locatiepost [zie bijlage IV, tabel 9].

Opvattingen omtrent co-locatiepost

Bij de Franstalige artsen was 68% (N= 50) eerder voorstander van het nieuwe co-locatiesysteem. Voor 30% (N= 15) van hen was het grootste voordeel een nabijgelegen ziekenhuis voor doorverwijzing en technische onderzoeken. Bijna één vierde van de artsen (26%, N= 13) gaf als positief argument 'een verbetering van zorgen voor de patiënt'. Het derde meest populaire antwoord (24%, N= 12) was 'een meer gespecificeerde patiëntenpopulatie voor zowel huisarts als spoedarts'. Bijna één derde (32%, N= 12) van de Franstalige artsen was eerder geen voorstander van het nieuwe systeem, omdat 25% (N= 6) vreesde voor een verhoogde aanvraag van technische onderzoeken.

Daarnaast verwachtte 25% (N= 6) weinig onafhankelijkheid in een co-locatiesysteem. Vrije respons werd verdeeld over andere antwoordopties, gezien beperkte nieuwe input [zie bijlage IV, tabel 9].

Tijdswinst en kwaliteit van zorgen

Het grootste deel van de Waalse huisartsen (43%, N= 32) vermoedde dat tussen de 40-60% van de patiëntenpopulatie op de spoedgevallen even goed door de huisarts behandeld zou kunnen worden. Een percentage van 23% (N= 17) dacht 60-80% van de spoedpatiënten. Met de stelling dat de werkdruk op de spoedgevallen zou dalen in het nieuwe co-locatiesysteem was 82% (N= 61) eerder akkoord. Ongeveer een even groot aantal (83%, N= 62) verwachtte dat de tijd tot behandeling zou dalen in de co-locatiepost. Volgens 64% (N= 47) van de artsen zou de kwaliteit van zorg stijgen in het nieuwe co-locatiesysteem, met als hoofdredenen betere triage (N= 11) en snelheid van zorg (N= 9).

Qua tevredenheid bij patiënten over het co-locatiesysteem was 61% (N= 45) van de artsen eerder akkoord. Meer dan de helft (57%, N= 42) van de artsen gaf aan eerder akkoord te zijn met de stelling dat de efficiëntie zou stijgen in het nieuwe systeem [zie bijlage IV, tabel 9].

Inhoudelijke en organisatorische voorwaarden van samenwerking en competenties

Bijna drie op vier artsen (73%, N= 54) waren eerder akkoord met de stelling dat de huisarts van wacht in het co-locatiesysteem de technische mogelijkheden (ECG, snel bloedonderzoek, radiologie etc.) van de spoedgevallendiensten moest kunnen gebruiken. Op de vraag of de artsen zich capabel voelden om technische onderzoeken (zoals ECG, bloednames en radiografie) juist te interpreteren, reageerde 27% (N= 20) met ‘ja’, 31% (N= 23) met ‘ja, mits bijkomende opleiding’ en 19% (N= 14) met ‘nee, te weinig ervaring’. Vrije antwoorden gaven vooral minder kennis in radiologie aan (N= 5).

Een overlegstructuur tussen de huisarts van wacht en de urgentieartsen in het nieuwe co-locatiesysteem zag 65% (N= 48) van de huisartsen zitten. Daarnaast was 78% (58) van de artsen eerder akkoord dat de huisartsenwachtpost in het co-locatiesysteem onafhankelijk moest werken op organisatorisch en financieel vlak.

Stijging van de aangevraagde technische onderzoeken door de huisartsenwachtpost bij de spoedgevallen werd door 58% (N= 43) van de artsen beaamd. Daarnaast was 73% (N= 54) eerder akkoord dat er naast een telefonische triage ook een fysieke pre-triage op de co-locatie zelf diende te gebeuren. Een percentage van 46% (N= 25) van de artsen vond dat de verantwoordelijkheid van deze fysieke pre-triage bij speciaal opgeleid, onafhankelijk personeel lag. Bijna één op vier artsen (24%, N= 12) gaf deze verantwoordelijkheid aan spoedverpleegkundigen en 20% (N= 11) dacht dat de huisarts de triagetaak op zich moest nemen.

Qua openingsuren vond 53% (N= 39) van de artsen dat de wachtpost op de spoedgevallen open zou moeten zijn na 19u tijdens de werkweek en tijdens het gehele weekend, 16% (N= 12) 24/24u en 7/7 dagen open en 8% (N= 6) was van mening dat de wachtpost voor middernacht moest sluiten.

Op de vraag of de Franstalige artsen in de toekomst in zo een co-locatiepost zouden willen werken tijdens de wachturen, antwoordde 49% (N= 36) ‘nee’, terwijl 24 % (N= 18) wel bereid was te werken in dergelijke huisartsenwachtpost [zie bijlage IV, tabel 9].

Discussie

Het veldonderzoek toont aan dat een samenwerking tussen urgentie- en huisartsen duidelijke afspraken vereist. Beide disciplines staan open tot een nauwer partnerschap.

Organisatie van de samenwerking

Triagesysteem fysiek op de site zelf

Triage komt het meest ter sprake in de vrije antwoorden bij de vragen over mening omtrent de co-locatie en de verbetering van de kwaliteit van zorg. Een groot deel van de artsen ziet de triage als aanleiding voor potentiële kwaliteitsverbetering en voor kortere behandelingstijden door gerichtere verwijzing. De impact van een triagesysteem kan gestaafd worden met enkele praktijkvoorbeelden. Zoals eerder aangehaald concludeert Belgisch onderzoek uit 2017 dat het aantal zelfverwijzers op spoed constant blijft na introductie van een huisartsenwachtpost bij spoedgevallen. Belangrijk om hierbij te melden is dat er geen 'gatekeeping' systeem bestaat in België. Patiënten hebben dus vrije toegang tot spoedgevallen of tot de huisarts zonder triage voordien [9]. Een gatekeeper of poortwachter is namelijk een persoon die aan de hand van triageprotocollen de klinische toestand van de patiënt inschat en doorstuurt naar de meest geschikte zorgverlener [2]. Nederlands onderzoek daarentegen ziet duidelijk een vermindering van aanmeldingen op spoedgevallen na implementatie van de huisarts bij de spoedgevallen. Het grote verschil in deze studie is dat de huisarts dient als referentiepunt voor de triage. Patiënten kiezen niet zelf op welke dienst ze terecht komen, waardoor een groot deel naar de huisarts verwezen en aldaar geholpen wordt [11].

Tegenstanders stellen zich vragen bij de veiligheid van het triagesysteem. Zij vrezen voor een onderschatting van de klinische toestand, waardoor cruciale tijd verloren gaat. In het huidige voorstel is hiermee rekening gehouden (zie figuur 1). Ambulance-, MUG-interventies en telefonische verwijzingen worden nog steeds rechtstreeks op de spoedgevallen gezien. Het opzet van de fysieke pre-triage is hoofdzakelijk de opvang van de zelfverwijzers [2]. Nederlandse cijfers omtrent spoedaanmeldingen vermelden slechts vier procent dringende verwijzingen naar spoedgevallen. Drie op vier patiënten kunnen worden geholpen door de huisarts [4]. Retriage, doorwijzingen van de huisartsenwachtpost naar spoedgevallen na fysieke pre-triage, zou slechts in drie procent gebeuren volgens analyse uit Zwitserland, waarbij getrainde verpleegkundigen de triagetaak uitvoeren [10]. De evaluatie van de telefonische triage wordt niet bevraagd in de enquête voor artsen, maar wel bij de vragenlijsten voor patiënten [14].

Een ander punt van discussie heeft te maken met de verantwoordelijkheid voor de fysieke pre-triage op de site. Urgentieartsen vertrouwen deze taak toe aan de verpleegkundigen van de spoedgevallen, huisartsen eerder aan speciaal opgeleid, onafhankelijk personeel. In Nederland gebeurt de selectie door triageverpleegkundigen met het Netherlands Triage System- of de NTS-protocollen [10, 11]. Zij staan onder supervisie van de geco-loceerde huisarts die optreedt als gatekeeper of poortwachter van de urgentiedienst. Wie dan ook de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de selectie van patiënten, een wisselwerking tussen beide disciplines lijkt hier eerder aan de orde en kan per samenwerkingsverband bekeken worden tijdens de verdere uitwerking.

Het KCE ziet de co-locatiepost samen met de telefonische triage volgens gevalideerde protocollen als beste oplossing in de Belgische zorgcontext [2, 3]. Eén toegangspoort geeft de mogelijkheid tot een gestroomlijnde zorg buiten de kantooruren, waardoor men dubbele dienstverleningen vermijdt.

In de toekomst lijkt de mogelijkheid tot patiënten zelfs naar de (eigen) huisarts te sturen tijdens de kantooruren een optie in de triagestructuur [3, 6, 7]. Bovendien is voor patiënten zelf dit systeem duidelijker, aangezien slechts één locatie voor alle niet-geplande zorg buiten de kantooruren bestaat [3]. Wel mag er geen verschuiving gebeuren van de eigen bereikbare huisarts naar de co-locatiepost. Initiatieven zoals een supplementaire kost wanneer patiënten zich aanmelden tijdens de kantooruren zonder doorverwijzing of het (telefonisch) triageadvies niet volgen, kunnen mogelijke extra consulten in deze post voorkomen. Eveneens een verwijzing naar de eigen huisarts tijdens kantooruren lijkt een alternatief [3, 7]. Opvolging via de eigen huisarts primeert namelijk nog steeds op de toevoeging van de huisartsenwachtpost bij de spoedgevallen als niet-geplande zorg.

