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

Astrid Gils, KU Leuven

Co-auteur: Jolien Dirckx, KU Leuven

Promotor: Jan Verbakel, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018-2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstafel

Abstract 4
Inleiding 5
Methode 7
Resultaten 8
Overzicht 8
Impact van het project op de patiënt 10
Samenwerking met de operator 17
Overige 21
Discussie 23
Algemene bevindingen 23
Sterktes en zwaktes van de studie 24
Impact op de klinische praktijk 25
Toekomstig onderzoek 25
Conclusie 25
Referenties 27
Bijlagen 28
Bijlage I : goedkeuring ethische commissie 28
Bijlage II: ingediend protocol ethische commissie met informatiebrief en informed consent 30
Bijlage III: conceptueel schema 37
Bijlage IV: codelijst 38

Abstract

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

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

Resultaten: Een heterogene groep van 19 artsen werd geïnterviewd. De centralisatie wordt als een zeer positieve verandering gezien. Ook de aanmeldingsinformatie vormt voor vele artsen een handig handvat. De arts-patiëntrelatie wordt door de artsen als ondergeschikt beschouwd tijdens het wachtpostgebeuren. Over de patiëntenservice en de operatoren zijn de meningen uiteenlopend. Een uitbreiding van het systeem wordt meermaals ter sprake gebracht.

Conclusie: Er is een voornamelijk positieve tendens onder de artsen wat betreft het 1733-systeem. Er zijn zeker nog werkpunten waar rekening mee moet gehouden worden wanneer er een uitbreiding van het systeem ter sprake komt.

Inleiding

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

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

In België wordt het triagesysteem van het 1733-project momenteel gebruikt in de wachtpost van Tienen, Leuven en Mechelen. België volgt met de invoer van die formele telefonisch triage het voorbeeld van oa. Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken (4). In Nederland wordt er nationaal gebruik gemaakt van een

triagesysteem, de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Dat systeem wordt uitgevoerd door opgeleide verpleegkundigen onder supervisie van een huisarts. Uit onderzoek blijkt dat dankzij de NTS de werkdruk bij huisartsen sterk gedaald is, samen met een grotere voldoening bij het uitoefenen van hun job (4,5). In Denemarken is geen nationaal gestandaardiseerd triagesysteem, maar is de huisarts per wachtpost zelf verantwoordelijk voor de telefonisch triage. De hulpvraag wordt er in 59% van de gevallen telefonisch afgehandeld. Daardoor is de werkdruk voor de huisarts fors gedaald (4,6). In het Verenigd Koninkrijk gebeurt de triage door niet-medisch opgeleid personeel. Zij kunnen de patiënt doorschakelen naar iemand van de verpleging om telefonisch advies te krijgen (4,7). Dit systeem leunt dicht aan bij het Belgische 1733-project.