Aanvraag van technische onderzoeken

Bij de stelling 'meer technische onderzoeken aangevraagd door huisartsen omwille van een nabijgelegen spoeddienst met technische faciliteiten' blijkt eensgezindheid te bestaan tussen enerzijds de twee disciplines en anderzijds aan beide kanten van de taalgrens. Vooral urgentieartsen zijn ervan overtuigd dat meer onderzoeken zullen plaatsvinden door inbreng van de huisarts. Een Zwitsers onderzoek geeft nochtans aan dat het totale aantal aangevraagde technische onderzoeken daalt na implementatie van de nabijgelegen huisartsenpost bij de spoedgevallensite [8]. De auteurs vermoeden dat huisartsen zich meer baseren op eigen ervaring, omgang met diagnostische onzekerheid en het volgen van richtlijnen.

Huisartsen vragen effectief minder onderzoeken aan dan urgentieartsen [10, 12]. De invloed van de spoedomgeving kan een verklaring zijn voor de vermeende toename aan aanvragen. Huisartsen die meedraaien op spoedgevallen, nemen immers na een tijdje de manier van praktijkvoering over, waardoor het aantal onderzoeken toch stijgt [3]. Ook verschilt de wachtdienst in feite niet met de dagelijkse praktijk, waarbij de huisarts een inschatting maakt voor verder onderzoek [12].

Het grootste voordeel van de mogelijkheid tot technische aanvragen door de huisarts houdt in dat minder doorverwijzingen naar spoed plaatsvinden voor hetzelfde onderzoek [4, 12]. Resultaten uit een Nederlandse studie tonen aan dat één op vijf consultaties bij de huisarts wordt doorgestuurd naar de urgentiedienst, meestal voor radiologisch onderzoek. Van deze verwijzingen blijkt 98% gegrond [4]. Een ander onderzoek concludeert dat zeven van de tien radiologische aanvragen kunnen behandeld worden door de huisarts. Op deze manier reduceert het totaalaantal spoedpatiënten met 4,5%. Slechts vijf procent wordt voor een tweede nazicht naar spoed gestuurd [12].

Tijdswinst

Werkdruk op spoedgevallen

De belasting op spoedgevallen heeft grotendeels te maken met aanmeldingen die eigenlijk in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Uit onze resultaten blijkt dat bijna de helft van de huisartsen en HAIO's percentages schatten rond 40 tot 60%, terwijl (assistent-)specialisten eerder een lagere prevalentie aangeven. Internationaal onderzoek toont aan dat 20-40% van de pathologie op spoed onnodig blijkt en door de huisarts kan behandeld worden. In België spreekt het KCE zelfs van cijfers rond de 40 tot 56% van de spoedbezoekers [7].

Een meerderheid van de artsen vermoedt dat een systeem van co-locatie zal zorgen voor een daling van de werkdruk op de spoedgevallendiensten. Toch duiden buitenlandse studies een omgekeerd effect aan. In Groot-Brittannië en Ierland zijn de spoedcontacten toegenomen na introductie van een co-locatiepost. Een Deense studie bevestigt deze conclusie. Zelfs een meer gestructureerde wachtdienst door middel van telefonische triage en een gecentraliseerde wachtpost doen het aantal spoedcontacten niet dalen. Deze laatste studie is echter niet statistisch significant [3]. Een tweede kanttekening bij de blijvende werkdruk zijn de toenemende aanmeldingen op spoed. [2, 3, 6]. In Zwitserland groeide het aantal contacten op spoedgevallen jaarlijks met 7% aan het begin van vorig decennium [8]. Toegepast op de Belgische situatie bestaat ook een studie uit 2017 zonder afname van het aantal spoedcontacten in de co-locatiesetting. Wel gebeurde een verschuiving van huisbezoeken naar consultaties door de huisarts. Daartegenover toont Nederlands onderzoek aan dat een huisartsenwachtpost bij de spoedgevallen toch zorgt voor een reductie van 99,5% van de zelfverwijzers op spoedgevallen. Zo worden op de spoeddienst minder patiënten gezien, maar wel met een kritiekere toestand en meer nood aan hospitalisatie. De werkbelasting verschuift echter naar de huisartsenpost, gezien rechtstreekse toegang tot spoed onmogelijk is [11].

Verder wordt ook minder dan een vierde van de patiënten op de spoedgevallen opgenomen in het ziekenhuis [7]. Een verklaring hiervoor zijn de zogenaamde zelfverwijzers, goed voor zeven op de tien spoedpatiënten [3, 4]. Zij vertegenwoordigen de personen die op eigen initiatief kiezen om naar het ziekenhuis te komen, zonder enig klinisch nazicht voordien door een zorgverlener of triagist [3]. Uiteraard heeft hun keuze invloed op de werking van de urgentiedienst. Langere wachttijden voor urgente pathologie geven een potentieel risico op achteruitgang van de klinische toestand bij patiënten. Daarnaast zorgt de drukte voor meer belasting op het verzorgend personeel en voor ontevredenheid bij patiënten [3, 6, 10]. Vorige initiatieven hebben gefaald om de belasting van zelfverwijzers op spoedgevallen te verminderen. De oprichting van wachtposten voor huisartspermanentie tijdens weekend- en feestdagen, het hogere remgeld voor patiënten zonder doorverwijzing of promotie van eerstelijnszorg geven helaas niet de gewenste patiëntdaling [3, 7].

Invloed triagesysteem op de wachttijd

De meerderheid van de bevraagde artsen denkt ook dat de tijd tot behandeling zal dalen door een triagesysteem. Triage zorgt voor de patiënt op de juiste plaats, wat wil zeggen verwijzing naar de huisartsenwachtpost of spoedgevallendienst (cfr infra). Onderzoek wijst inderdaad uit dat de wachttijden en het totale tijdsbestek van ‘aanmelding-tot-ontslag’ korter zijn na introductie van een co-locatiepost. Een vergelijking kan gemaakt worden met Zwitserland, waar zoals in België geen poortwachter is. In het Zwitsers onderzoek verschilt de tijd van aanmelding tot het eerste contact met een arts (wachttijd) niet significant tussen de spoedgevallen en de aanliggende huisartsenpost.

De tijd van ‘aanmelding-tot-ontslag’ daalt echter met 50% van 120 minuten naar 60min voor patiënten die doorverwezen worden naar de huisartsenwachtpost. Helaas zijn er geen cijfers over ‘aanmelding-tot-ontslagtijd’ in de spoedgevallendienst van de co-locatiepost om de impact van de triage te kunnen inschatten. De verwachting is dat een aanpassing van patiëntenstroom (van spoed naar huisartspost) de drukte op spoedgevallen doet verminderen en zo bijdraagt aan een korter verblijf aldaar [8].

Kwaliteit en kwantiteit van zorg

Kwaliteit van zorg

Door de toevoeging van een huisartsenwachtpost aan de spoeddienst denkt meer dan drie vierde van de Vlaamse artsen een kwaliteitsverbetering te bekomen ten opzichte van het oude systeem. Onderzoek toont inderdaad aan dat behandeling door de huisarts even veilig en kwaliteitsvol is als door een urgentiearts [4, 12]. Kwaliteitsverlies of misdiagnoses worden niet gevonden [8]. Follow-up na behandeling op de huisartsenwachtpost gebeurt in 30% van de gevallen, meestal door de eigen huisarts, zelden met nazicht op spoedgevallen. Complicaties komen in 3% van de gevallen voor, allemaal niet-ernstig, maar ongeveer 0,4% is vermijdbaar [4].

De evenwaardige behandeling door de huisarts van wacht kan dus een mogelijke aanpak zijn van de zelfverwijzers op spoedgevallen, waardoor urgenties sneller aan de beurt komen. Een langere verblijfsduur door lange wachttijden op spoedgevallen heeft namelijk een potentieel risico op bijwerkingen en achteruitgang van de patiënt [8]. Een belangrijke voorwaarde bij deze aanpak is het triagesysteem, waardoor een juiste inschatting moet gemaakt worden over de klinische toestand van de patiënt (cfr. infra).

Kosteneffectiviteit

De bedoeling van de co-locatie is dat de huisartsenwachtpost een groot deel van de patiëntenstroom opvangt. Artsen uit het ziekenhuis verwachten dat door een samenwerking met de huisartsenwachtpost een betere kostenefficiëntie optreedt. In Nederland is inderdaad een kostenverlaging bewezen door meerdere studies. Een zelfverwijzer met niet-urgente pathologie zou drie keer goedkoper behandeld kunnen worden door een huisarts in eerstelijnszorg dan specialistische hulp via spoedgevallen [3, 12]. De verminderde kost garandeert nog steeds een behoud of zelfs verbetering van kwaliteit [4, 10]. Een mogelijke verklaring is het inefficiënt gebruik van middelen binnen de gezondheidszorg. De huisartsenwachtpost vereist minder uitgaven wat betreft verder onderzoek en werkingskosten, zoals personeel en artsenhonoraria [10].

Competenties

Interpretatie van technische onderzoeken en overleg

Ervaring neemt ook de bovenhand bij de interpretatie van onderzoeken. Hierbij zien we een duidelijk verschil tussen de huisarts en HAIO, wat de diagnostische onzekerheid opnieuw bevestigt [8]. Toch wil twee derde van de artsen onderzoeken zelf interpreteren, al dan niet met bijscholing. De reden van twijfel bij huis- en urgentieartsen is hoofdzakelijk de expertise in de acute setting. Tegenstanders lijken eerder bloedresultaten te willen interpreteren dan radiologie. Hoewel beeldvorming ook in de basisopleiding wordt gegeven, verklaart de huisarts minder ervaring te hebben in deze materie. Nochtans is er weinig verschil met de dagelijkse praktijk, waarbij huisartsen verwijzen naar de dienst radiologie [12]. Nadien wordt ook een beleid opgemaakt door de huisarts op basis van de conclusie van de radioloog. Beide disciplines staan wel open voor onderling overleg. Een andere optie kan eventueel een samenwerking zijn met de radiologen buiten de kantooruren om de huisarts bij te staan in interpretatie van beelden, wat dus al gebeurt overdag en bij onderzoeken zoals echografie.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Vooraleerst zorgt de samenwerking tussen drie masterproeven voor een vergelijking tussen de mening van patiënten en 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. Onder artsen en beleidvoerders is het steeds meer een centraal thema.

Er werd gekozen voor een elektronische enquête zonder papieren versie om een zo breed mogelijk publiek aan te spreken. De eerstelijnszorg was vertegenwoordigd door de huisartsen die hun wachtdienst deden in eigen praktijk of wachtpost of co-locatiepost. Alle soorten praktijkvormen (solo, duo, groepspraktijk, wijkgezondheidscentra) gaven respons. Urgentieartsen waren de spreekbuis van een regionaal ziekenhuis of universitair centrum. Door de online verspreiding konden alle regio's deelnemen, ook via ruimte voor open commentaar. Verder werden beide kanten van de taalgrens gehoord door een vertaalde versie.

Deze werkvorm kent ook enkele zwaktes. Enkel 'elektronisch geletterden' beantwoordden de vragen, waardoor voornamelijk een jongere generatie de grootste groep was. Verder blijkt de regio van één van de onderzoekers het meest aanwezig omwille van de grootte van de praktijk en het netwerk rondom. West-Vlaanderen is evenzeer goed vertegenwoordigd, meer bepaald de regio rondom Brugge, waar men recent een co-locatiepost opstartte.

In de originele opzet van het onderzoek zouden de antwoorden van de artsen verder besproken worden in focusgroepen. Omwille van de grote respons langs Nederlandstalige zijde werden deze interviews echter achterwege gelaten. Hoewel de Waalse feedback minder is, hebben geen Franstalige focusgroepen plaats gevonden. Redenen hiervoor zijn dat de auteurs de Franse spreektaal niet genoeg beheersen en dat er geen vrijwilligers gevonden zijn onder de Waalse artsen. De bespreking van de stellingen zijn dus voornamelijk gebaseerd op de Vlaamse antwoorden.

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

De samenwerking tussen urgentie- en huisartsen heeft een toekomst in de niet-geplande zorg buiten de kantooruren. Per wachtgebied of netwerk zou de overheid gesprekken tussen de eerste- en tweedelijnszorg kunnen stimuleren voor verdergaande samenwerking. Bepaalde aspecten vereisen dieper onderzoek. Vooraleerst moet men de impact nagaan van de triage naar de aangrenzende wachtposten. Naast steun onder de vorm van personeel, bezettingsgraad van artsen en uitrusting voor de onafhankelijke diensten moet de financiering herbekeken worden door beleidsmakers, gezien spoedgevallen als grote toegangspoort gelden voor ziekenhuizen op het gebied van inkomsten en patiënten. Verder vraagt het co-locatiesysteem een connectie tussen de telefonische triage en de fysieke pre-triage op de site zelf. De protocollen van doorverwijzingen gaan hierop moeten inspelen om dubbele hulpverlening en foute interpretaties te voorkomen. Terugbetalingscriteria voor patiënten op basis van het gevolgde telefonisch advies vragen ook inspanningen op het hoger (politieke) niveau, net zoals de mogelijkheid tot terugverwijzing naar de eigen huisarts tijdens de kantooruren. Ook moet toekomstig onderzoek zich meer richten op de haalbaarheid van co-locatieposten in bepaalde regio's en op de mogelijke openingsuren van de huisartsenwachtpost. Ten slotte zijn informatiecampagnes noodzakelijk om de algemene bevolking te informeren over de veranderingen van de niet-geplande zorg buiten de kantooruren met de co-locatiepost als nieuwe speler. Enkel met duidelijke communicatie naar de zorggebruikers toe kan het project slagen.

Conclusie

Het onderzoek toont aan dat het concept van de huisartsenwachtpost in co-locatie met de spoedgevallendienst op instemming kan rekenen van zowel de huis- als urgentieartsen, ook over de taalgrens heen. Belangrijke positieve punten volgens voorstanders zijn daling in werkdruk en dus tijdswinst op de spoedgevallendienst, verkorting van tijd-tot-behandeling en stijging van kwaliteit van zorgen. Internationaal onderzoek toont geen uitgesproken verschuiving van patiënten naar de huisarts in de co-locatiepost, hoewel er enige evidentie bestaat voor een verkorting van tijd-tot-behandeling en stijging van kwaliteit van zorgen. Tegenstanders van een co-locatiesysteem zijn voornamelijk terughoudend omwille van het vermeende verlies van onafhankelijkheid en de toename in technische onderzoeken. Deze argumenten blijken ongegrond in initiatieven waarbij de huisarts onafhankelijk van de urgentiearts werkt.

Met het co-locatiesysteem kan ook een hogere kosteneffectiviteit optreden, aangezien de huisarts zelfverwijzers aan een veel goedkoper tarief kan behandelen. Een herziening van het prestatiegerichte vergoedingssysteem dient hierbij in overweging te worden genomen omwille van de daling van inkomsten voor ziekenhuizen via hun spoedgevallendiensten.

Een mogelijk discussiepunt tussen huis- en urgentieartsen blijkt wel nog de verantwoordelijkheid over de fysieke pre-triage en de openingsuren van de huisartsenwachtpost in een co-locatiesysteem. Urgentieartsen hopen op een permanente bezetting, terwijl huisartsen vooral tijdens de wachturen wensen te werken. Per gebied zullen de samenwerkingsafspraken verder bekeken moeten worden.

Tot slot is het draagvlak voor een co-locatiesysteem waarbij de huisarts naast de urgentiearts op de spoedgevallendienst werkt in tegenstelling tot vele buitenlandse initiatieven bij ons beperkt. Een co-locatiesysteem waarbij beide specialismen op éénzelfde locatie onafhankelijk van elkaar zorg verstrekken, lijkt binnen de Belgische zorgcontext de meest haalbare optie tot slagen. “Breng de huisarts naar waar de patiënten heen gaan” lijkt hierbij het motto.

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 willen we ook de huisartsenwachtposten van Leuven, Mol en Pelt bedanken voor de medewerking bij het onderwerp. Ook de huisartsenpraktijken 'Heiberg', 'Artsenpraktijk Mol', 'Medipelt' en 'Artsengroep Zorgpoort' kunnen we niet vergeten voor het verspreiden van de vragenlijsten onder hun patiëntenbestand.

Ook een speciale bedanking aan alle medewerkers van de deelnemende huisartsenwachtkringen en ziekenhuizen voor het verdelen van de vragenlijsten onder de artsen. In het bijzonder halen we het Heilig Hart ziekenhuis te Leuven aan, waar we ook patiëntenvragenlijsten in de wachtzaal van de spoedgevallen konden neerleggen.

Tot slot danken wij nog Boeve Joren en Simoens Caroline voor hun significante hulp bij het verwerken van de resultaten en de 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 P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, et al. 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, et al. 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.

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

4. Rutten M, Vrielink F, Smits M and 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):62.

5. Joordens P, Maes J, Vandermullen C and Schoenmakers B. Huisartsenwachtpost of spoedgevallendienst: Hoe beslist de patiënt? Onderzoek van de invloed van omgevingsfactoren. Masterproef Icho. 2019.

6. De Nutte H, Pauwels J and Lippens F. Wanneer zorg niet planbaar is. Toekomstvisie op de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten. Brussel: Zorgnet-Icuro. 2016; D/2016/12607/3,ISBN 9789491323232.

7. Van den Heede K, Quentin W, Dubois C, Devriese S and Van de Voorde C. The 2016 proposal for the reorganisation of urgent care provision in Belgium: A political struggle to co-locate primary care providers and emergency departments. Health Policy (New York). 2017;121(4):339–45.

8. Wang M, Wild S, Hilfiker G, Chmiel C, et al. Hospital-integrated general practice: A promising way to manage walk-in patients in emergency departments. J Eval Clin Pract. 2014;20(1):20–6.

9. Colliers A, Remmen R, Streffer ML, Michiels B, 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 [Internet]. 2017;72(1):49–54.

10. Eichler K, Hess S, Chmiel C, Bögli K,et al. Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study. Emerg Med J 2014;31:818–823.

11. Thijssen WAMH, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P and Wensing M. The Impact on Emergency Department Utilization and Patient Flows after Integrating with a General Practitioner Cooperative: An Observational Study. Emerg Med Int. 2013;2013:364659.