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

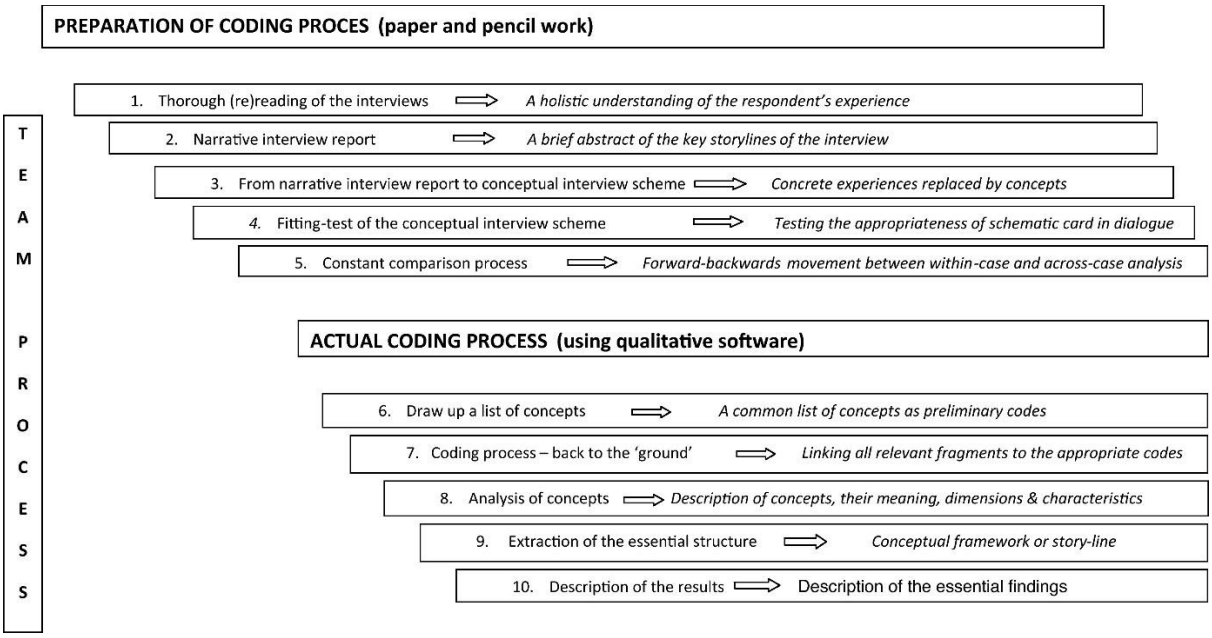
Methode

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

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

Het verzamelen van data gebeurde via semigestructureerde interviews afgenomen door één interviewer. Elk interview werd afgenomen in het kabinet van de deelnemende arts. Een informed consent (zie bijlage II) werd door de geïnterviewde ondertekend voor de start van het interview. Er werd een audio-opname gemaakt via smartphone of computer. Emoties, specifieke gedragingen en gebaren werden met de hand genoteerd. De richttijd voor de afname van een interview bedroeg 30 minuten. Als handleiding werd een conceptueel schema (zie bijlage III) gebruikt. Dat was opgesteld met als doel zo veel mogelijk aspecten van het 1733-project tijdens het gesprek naar voren te laten komen. De audio van het interview werd in tweede tijd woord per woord uitgetypt.

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



Figuur 1 - QUAGOL: a guide for qualitative data analysis

Resultaten

Overzicht

Er werden in totaal 19 artsen geïnterviewd in een interval van twee maanden. Eén arts reageerde op de oproep in de nieuwsbrief van de wachtkring van Leuven. Twee artsen toonden interesse na het ontvangen van de informatiebrief per mail. De rest van de artsen nam deel na een telefonische toelichting over de studie. De groep geïnterviewden is zeer heterogeen (zie tabel 1). Er namen 12 vrouwen en zeven

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

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

Tabel 1 – eigenschappen van geïnterviewde artsen

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

Impact van het project op de patiënt

1. Arts-patiëntrelatie

De band tussen arts en patiënt is voor huisartsen in hun wekelijkse praktijk van groot belang. Door wederzijds vertrouwen kan kwalitatievere geneeskunde worden uitgevoerd. Het algemene gevoel is dat de arts-patiëntrelatie niet beïnvloed wordt door het 1733-systeem. De artsen geven aan dat er tijdens een wachtdienst sowieso een andere dynamiek is dan in de eigen praktijk, de manier van consultatie voeren verloopt gerichter. Er wordt ook geopperd dat de arts-patiëntrelatie tijdens een wachtdienst ondergeschikt is aan de kwaliteit van zorg.

> *'Het is niet de bedoeling om tijdens een wachtconsult een relatie op te bouwen'*, (huisarts H)

Er komen een aantal positieve en negatieve opmerkingen naar boven bij het aanhalen van dit thema. Enkele artsen hebben het gevoel dat door het 1733-systeem de patiënt zal opmerken dat de huisarts tot meer in staat is dan hij/zij oorspronkelijk dacht. De patiënt komt terecht bij de huisarts met een klacht waarmee hij/zij initieel naar de spoedgevallendienst wenste te gaan, maar ziet nu misschien in dat een consultatie bij de huisarts een even goed alternatief is. Dat groeiende vertrouwen in de huisarts zorgt voor een heropwaardering van het huisartsenberoep, wat ook de arts-patiëntrelatie ten goede komt.

> *'Tenzij ze getriëerd zijn geweest, een ambulance wilden en dan toch naar de wachtpost moesten komen, zien de meesten van 'Tiens, dat gaat hier ook'. Dus dat dat positief is. Ook al zijn ze soms lastig in het begin, maar dat ze wel zien 'dat gaat hier ook'. En op huisbezoeken, is dat een beetje hetzelfde, dat ze kunnen zien van 'ah ja, een huisarts kan dat ook', als ze iets anders verwacht hadden.' (huisarts A)*

Een ander positief punt dat wordt aangehaald door de artsen, is de mogelijkheid om zich te kunnen verschuilen achter het systeem in het geval van klachten. Daartegenover staat wel dat de arts het eerste fysieke aanspreekpunt is en er daardoor regelmatig toch frustraties tegen hem/haar geuit worden. Dat is bijvoorbeeld het geval

bij ongenoegen omwille van een niet toegekend huisbezoek of omwille van een lange telefonische wachttijd. De arts kan dan aangeven dat hij deze frustraties niet zelf in de hand heeft, waardoor een discussie vermeden kan worden.