12. van den Bersselaar DLCM, Maas M and Thijssen WAMH. Does X-ray imaging by GPC at emergency care access points in the Netherlands change patient flow and reduce ED crowding? A cohort study. Health Sci Rep. 2018 Feb 8;1(2):e26.

13. van Gils-van Rooij ESJ, Meijboom BR, Broekman SM, Yzermans CJ and de Bakker DH. Is patient flow more efficient in Urgent Care Collaborations? European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine. 2018 Feb;25(1):58-64.

14. Van Criekinge J, Wilms J, Boeve T, Vandermullen C and Schoenmakers B. Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst: Standpunt van patiënten. Masterproef Icho. 2020.

Bijlage

Bijlage I: vragenlijst artsen

<u>Nederlandstalige versie</u>:



De vragenlijst waaraan u deelneemt, behandelt het onderwerp van
'**Co-locatie van huisartsenwachtpost met de spoeddienst**'.

Deze centra voor de opvang van ongeplande zorg, meestal gesitueerd op een ziekenhuissite, hebben als doel één toegangspoort te creëren waar triage gebeurt tussen de spoeddiensten van de ziekenhuizen en de huisartsenwachtpost.
Beide diensten blijven zelfstandig werken, maar met (mogelijkheden tot) onderling overleg en verwijzing.

Als arts wordt u waarschijnlijk op termijn betrokken bij een dergelijk initiatief. Daarom willen wij van u horen hoe u deze samenwerking ziet met een vragenlijst die ongeveer 5 à 10 minuten tijd in beslag zal nemen. Op het einde van de vragenlijst zal u uitgenodigd worden om deel te nemen aan een interview om dieper op deze materie in te gaan. Bij interesse bent u meer dan welkom om te participeren.

Namens de onderzoekers willen we u alvast bedanken voor de deelname aan de studie.
Timon Boeve
Jasper Van Criekinge
Jonas Wilms

Onder begeleiding van Prof dr. Birgitte Schoenmakers & dr. Chris Van Der Mullen (voorzitter 1733 werkgroep)
Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven



KU LEUVEN

Ik ben momenteel:

- ○ Huisarts
- ○ Urgentiearts
- ○ Huisarts-in-opleiding (HAIO)
- ○ Arts-specialist-in-opleiding (ASO)
- ○ Andere, namelijk

Ik werk momenteel al .... als arts:

- ○ Aantal jaren

Mijn geslacht is:

- ○ Vrouwelijk
- ○ Mannelijk
- ○ Genderneutraal

→

KU LEUVEN

Ik doe de (weekend)wachtdienst in de:

- ○ Eigen praktijk
- ○ Huisartsenwachtpost
- ○ Co-locatiepost bij spoedgevallen
- ○ Andere, namelijk

Ik ben werkzaam in een:

- ○ Solopraktijk
- ○ Duopraktijk
- ○ Groepspraktijk
- ○ Wijkgezondheidscentrum
- ○ Andere, namelijk

Ik ben werkzaam in een:

- ○ Regionaal ziekenhuis zonder co-locatie huisartsenwachtpost
- ○ Regionaal ziekenhuis met co-locatie huisartsenwachtpost
- ○ Universitair ziekenhuis zonder co-locatie huisartsenwachtpost
- ○ Universitair ziekenhuis met co-locatie huisartsenwachtpost
- ○ Privé ziekenhuis
- ○ Andere, namelijk

De regio waar ik werkzaam ben:

- ○

→

KU LEUVEN

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

- ○ Eerder akkoord
- ○ Eerder niet akkoord

Indien 'Eerder akkoord': Wat is volgens u het grootste voordeel van co-locatie?

- ○ Efficiënte hulpverlening voor de patiënten
- ○ Nabijheid van een ziekenhuis voor doorverwijzing, technische onderzoeken, etc.
- ○ Huisartsen en urgentieartsen zullen meer hun eigen doelgroep zien
- ○ Daling van de werkdruk
- ○ Kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënten
- ○ Financieel voordeel door toename van het aantal patiëntencontacten
- ○ Andere, namelijk

Indien 'Eerder niet akkoord': Wat is uw belangrijkste reden?

- ○ Stijging van de werkdruk
- ○ Te weinig onafhankelijkheid
- ○ Geen verandering van patiëntpopulatie, tijdwinst, etc. door onvoldoende aangepaste triage protocollen
- ○ Onvoldoende vertrouwen in het nieuwe systeem
- ○ Teveel gebruik van technische onderzoeken zoals bloednames, beeldvorming, etc.
- ○ Financieel verlies
- ○ Meer doorverwijzingen naar spoedgevallen omwille van een nabijgelegen huisartsenwachtpost
- ○ Andere, namelijk

→

KU LEUVEN

Hoeveel procent van de patiëntenpopulatie op de spoedgevallendienst kan volgens u ook door de huisarts behandeld worden ?

- ◯ < 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

Het triagesysteem zal patiënten gerichter verwijzen, waardoor de tijd tot behandeling zal dalen.

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

→

KU LEUVEN

Door het co-locatie systeem zal de kwaliteit van zorg verbeteren.

- ◯ Eerder akkoord, met als reden
- ◯ Eerder niet akkoord, met als reden

Huisartsen van wacht moeten gebruik kunnen maken van de technische mogelijkheden van de spoedgevallendienst zoals ECG, snelle bloedanalyses, beeldvorming, ...

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

Er moet een overlegstructuur bestaan tussen huisartsen en urgentieartsen

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

De patiënttevredenheid zal hoger liggen bij het co-locatie systeem t.o.v. het oude spoedsysteem.

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

Het co-locatie systeem zal voor een hogere kosteneffectiviteit zorgen t.o.v. het huidige systeem.

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

→

KU LEUVEN

Huisartsenwachtposten en spoeddiensten moeten binnen de co-locatie onafhankelijk werken op organisatorische en financieel vlak.

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

Denkt u dat er in het co-locatiesysteem meer technische onderzoeken aangevraagd zullen worden door huisartsen omwille van een nabijgelegen spoeddienst met technische faciliteiten?

- ◯ Eerder wel
- ◯ Eerder niet

Naast telefonische pre-triage van de patiënten dient er ook een fysieke pre-triage op de site zelf voorzien te worden.

- ◯ Eerder akkoord
- ◯ Eerder niet akkoord

Bij een fysieke pre-triage op de site zelf, de verantwoordelijkheid hierover ligt bij:

- ◯ Huisarts
- ◯ Urgentiearts
- ◯ Verpleegkundigen van de spoedgevallen
- ◯ Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel
- ◯ Andere, namelijk

→

KU LEUVEN

De huisartsenwachtpost bij de spoedgevallendienst dient:

- ◯ 24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn, dus ook overdag tijdens de week
- ◯ Buiten de diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend)
- ◯ Enkel in het weekend (vrijdag 18u tot maandag 8u) open te zijn
- ◯ Elke dag van 18 tot 8u
- ◯ Dagelijks van 18u tot middernacht
- ◯ Anders, namelijk

Zou u in de toekomst in een huisartsenwachtpost bij de spoedgevallendienst willen werken?

- ◯ Ja, voltijds (ook overdag in de week)
- ◯ Ja, deeltijds en deeltijds in een andere (eigen) praktijk
- ◯ Ja, enkel tijdens de wachturen
- ◯ Nee

→

KU LEUVEN

Ik ben als huisarts in staat om technische onderzoeken te interpreteren gaande van (acute) bloedanalyses tot beeldvorming?

- ○ Ja
- ○ Ja, mits bijscholing
- ○ Nee, beperkte ervaring
- ○ Nee, omwille van

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

- ○ Eerder akkoord, omwille van
- ○ Eerder niet akkoord, omwille van

→

KU LEUVEN

De onderzoekers willen u alvast bedanken voor uw deelname aan het onderzoek.

Indien u interesse heeft voor deelname aan een interview omtrent dit onderwerp, kan u altijd uw gegevens sturen naar: jonas.wilms@student.kuleuven.be

<u>Franstalige versie</u>:



L'enquête auquel vous allez participer couvre le sujet de
"Colocation du médecin de garde avec le service d'urgence."

Ces centres de réception de soins imprévus, généralement situés près d'un hôpital, créent une passerelle unique en permettant le triage entre les services d'urgence des hôpitaux et le poste médical. Les deux services continuent de fonctionner indépendamment, mais en collaboration mutuelle.

Vu le fait que vous êtes engagés come médecin dans une telle initiative à long terme, on souhaiterait savoir comment vous envisagez cette collaboration . On vous en prie de compléter une enquête qui prendra environ 5 à 10 minutes de votre temps

Au nom des rechercheurs, on vous remercie d'avance pour votre participation.
Timon Boeve
Jasper Van Criekinge
Jonas Wilms

Sous supervision de
Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers et Dr. Chris Van Der Mullen (président du groupe de travail 1733)
Centre académique de médecine générale, KU Leuven



KU LEUVEN

Actuellement, je suis un(e):

- ○ Généraliste
- ○ Médecin d'urgences
- ○ Candidat-médecin généraliste (MGF)
- ○ Médecin spécialiste en formation
- ○ Autre:

Je suis médecin depuis:

- ○ Ans:

Mon sexe est:

- ○ Féminin
- ○ Masculin
- ○ Neutralité de genre

→

KU LEUVEN

Je prévois le garde à:

- ○ Mon propre cabinet
- ○ La poste du médecin de garde
- ○ La Colocation a côté des services d'urgences
- ○ Autre:

Je travaille à un(e):

- ○ Pratique solo
- ○ Duo pratique
- ○ Maison médicale
- ○ Centre de santé de quartier
- ○ Autre:

Je travaille à l':

- ○ Hôpital régional sans colocation de poste médical
- ○ Hôpital régional avec colocation de poste médical
- ○ Hôpital d'université sans colocation de poste médical
- ○ Hôpital d'université avec colocation de poste médical
- ○ Hôpital privé
- ○ Autre:

La région dans laquelle je travaille:

- ○

→

KU LEUVEN

Je supporte le système nouveau de colocalisation.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

En cas de 'plutôt d'accord': Selon vous, quel est le plus grand avantage de la colocation?

- ○ L'assistance efficace aux patients
- ○ La proximité d'un hôpital pour de la référence, des examens techniques, etc.
- ○ Les médecins généralistes et les urgentologues rencontrent leur propre group cible
- ○ La diminution de la charge de travail
- ○ L'amélioration de la qualité des soins aux patients
- ○ Le bénéfice financier dû à l'augmentation du nombre de contacts avec les patients
- ○ Autre:

En cas de 'plutôt pas d'accord": Quelle est votre raison principale?

- ○ L'augmentation de la charge de travail
- ○ Trop peu d'indépendance
- ○ Pas d' effet sur la population de patients, les économies de temps, etc. en raison de protocoles de tri insuffisamment adaptés
- ○ La confiance insuffisante dans le nouveau système
- ○ Trop de recours à des examens techniques tels que tests sanguins, radiologie/imagerie, etc.
- ○ La perte financière
- ○ Plus de références aux urgences en raison de la présence d'une poste des généralistes à proximité
- ○ Autre:

→

KU LEUVEN

Quel pourcentage de la population de patients au service des urgences devrait pouvoir également être traité par le médecin général?

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

La collaboration avec le poste du médecin de garde générale permettra de réduire la charge de travail des services d'urgence.

- ◯ Plutôt d'accord
- ◯ Plutôt pas d'accord

Le système de triage orientera les patients de manière plus ciblée, ce qui réduira le délai de traitement.

- ◯ Plutôt d'accord
- ◯ Plutôt pas d'accord

→

KU LEUVEN

La qualité des soins s'améliorera grâce au système de colocation.

- ○ Plutôt d'accord en raison de: _____
- ○ Plutôt pas d'accord en raison de: _____

Les médecins généralistes (en service) peuvent utiliser les possibilités techniques du service d'urgence telles que l'ECG, les analyses de sang rapides, l'imagerie/radiologie, etc.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

Il nous faut une structure de consultation entre les médecins généralistes et les urgentologues.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

La satisfaction des patients augmentera avec le système de colocalisation par rapport à l'ancien système d'urgence.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

Le système de colocalisation assurera une rentabilité plus élevée par rapport au système actuel.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

→

KU LEUVEN

Les postes des généralistes et les services d'urgence doivent travailler de manière indépendante au sein de la colocation, aux niveaux organisationnels et financiers.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

Croyez-vous que les généralistes du système de colocalisation renverront plus pour des examens techniques en raison de la proximité d'un service d'urgence doté d'installations techniques?

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

En plus du pré-tri téléphonique des patients, un pré-tri physique doit également être fourni sur place.

- ○ Plutôt d'accord
- ○ Plutôt pas d'accord

La personne responsable d'un pré-tri physique sur le site lui-même devrait être:

- ○ Le médecin généraliste
- ○ Le médecin d'urgence
- ○ Les infirmières d'urgence
- ○ Le personnel indépendant spécialement formé
- ○ Autre:

→

KU LEUVEN

Le poste de médecin au service d'urgence devrait:

- ◯ Être disponible 24h / 24 et 7 jours / 7, même pendant la journée dans la semaine
- ◯ Être ouvert en dehors des heures de service du médecin (après 19 heures et le week-end)
- ◯ Être ouvert uniquement le week-end (vendredi de 19h à lundi de 8h)
- ◯ Tous les jours de 19h à 8h
- ◯ Tous les jours de 19h à minuit
- ◯ Autre:

Aimeriez-vous travailler dans un post des généralistes à l'urgence à l'avenir?

- ◯ Oui, à temps plein (également pendant la journée dans la semaine)
- ◯ Oui, à temps partiel et à temps partiel dans une autre (propre) pratique
- ◯ Oui, seulement pendant les heures d'attente
- ◯ Non

→

KU LEUVEN

Je suis capable comme médecin généraliste d'interpréter des examens techniques allant d'analyses sanguines (aiguës) à l'imagerie médicale?

- ○ Oui
- ○ Oui, formation supplémentaire fournie
- ○ Non, expérience limitée
- ○ Non, à cause de:

Je considère le médecin généraliste capable d'interpréter les résultats des examens techniques.

- ○ Plutôt d'accord en raison de:
- ○ Plutôt pas d'accord en raison de:

→

KU LEUVEN

Les rechercheurs vous remercient pour votre temps.

Dr. Boeve Timon
Dr. Van Criekinge Jasper
Dr. Wilms Jonas

Superviseur: Prof. dr. Dr. Birgitte Schoenmakers
Co-superviseur: Dr. Chris Van Der Mullen

Bijlage II: goedkeuring Ethische Commissie OBC

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

English version below.

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. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP009864

Your reference: Master's thesis study: Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

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

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 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

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 05-03-2019 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage III: elektronische verspreiding vragenlijst

Nederlandstalige verspreiding

Geachte collega's

Wij zijn drie HAIO's (huisarts-in-opleiding) aan de KULeuven en wij hadden u graag uitgenodigd om deel te nemen aan onze thesis-studie: 'co-locatie van de huisartsenwachtpost en dienst spoedgevallen' .

Omwille van meerdere redenen (financieel, organisatorisch, medisch...) zijn er in België proefprojecten opgericht ter bevordering van een nauwere samenwerking tussen de huisartsenwachtposten en spoeddiensten.

Eén aspect hiervan is de co-locatie van de huisartsenwachtpost samen met de spoedgevallendienst, waarbij deze diensten onafhankelijk van elkaar, maar op éénzelfde locatie opereren.

Als arts wordt u waarschijnlijk op termijn betrokken bij een dergelijk initiatief. Daarom willen wij van u horen hoe u deze samenwerking ziet met een vragenlijst. Zie hiervoor de onderstaande link:

https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_8uLt8ktD2H9CM4d

Deze vragenlijst is anoniem en zal ongeveer 5 à 10 minuten in beslag nemen. In de bijlage kan u de goedkeuring van de ethische commissie terugvinden.

Ten slotte vindt u hieronder ons (voorlopig) abstract:

Achtergrond: Huisartsenwachtposten zijn opgericht om de werkomstandigheden van huisartsen buiten de normale werkuren te stroomlijnen. Toch neigt internationaal onderzoek 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 creëren één toegangspoort waar de triage gebeurt tussen de spoeddienst en de huisartspermanentie. 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.

Methode: In de literatuur werd gezocht naar voorbeelden van het co-locatiesysteem in het buitenland (voornamelijk Nederland en Verenigd Koninkrijk). De mogelijke voor- en nadelen verschenen terug in een elektronische enquête die gestuurd werd naar zowel urgentie- als huisartsen om zo hun mening te achterhalen.

Resultaten: Het doel is om enerzijds de meningen van urgentie- en huisartsen af te toetsen en in de beroepsgroepen zelf verschillen aan te tonen. Anderzijds kan er een vergelijking gemaakt worden tussen stedelijke, half-stedelijke en plattelandsgebieden.

Sleutelwoorden: co-locatie, huisartsenwachtpost, urgentiedienst, wachtdienst

Vriendelijke groeten en bedankt voor uw tijd,

Onderzoekers:

Dr. Boeve Timon

Dr. Van Criekinge Jasper

Dr. Wilms Jonas

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Co-promotor: Dr. Chris Van Der Mullen

Franstalige verspreiding

Cher collègue

Nous sommes trois Candidats-médecins généraliste de KU Leuven (Louvain) et nous vous invitons à participer à l'étude: "la colocalisation du poste de médecin généraliste et du service d'urgence". L'étude s'effectue sous supervision du Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers et Dr. Chris Van Der Mullen (président du groupe de travail 1733) Centre académique de médecine générale, KU Leuven

Pour plusieurs raisons (financières, organisationnelles, médicales, etc.), il y a des projets pilotes en Belgique qui s'adressent à ce sujet. Avec cet étude particulier, on veut promouvoir une coopération entre les médecins généralistes et les services d'urgence.

Un exemple est la co-location du médecin généraliste de garde avec le service d'urgence.
Ces centres de réception de soins imprévus, généralement situés près d'un hôpital, créent une passerelle unique en permettant le triage entre les services d'urgence des hôpitaux et le poste médical. Les deux services continuent de fonctionner indépendamment, mais en collaboration mutuelle.

Vu le fait que vous êtes engagés come médecin dans une telle initiative à long terme, on souhaiterait savoir comment vous envisagez cette collaboration. Voici le lien de l'enquête:
https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_08UkHj6b0mlcfVr

On vous prie de compléter une enquête anonyme qui prendra environ 5 à 10 minutes de votre temps.