> '*De patiënt die moet zich wat aanpassen. Wat dan positief is dat je een buffer hebt, dat je niet zelf de contactpersoon bent.*' (huisarts A)

Sommige geïnterviewden geven aan dat de invoer van een extra schakel, namelijk de operator, het wachtgebeuren nog onpersoonlijker maakt en op die manier een negatieve invloed heeft. Dat was al deels te wijten aan de uitbreiding van de wachtgebieden en de oprichting van een wachtpost. De arts telefoneert niet langer zelf met de patiënt, waardoor het contact indirecter wordt. Soms gaat er door die extra schakel ook nuttige praktische of medische informatie verloren, melden sommige artsen.

> *'Die triage is op zich wel een goed middel, maar het maakt het zo weer nog anoniemer en nog een stukje opgelegder.' (huisarts M)*

2. Patiëntenservice

Een verandering van een gekend systeem vraagt aanpassingen van de mensen die het systeem gebruiken. Voor de gebruiker is het in dat geval belangrijk dat die verandering een minstens even goede service garandeert. Enkele artsen hebben het gevoel dat er sinds de start van het 1733-project een betere geneeskunde wordt aangeboden buiten de kantooruren. Toch zijn er enkele artsen die aangeven dat de patiëntenservice eerder achteruitgegaan is sinds de start van het 1733-project. Zij ervaren een toename van anonimiteit, er is geen telefonisch contact meer tussen arts en patiënt. De eerste *'cry for help'* wordt niet meer door de arts beantwoord.

> *'Je weet niet wat ze gezegd hebben en ze gaan ervan uit dat je alles weet wat er gezegd wordt aan de telefoon en ik was niet aan de telefoon. Dus met die extra schakel verlies je al heel veel van die informatie en wordt het u bijna kwalijk genomen dat je niet geweest bent, of dat je niet op tijd was of niet snel genoeg was, terwijl je niet eens wist dat je ergens moest zijn.' (huisarts C)*

Een ander ‘heikel punt’ volgens enkele artsen is het wegvallen van telefonisch advies. Dat maakt dat patiënten niet telefonisch geholpen kunnen worden, maar altijd naar de wachtpost dienen te komen. Ook de operator is opgeleid om de patiënten in de mate van het mogelijke naar de wachtpost te laten komen. Die combinatie zorgt ervoor dat meer patiënten zich moeten verplaatsen voor medische hulp, wat als een verlies aan service beschouwd kan worden.

> *‘Ik denk dat, voor de mensen zelf, de wachtdienst een stuk verder is gekomen, een stuk afstandelijker. Moeilijker te bereiken. Vroeger was het heel kort. Voor hen was er een groter comfort dan voor ons.’ (huisarts S)*

Anderzijds oppert een arts dat het onderzoeken van de patiënten op de wachtpost eerder positief is.

> *‘Ik denk dat je alleen maar een betere geneeskunde aanbiedt aan de patiënten in de wachtpost.’ (huisarts JK)*

Wanneer er wordt gekeken naar specifieke bevolkingsgroepen, blijkt de telefonische triage een uitdaging voor een aantal van hen. Dat geldt bijvoorbeeld voor ouderen, anderstaligen of mensen in paniek. In een stresserende situatie je postcode onthouden, je verhaal gestructureerd uitleggen en accuraat antwoorden op de gestelde vragen lijkt allesbehalve evident te zijn volgens enkele artsen.

> *‘Oude mensen, mensen die niet goed horen, ik zie dat dat bij hun toch een beetje moeilijker verloopt.’ (huisarts C)*

Extra uitleg voor die bevolkingsgroepen, al dan niet in de vorm van een brochure, is van groot belang volgens enkele artsen. Indien de patiënt weet wat hij/zij zal verwachten, zal de kans groter zijn dat de zoektocht naar hulp probleemloos verloopt.

> *‘Ik denk dat het voor sommigen moeilijk is, daarom dat ik het wel uitleg en als het er nog eens opkomt dan zeg ik van: ‘als je niet beter bent moet je in het*

weekend de dokter van wacht bellen, en dan leg ik het nog eens uit.' (huisarts O)

Een andere parameter die volgens enkele geïnterviewde huisartsen bepalend is voor de tevredenheid van patiënten is de wachttijd. We kunnen een onderscheid maken tussen de telefonische wachttijd en de wachttijd op de huisartsenwachtpost. Wanneer we op de telefonische wachttijd focussen, blijken meerdere patiënten die te lang te vinden.