Vous trouverez l'approbation néerlandaise et anglaise du comité d'éthique en annexe.

Résumé

Contexte: Les postes de garde aient été initialement conçus pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes. La recherche internationale préfère une forme de coopération avec le service d'urgence sur le même site, appelée la colocalisation des deux organisations. Ces centres de réception de soins imprévus, généralement situés près d'un hôpital, créent une passerelle unique en permettant le triage entre les services d'urgence des hôpitaux et le poste médical. La thèse regarde les vues des plusieurs personnes à la colocalisation.

Méthode: La littérature donnait des exemples de système de la colocalisation à l'étranger (principalement aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). Les avantages et inconvénients d'une colocalisation sont réapparus dans une enquête. Des médecins d'urgences et généralistes pourraient remplir le questionnaire électronique.
Mots-clés: colocalisation, service de médecine générale, service d'urgence, service de secours

Bijlage IV: tabellen met resultaten vragenlijsten

Tabel 1: Persoonskenmerken van de Vlaamse artsen
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Geslacht	N (%)
Genderneutraal	1 (0)
Mannelijk	236 (48)
Vrouwelijk	249 (51)
Specialisatie	N (%)
Andere, namelijk	15 (3)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Huisarts	320 (66)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Urgentiearts	40 (8)
Praktijktype huisartsen	N (%)
Huisarts	320 (66)
Andere, namelijk	12 (4)
Duopraktijk	53 (17)
Groepspraktijk	174 (54)
Solopraktijk	71 (22)
Wijkgezondheidscentrum	9 (3)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Duopraktijk	12 (16)
Groepspraktijk	56 (73)
Solopraktijk	6 (8)
Wijkgezondheidscentrum	1 (1)

Ziekenhuistype specialisten	N (%)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35(7)
Privé ziekenhuis	1 (3)
Regionaal ziekenhuis met co-locatiepost	7 (20)
Regionaal ziekenhuis zonder co-locatiepost	12 (34)
Universitair ziekenhuis met co-locatiepost	1 (3)
Universitair ziekenhuis zonder co-locatiepost	12 (34)
Urgentiearts	40 (8)
Andere, namelijk	1 (3)
Regionaal ziekenhuis met co-locatiepost	9 (23)
Regionaal ziekenhuis zonder co-locatie	22 (55)
Universitair ziekenhuis zonder co-locatiepost	8 (20)

Jaren ervaring	N (%)
0->5j	171(36)
6->15j	114(24)
16->25j	70(15)
26->35j	75(16)
>35j	48(10)
Locatie van wachtdienst	N (%)
Huisarts	320 (66)
Andere, namelijk	6 (2)
Co-locatiepost	36 (11)
Eigen praktijk	45 (14)
Huisartsenwachtpost	232 (73)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Andere, namelijk	4 (5)
Co-locatiepost	9 (12)
Eigen praktijk	9 (12)
Huisartsenwachtpost	53 (69)
Werkzaam in regio	N (%)
Antwerpen	161(35)
Limburg	65(14)
Oost-Vlaanderen	71(15)
Vlaams-Brabant	63(14)
West-Vlaanderen	101(22)

Tabel 2: Voorkeur omtrent co-locatie met invloed van werkervaring, specialisatie en geslacht (enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Voorkeur co-locatie: werkervaring in jaren	N (%)
0-5 jaar	171 (35)
Eerder akkoord	149 (87)
Eerder niet akkoord	13 (8)
6-10 jaar	68 (14)
Eerder akkoord	54 (79)
Eerder niet akkoord	13 (19)
11-20 jaar	78 (16)
Eerder akkoord	64 (82)
Eerder niet akkoord	14 (18)
21-30 jaar	74 (15)
Eerder akkoord	48 (65)
Eerder niet akkoord	25 (34)
31-40 jaar	76 (16)
Eerder akkoord	52 (68)
Eerder niet akkoord	24 (32)
41-50 jaar	11 (2)
Eerder akkoord	8 (73)
Eerder niet akkoord	3 (27)

Voorkeur co-locatie: specialisatie en geslacht	N (%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	12 (80)
Mannelijk	6 (50)
Vrouwelijk	6 (50)
Eerder niet akkoord	1 (7)
Mannelijk	1 (100)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	31 (89)
Mannelijk	12 (39)
Vrouwelijk	19 (61)
Eerder niet akkoord	2 (6)
Mannelijk	2 (100)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	237 (74)
Mannelijk	112 (47)
Vrouwelijk	125 (53)
Eerder niet akkoord	80 (25)
Genderneutraal	1 (1)
Mannelijk	54 (68)
Vrouwelijk	25 (31)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	63 (82)
Mannelijk	19 (30)
Vrouwelijk	44 (70)
Eerder niet akkoord	9 (12)
Mannelijk	3 (33)
Vrouwelijk	6 (67)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	38 (95)
Mannelijk	22 (58)
Vrouwelijk	16 (42)
Eerder niet akkoord	2 (5)
Mannelijk	1 (50)
Vrouwelijk	1 (50)

Tabel 3: Voorkeur omtrent co-locatie per specialisatie met argumentatie en N (%)
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	12 (80)
Andere, namelijk	2 (17)
Efficiënte hulpverlening voor de patiënten	4 (33)
Huisartsen en urgentieartsen meer hun eigen doelgroep	2 (17)
Kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënten	1 (8)
Nabijheid van ziekenhuis voor onderzoeken, etc.	2 (17)
Eerder niet akkoord	1 (7)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	31 (89)
Andere, namelijk	1 (3)
Efficiënte hulpverlening voor de patiënten	3 (10)
Huisartsen en urgentieartsen meer hun eigen doelgroep zien	22 (71)
Kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënten	3 (10)
Nabijheid van ziekenhuis voor doorverwijzing, onderzoeken, …	2 (6)
Eerder niet akkoord	2 (6)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	237 (74)
Andere, namelijk	7 (3)
Daling van de werkdruk	7 (3)
Efficiënte hulpverlening voor de patiënten	44 (19)
Huisartsen en urgentieartsen meer hun eigen doelgroep	97 (41)
Kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënten	23 (10)
Nabijheid van ziekenhuis voor doorverwijzing, onderzoeken, …	54 (23)
Eerder niet akkoord	80 (25)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	63 (82)
Efficiënte hulpverlening voor de patiënten	13 (21)
Financieel voordeel door toename van patiëntencontacten	1 (2)
Huisartsen en urgentieartsen meer hun eigen doelgroep zien	19 (30)
Kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënten	6 (10)
Nabijheid van een ziekenhuis voor onderzoeken	23 (37)
Eerder niet akkoord	9 (12)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	38 (95)
Andere, namelijk	1 (3)
Daling van de werkdruk	2 (5)
Efficiënte hulpverlening voor de patiënten	10 (26)
Huisartsen en urgentieartsen zullen meer eigen doelgroep zien	18 (47)
Kwaliteitsverbetering van de zorg voor de patiënten	5 (13)
Eerder niet akkoord	2 (5)

Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	12 (80)
Eerder niet akkoord	1 (7)
Meer doorverwijzingen naar spoedgevallen	1 (100)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	31 (89)
Eerder niet akkoord	2 (6)
Onvoldoende aangepaste triage protocollen	2 (100)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	237 (74)
Eerder niet akkoord	80 (25)
Andere, namelijk	15 (19)
Onvoldoende aangepaste triage protocollen	7 (9)
Meer doorverwijzingen naar spoedgevallen	5 (6)
Onvoldoende vertrouwen in het nieuwe systeem	7 (9)
Stijging van de werkdruk	10 (13)
Te weinig onafhankelijkheid	24 (30)
Overgebruik van technische onderzoeken	11 (14)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	63 (82)
Eerder niet akkoord	9 (12)
Andere, namelijk	1 (11)
Onvoelde aangepaste triage protocollen	2 (22)
Meer doorverwijzingen naar spoedgevallen	1 (11)
Stijging van de werkdruk	2 (22)
Te weinig onafhankelijkheid	2 (22)
Overgebruik van technische onderzoeken	1 (11)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	38 (95)
Eerder niet akkoord	2 (5)
Andere, namelijk	1 (50)
Overgebruik van technische onderzoeken	1 (50)

Tabel 4: Schatting van percentage aan huisartspathologie op de spoedgevallen met N (%) (enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Andere, namelijk	15 (3)
20 - 40%	5 (33)
40 - 60%	4 (27)
60 - 80%	3 (20)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
< 20 %	1 (3)
20 - 40%	16 (46)
40 - 60%	15 (43)
60 - 80%	1 (3)
Huisarts	320 (66)
< 20 %	7 (2)
> 80%	7 (2)
20 - 40%	120 (38)
40 - 60%	125 (39)
60 - 80%	48 (15)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
> 80%	1 (1)
20 - 40%	25 (32)
40 - 60%	35 (45)
60 - 80%	8 (10)
Urgentiearts	40 (8)
< 20 %	8 (20)
20 - 40%	17 (43)
40 - 60%	9 (23)
60 - 80%	4 (10)

Tabel 5: Tijdwinst en kwaliteit van zorgen
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Daling van de werkdruk op de spoedgevallen	N(%)	**Tijd-tot-behandeling zal verkorten**	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)	*Andere, namelijk*	15 (3)
Eerder akkoord	9 (60)	Eerder akkoord	11 (73)
Eerder niet akkoord	3 (20)	Eerder niet akkoord	0(0)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)	*Arts-specialist-in-opleiding (ASO)*	35 (7)
Eerder akkoord	29 (83)	Eerder akkoord	31 (89)
Eerder niet akkoord	4 (11)	Eerder niet akkoord	2 (6)
Huisarts	320 (66)	*Huisarts*	320 (66)
Eerder akkoord	254 (79)	Eerder akkoord	251 (78)
Eerder niet akkoord	57 (18)	Eerder niet akkoord	59 (18)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)	*Huisarts-in-opleiding (HAIO)*	77 (16)
Eerder akkoord	66 (86)	Eerder akkoord	62 (81)
Eerder niet akkoord	3 (4)	Eerder niet akkoord	7 (9)
Urgentiearts	40 (8)	*Urgentiearts*	40 (8)
Eerder akkoord	27 (68)	Eerder akkoord	37 (93)
Eerder niet akkoord	11 (28)	Eerder niet akkoord	1 (3)
Verbetering kwaliteit van zorgen	N (%)	**Stijging patiënttevredenheid**	N (%)
Andere, namelijk	15 (3)	*Andere, namelijk*	15 (3)
Eerder akkoord, met als reden	10 (67)	Eerder akkoord	8 (53)
Eerder niet akkoord, met als reden	1 (7)	Eerder niet akkoord	3 (20)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)	*Arts-specialist-in-opleiding (ASO)*	35 (7)
Eerder akkoord, met als reden	30 (86)	Eerder akkoord	27 (77)
Eerder niet akkoord, met als reden	1 (3)	Eerder niet akkoord	5 (14)
Huisarts	320 (66)	*Huisarts*	320 (66)
Eerder akkoord, met als reden	224 (70)	Eerder akkoord	217 (68)
Eerder niet akkoord, met als reden	67 (21)	Eerder niet akkoord	80 (25)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)	*Huisarts-in-opleiding (HAIO)*	77 (16)
Eerder akkoord, met als reden	56 (73)	Eerder akkoord	54 (70)
Eerder niet akkoord, met als reden	9 (12)	Eerder niet akkoord	12 (16)
Urgentiearts	40 (8)	*Urgentiearts*	40 (8)
Eerder akkoord, met als reden	34 (85)	Eerder akkoord	30 (75)
Eerder niet akkoord, met als reden	4 (10)	Eerder niet akkoord	7 (18)

Tabel 6: Technische onderzoeken aanvraag en interpretatie door huisarts
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Huisarts mogelijkheid tot gebruik technische onderzoeken van de spoeddienst	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	9 (60)
Eerder niet akkoord	2 (13)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	20 (57)
Eerder niet akkoord	12 (34)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	200 (63)
Eerder niet akkoord	100 (31)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	57 (74)
Eerder niet akkoord	9 (12)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	20 (50)
Eerder niet akkoord	18 (45)

Huisarts is capabel om technische onderzoeken juist te interpreteren	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord, omwille van	9 (60)
Eerder niet akkoord, omwille van	2 (13)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord, omwille van	23 (66)
Eerder niet akkoord, omwille van	8 (23)
Huisarts	320 (66)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord, omwille van	26 (65)
Eerder niet akkoord, omwille van	12 (30)
Als huisarts capabel tot interpretatie onderzoeken	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Huisarts	320 (66)
Nee, beperkte ervaring	47 (15)
Ja	104 (33)
Ja, mits bijscholing	121 (38)
Nee, omwille van	25 (8)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Nee, beperkte ervaring	14 (18)
Ja	18 (23)
Ja, mits bijscholing	30 (39)
Nee, omwille van	2 (3)
Urgentiearts	40 (8)

Tabel 7: Kosteneffectiviteit en samenwerking in de co-locatiepost
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Meer aanvraag technische onderzoeken	N (%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder niet	3 (20)
Eerder wel	9 (60)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder niet	4 (11)
Eerder wel	28 (80)
Huisarts	320 (66)
Eerder niet	79 (25)
Eerder wel	219 (68)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder niet	12 (16)
Eerder wel	53 (69)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder niet	5 (13)
Eerder wel	33 (83)
Onafhankelijkheid financieel en organisatorisch	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	10 (67)
Eerder niet akkoord	2 (13)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	18 (51)
Eerder niet akkoord	13 (37)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	238 (74)
Eerder niet akkoord	60 (19)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	57 (74)
Eerder niet akkoord	8 (10)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	25 (63)
Eerder niet akkoord	13 (33)
Co-locatiesysteem en hogere kosteneffectiviteit	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	9 (60)
Eerder niet akkoord	2 (13)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	28 (80)
Eerder niet akkoord	4 (11)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	227 (71)
Eerder niet akkoord	72 (23)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	54 (70)
Eerder niet akkoord	12 (16)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	29 (73)
Eerder niet akkoord	8 (20)

Verantwoordelijkheid pre-triage	N (%)
Andere, namelijk	15 (3)
Andere, namelijk	2 (13)
Huisarts	3 (20)
Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel	4 (27)
Verpleegkundigen van de spoedgevallen	2 (13)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Andere, namelijk	3 (9)
Huisarts	4 (11)
Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel	9 (26)
Urgentiearts	1 (3)
Verpleegkundigen van de spoedgevallen	10 (29)
Huisarts	320 (66)
Andere, namelijk	10 (3)
Huisarts	43 (13)
Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel	148 (46)
Urgentiearts	6 (2)
Verpleegkundigen van de spoedgevallen	33 (10)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Andere, namelijk	2 (3)
Huisarts	6 (8)
Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel	27 (35)
Verpleegkundigen van de spoedgevallen	20 (26)
Urgentiearts	40 (8)
Andere, namelijk	1 (3)
Huisarts	4 (10)
Speciaal opgeleid onafhankelijk personeel	8 (20)
Urgentiearts	6 (15)
Verpleegkundigen van de spoedgevallen	18 (45)
Overlegstructuur tussen urgentie- en huisartsen	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Eerder akkoord	12 (80)
Eerder niet akkoord	0(0)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Eerder akkoord	31 (89)
Eerder niet akkoord	1 (3)
Huisarts	320 (66)
Eerder akkoord	277 (87)
Eerder niet akkoord	24 (8)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Eerder akkoord	59 (77)
Eerder niet akkoord	7 (9)
Urgentiearts	40 (8)
Eerder akkoord	34 (85)
Eerder niet akkoord	2 (5)

Tabel 8: Werken in de co-locatiepost
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Openingsuren huisartsenwachtpost in de co-locatie	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn, ook overdag tijdens week	2 (13)
Anders, namelijk	1 (7)
Buiten de diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend)	7 (47)
Dagelijks van 18 tot 8u	1 (7)
Enkel in het weekend open (vrijdag 18u tot maandag 8u)	1 (7)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn, ook tijdens de week	10 (29)
Anders, namelijk	2 (6)
Buiten diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend)	17 (49)
Dagelijks van 18u tot middernacht	1 (3)
Dagelijks van 18 tot 8u	1 (3)
Huisarts	320 (66)
24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn, ook overdag tijdens week	13 (4)
Anders, namelijk	21 (7)
Buiten de diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend)	154 (48)
Dagelijks van 18u tot middernacht	11 (3)
Enkel in het weekend open (vrijdag 18u tot maandag 8u) open	96 (30)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn, ook overdag tijdens week	4 (5)
Buiten de diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend)	38 (49)
Dagelijks van 18u tot middernacht	2 (3)
Enkel in het weekend open (vrijdag 18u tot maandag 8u)	20 (26)
Urgentiearts	40 (8)
24/24u en 7/7 dagen bemand te zijn, ook overdag tijdens week	20 (50)
Buiten de diensturen van de huisarts (na 18u en in het weekend)	16 (40)
Dagelijks van 18 tot 8u	1 (3)
Enkel in het weekend open (vrijdag 18u tot maandag 8u)	1 (3)

Wenst u te werken in een co-locatie?	N(%)
Andere, namelijk	15 (3)
Arts-specialist-in-opleiding (ASO)	35 (7)
Huisarts	320 (66)
Ja, deeltijds en deeltijds in (eigen) praktijk	15 (5)
Ja, enkel tijdens de wachturen	215 (67)
Ja, voltijds (ook overdag in de week)	3 (1)
Nee	65 (20)
Huisarts-in-opleiding (HAIO)	77 (16)
Ja, deeltijds en deeltijds in (eigen) praktijk	8 (10)
Ja, enkel tijdens de wachturen	49 (64)
Ja, voltijds (ook overdag in de week)	5 (6)
Nee	2 (3)
Urgentiearts	40 (8)

Tabel 9: Franstalige vragenlijsten
(enkel volledige en correct ingevulde vragenlijsten weergegeven)