'Het enige is als het lange wachttijden geweest zijn, dat je daar opmerkingen over krijgt. ' (huisarts A)

De wachttijden in de wachtzaal daarentegen zijn wel beperkt, wat naar de mening van de artsen de patiëntenservice ten goede komt.

Enkele artsen zien de extra schakel van 1733 als een extra niveau waarop foutieve informatie doorgegeven kan worden. Zowel foute adressen als foute medische informatie kunnen voor vervelende situaties zorgen. De geïnterviewde artsen heben het gevoel dat niet alle informatie door de operatoren aan hen wordt doorgegeven, waardoor de arts slechts beperkt op de hoogte is van de problematiek. Dat heeft als gevolg dat patiënten regelmatig twee keer hun verhaal moeten vertellen, wat voor hen als lastig kan ervaren worden.

'In heel de schakel heb je natuurlijk verschillende niveaus waarop het fout kan gaan.' (huisarts J)

De centralisatie van de medische problematiek door het centrale nummer 1733 zien huisartsen als een positief punt aangaande de patiëntenservice. Daar wordt dieper op ingegaan in onderstaande paragraaf.

3. Centralisatie

Het 1733-project resulteerde in één algemeen telefoonnummer waarnaar gebeld kan worden bij een niet-levensbedreigende hulpvraag buiten de reguliere werkuren. De artsen stellen dat voor de bevolking één algemeen nummer veel duidelijker is dan een afzonderlijk telefoonnummer per wachtpost. Bovendien is het een korte en gemakkelijk te onthouden combinatie.

> *'Ik denk dat het over het algemeen wel goed is dat 1733 een algemeen centraal nummer is waar je gewoon voor alles terechtkunt en dat ze dan kunnen beslissen naar waar je moet. Ik denk dat het voor patiënten wel duidelijker is.' (huisarts F)*

Wanneer de patiënt het advies krijgt om de wachtpost te raadplegen, rijdt hij/zij alvast niet onmiddellijk in paniek naar de spoedgevallendienst. De meeste artsen ervaren dat door het advies de patiënt naar de meeste gepaste zorg wordt verwezen, ook dat is een voordeel.

4. Feedback

De artsen stellen dat de introductie van het 1733-systeem aanpassingen van de patiënt vraagt. De ervaring van de patiënt met die aanpassingen zijn volgens de artsen belangrijke gegevens om het systeem indien mogelijk te verbeteren. De meesten krijgen weinig tot geen feedback van de patiënten over de telefonische triage. Eén arts peilt regelmatig naar de ervaring van de patiënten over de telefonische triage. Er wordt weinig negatieve feedback gegeven aan die arts. De andere artsen geven aan niet actief naar feedback te vragen. Over het algemeen wordt aangenomen dat, indien er geen terugkoppeling wordt gegeven, alles vlot verlopen is.

> *'Ja, er zijn er die feedback geven. Maar dat is zoals altijd, als het echt vlot gaat, ja, dan zeggen ze niets' (huisarts A)*

> *'Nog niet heel veel feedback over gehad. Maar wel als ik werk op de wachtpost euhm, vraag ik wel af en toe of ze 1733 gebeld hebben en dan zijn mensen daar neutraal over; Zeker niet wantrouwig of zeker niet lastig. Ah ja,*

we hebben gebeld en ze hebben ons ingeschreven. Of, we hebben gebeld en ze zijn gekomen.' (huisarts E)

Indien er toch feedback werd gegeven, zijn er een aantal zaken die meermaals terugkwamen. Die worden hieronder besproken.

Een enkele keer wordt geklaagd over de lange wachttijden aan de telefoon, zoals reeds in een eerdere paragraaf werd aangehaald. Er heeft nog geen enkele arts gehoord dat een patiënt er niet in geslaagd is om 1733 te bereiken, al lijkt het toch niet voor iedereen even evident. Sommige patiënten vertellen dan weer verrast te zijn over de hoeveelheid vragen die aan hen gesteld werd. Sommige artsen merken wat frustratie op bij patiënten waarbij het advies niet overeenstemt met hun initiële wens.