Geslacht	N (%)
Mannelijk	35 (47)
Vrouwelijk	38 (51)
Genderneutraal	1 (1)
Specialisatie	N (%)
HAIO	2 (3)
Huisarts	72 (97)
Praktijktype	N (%)
Andere, namelijk	9 (12)
Duopraktijk	3 (4)
Groepspraktijk	16 (22)
Solopraktijk	16 (22)
Wijkgezondheidscentrum	30 (41)
Jaren ervaring	N (%)
0-5j	15(20)
6-15j	16(22)
16-25j	18(24)
26-35j	10(13)
>35j	15(20)
Locatie van wachtdienst	N (%)
Andere	2 (3)
Co-locatie naast een spoeddienst	1 (1)
Wachtpost	6 (8)
Eigen kabinet	57 (77)
Eerder voorstanders van co-locatie	50 (68)
Argumenten:	
• Andere	1 (2)
• Nabijheid spoed voor onderzoeken	15 (30)
• Verbetering van kwaliteit van zorgen	13 (26)
• Efficiëntere zorg	7 (14)
• Urgentie- en huisartsen eigen populatie zien	12 (24)
Eerder tegenstander van co-locatie	24 (32)
Argumenten:	
• Andere	4 (17)
• Onvoldoende vertrouwen in nieuwe systeem	1 (4)
• Verhoging van de werkdruk	1 (4)
• Geen verandering	2 (8)
• Meer doorverwijzingen naar spoedgevallen	2 (8)
• Teveel gebruik van technische onderzoeken	6 (25)
• Te weinig onafhankelijkheid	6 (25)
Percentage huisartspathologie op spoed	N (%)
< 20 %	3 (4)
> 80%	2 (3)
20 - 40%	13 (18)
40 - 60%	32 (43)
60 - 80%	17 (23)

Daling van de drukte op de spoedgevallen	N(%)
Eerder akkoord	61 (82)
Eerder niet akkoord	6 (8)
De tijd-tot-behandeling zal dalen door de triage	N (%)
Eerder akkoord	62 (84)
Eerder niet akkoord	5 (7)
De kwaliteit van zorgen zal stijgen	N (%)
Eerder akkoord	47 (64)
Eerder niet akkoord	15 (20)
Huisarts mogelijkheid tot technische onderzoeken	N (%)
Eerder akkoord	54 (73)
Eerder niet akkoord	10 (14)
Interpretatie van onderzoeken als huisarts	N (%)
Neen, omdat..	6 (8)
Neen, te beperkte ervaring	14 (19)
Ja	20 (27)
Ja, mits bijscholing	23 (31)
Overlegorgaan tussen huisartsen en urgentieartsen	N (%)
Eerder akkoord	48 (65)
Eerder niet akkoord	14 (19)
Huisartsenwachtpost onafhankelijk in een co-locatie	N (%)
Eerder akkoord	58 (78)
Eerder niet akkoord	5 (7)
Meer aanvraag onderzoeken door nabijheid van spoed	N (%)
Eerder akkoord	43 (58)
Eerder niet akkoord	20 (27)
Naast telefonische pre-triage ook fysieke pre-triage	N (%)
Eerder akkoord	54 (73)
Eerder niet akkoord	9 (12)
De fysieke pre-triage is de verantwoordelijkheid van	N (%)
Andere	2 (3)
Urgentiearts	3 (4)
Huisarts	11 (15)
Onafhankelijk special opgeleid personeel	25 (34)
Spoedverpleegkundigen	13 (18)
Openingsuren huisartsenwachtpost bij spoed	N (%)
Andere	8 (11)
24h/24h en 7 dagen op 7, zelfs tijdens de weekdagen	12 (16)
Wachturen van de huisarts (na 19u en in het weekend)	39 (53)
Van vrijdagavond 19u tot maandagmorgen 8u	3 (4)
Alle dagen van 19u tot 24u	1 (1)
Werken in een co-locatie huisartsenwachtpost	N (%)
Neen	36 (49)
Ja, deeltijds en deeltijds in een andere (eigen) praktijk	7 (9)
Ja, voltijds (ook overdag in de week)	2 (3)
Ja, enkel tijdens de wachturen	18 (24)

Bijlage V: 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 huisartspermanentie. 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 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 VI: artikels in media



Huisartsenwachtposten vestigen zich vaker dicht bij ziekenhuizen

Centrale huisartsenwachten vestigen zich steeds vaker dicht bij ziekenhuizen. Dat schrijft het Belang van Limburg naar aanleiding van de aanstaande opening van nieuwe huisartsenwachtposten in Sint-Truiden, Pelt en Genk. Op dit ogenblik zijn er in heel Vlaanderen al 12 centrale huisartsenwachtposten die verbonden zijn aan een ziekenhuis. En dat is een goede zaak, zegt minister van Volksgezondheid, Maggie De Block (Open VLD).

Bron: vrt NWS

Campagne ‘dokter nodig tijdens het weekend’ start in Hasselt

25 oktober 2018

Het Jessa Ziekenhuis in Hasselt en de Huisartsenwachtpost Herkenrode starten een campagne die uitlegt waar en wanneer de patiënt terecht kan voor medische hulp tijdens het weekend. De dienst Spoedgevallen is immers geen nachtwinkel. Een heldere boodschap op een ludieke manier uitgelegd in dit animatiefilmpje:



Bron: Jessa Ziekenhuis Hasselt

OPINIE

Ongeplande acute zorg: waarom spoed en huisarts op één locatie?

26/04/16 om 15:15 Bijgewerkt op 04/07/16 om 12:58

Lezersreactie

Het KCE heeft op basis van internationale praktijkvoorbeelden, de literatuur en een analyse van de activiteit op de Belgische spoeddiensten en huisartsenwachtposten aanbevolen om een huisartspermanentie en spoeddiensten samen te brengen in centra voor ongeplande acute zorg. Een recente review (gepubliceerd na de publicatie van het KCE rapport) in Emergency Medicine Journal kwam echter tot de conclusie dat modellen die een spoedafdeling en een huisartspermanentie integreren het globaal gebruik van deze diensten doen toenemen en tot weinig consistente bevindingen leiden inzake de vermindering van wachttijden, de snellere doorstroming, de kosteneffectiviteit en de tevredenheid bij de patiënten.

Samenwerkingsakkoord niet-planbare zorg

Uit Artsenkrant van 06/09/2019 05/09/19 om 23:30 Bijgewerkt op 09/09/19 om 15:21

W. Co.

Drie huisartsenwachtposten in het zuiden van de provincie Antwerpen sluiten een samenwerkingsakkoord met vier ziekenhuizen in de streek. Naar eigen zeggen: een primeur. Want tot nu toe zag men vooral akkoorden tussen één wachtpost en één ziekenhuis.



1733-triage komt dichterbij

Uit Artsenkrant van 24/01/2020 23/01/20 om 21:00 Bijgewerkt om 10:36

WACHTDIENST Alle oproepen naar de 1733 zullen in de (zeer) nabije toekomst door de 112-centrales worden afgehandeld. De 'telefonische triage' is gekoppeld aan de verdere uitbouw van wachtposten in België.



Spoedartsen uiten ongerustheid over 1733

13/02/20 om 15:41 Bijgewerkt op 14/02/20 om 07:06



Wouter Colson
Redacteur

De Belgische beroepsvereniging van spoedartsen (BeCEP) trekken vandaag in de media aan de alarmbel. Hoe kunnen de operatoren van het oproepnummer 1733 in hemelsnaam de urgentie van een oproep beoordelen, vragen ze zich af.



Over vier jaar moeten wachtposten en de 1733 algemeen zijn

22/09/17 om 13:37 Bijgewerkt om 13:49



Wouter Colson
Redacteur

Donderdag 21 september vond er een Taskforce Wachtposten plaats, die de verdere uittekening van het landschap van de huisartsenwachtdienst besprak. Binnen vier jaar moeten wachtposten het hele grondgebied bestrijken. Deze posten moeten tegen dan ook allemaal aangesloten zijn op het 1733-systeem.

'Hoe sneller 1733, des te beter'

14/02/20 om 06:58 Bijgewerkt om 14:48



Wouter Colson
Redacteur

Er komen nogal wat reacties op de kritiek die de spoedartsen van BeCEP uitten op de 1733-triage. Opvallendst daarbij misschien wel de reactie van AZ Herentals - een ziekenhuis met spoeddienst. Brugse huisartsen zeggen dat drie jaar ervaring met de 1733-triage de betrouwbaarheid ervan uitwijst.



Waarom loopt het storm op spoed?

Uit Artsenkrant van 14/02/2020 13/02/20 om 21:00 Bijgewerkt om 10:15

NIET-PLANBARE ZORG De spoeddiensten te lande worden overspoeld. Wat bezielt patiënten om zonder afspraak naar de spoed te trekken, eerder dan een beroep te doen op de eerstelijnszorg? Om die vraag te beantwoorden, voerden dr. Edmond Brasseur, diensthoofd spoed in het CHU Notre Dame des Bruyères (CHUNDB) in Luik, en het team van prof. Vincenzio D'Orio van het Sart Tilman ziekenhuis een onderzoek.



Nog een overgangsjaar voor wachtposten

22/11/18 om 23:30 Bijgewerkt op 23/11/18 om 08:12



Wouter Colson
Redacteur

"Het ziet ernaar uit dat 2019 nog maar eens een overgangsjaar wordt voor de huisartsenwachtposten", vertelt Kartel-voorzitter Reinier Hueting. Zoals u vorige week in Artsenkrant kon lezen, stuurde de Nationale Commissie de nota over de toekomst van de wachtdienst met een onvoldoende terug naar de Interadministratieve Cel. Voor de financiering moet het Riziv nu op korte tijd een regeling vinden.