'Ik heb het zelf nog niet gehad, maar dat hoor je inderdaad soms op de wachtpost de frustraties dat de patiënten eigenlijk vonden dat ze anders hadden moeten verwezen worden. Of anders hadden moeten getriëerd worden' (huisarts B)

Een andere klacht die af en toe geopperd wordt, is dat de wachtpost enkel betreden kan worden na telefonisch contact via 1733. Het is niet de bedoeling dat de patiënt er gewoon naartoe rijdt, terwijl dat vroeger wel kon. Toch merken de artsen er maar weinig patiënten daar een probleem van maken, zeker wanneer er echt een dokter nodig is.

'Vroeger was dat, ja, je ging gewoon naar de wachtpost, hé, en dat hoor ik wel van mensen, die daar dan gebeld hadden van 'Alé, vroeger mochten wij daar gewoon naartoe en nu moeten we altijd eerst bellen' (huisarts L)

5. Verwachtingen

Bij het 1733-systeem dient de patiënt eerst te bellen voor hij/zij een wachtpost bezoekt. Doordat de patiënt tijdens dat eerste gesprek al anamnestische vragen dient te beantwoorden, lijkt het mogelijk dat patiënten andere verwachtingen hebben bij

aankomst op de wachtpost dan voorheen. Toch merken de meeste artsen op dat vlak weinig tot geen verschil. De algemene ervaring is dat de patiënt neutraal binnenkomt op de wachtpost.

> *'Ze bellen omdat ze denken dat ze iets serieus hebben en dan zegt de operator, kom maar naar de dokter. Ik denk dat hun verwachtingen ingelost worden, en niet dat hun ziektegevoel bevorderd wordt' (huisarts F).*

Een deel van de artsen denkt dat de verwachtingen van de patiënt al deels ingelost worden door deze telefonische triage: er wordt geluisterd en een richting voor de hulpvraag geformuleerd. Mensen lijken het telefoontje meer als een aanmelding voor zorg te ervaren dan als een toestemming tot zorg, vermeldt één arts.

> *'Ik zie het triagesysteem niet als een adviessysteem.(...) Ik denk dat ze het ook niet zo aanvoelen als: ' Ik mag gaan'. Maar eerder van: 'Ik heb mij aangemeld, dus ik ga nu naar daar, ze weten dat ik kom.' Dus eerder een aanmelding dan een toestemming.' (huisarts I)*

Een arts die nauwer betrokken is bij het 1733-project geeft aan dat de operatoren worden opgeleid om geen verwachtingen te creëren. Zo werd er bij de opstart gebruikgemaakt van het zinnetje *'Ik meld u nu aan bij de wachtpost.'* Die formulering creëerde echter de indruk dat de patiënt niet zou moeten wachten. Ondertussen is het zinnetje aangepast.

Eén arts geeft aan het gevoel te hebben dat patiënten een volwaardig consult verwachten aangezien er 'toestemming' wordt gegeven om te komen.

> *'De mensen denken: 'Oh, die dokter zit daar een hele dag te wachten, ik heb echt een afspraak gemaakt en ze hebben gezegd dat ik mocht komen, ik ga gewoon naar de dokter voor een volwaardig consult.' (huisarts O)*

Een andere arts meldt dat het systeem voornamelijk een grote aanpassing is voor de veeleisende patiënt, omdat die misschien niet het advies krijgt dat hij/zij wenst.

‘Er zijn er veel die bellen voor de huisarts van wacht en dat is dan geen probleem. Maar er zijn er die ook bellen voor een ziekenwagen of iets anders en die dan een huisarts krijgen…. Dus voor die patiënt is dat een aanpassing, zeker voor een veeleisende patiënt.’ (huisarts A)

Samenwerking met de operator

1. Aanmeldingsinformatie

Wanneer huisartsen een melding krijgen van een huisbezoek of consultatie, gaat die gepaard met enkele zinnen aanmeldingsinformatie. Over het nut van die aanmeldingsinformatie zijn de meningen uiteenlopend. Eén arts geeft aan de informatie onmiddellijk te deleten. Enkelen bekijken het slechts zeer beperkt, om tunneldenken te beperken.

‘Ik probeer mij daar vooral niet te veel op te richten, want dat is een bias. En dat wil ik niet, ik wil echt from scratch kunnen beginnen.’ (huisarts B)

De meeste artsen gebruiken die aanmeldingsinformatie wel om al een beeld te kunnen vormen van de mogelijke pathologie, voornamelijk bij huisbezoeken.

Ook uit praktische overwegingen kan die informatie nuttig zijn, voornamelijk indien er nood is aan specifiek materiaal. De operator geeft ook steeds een urgentiegraad door, die ervoor zorgt dat de huisbezoeken gestructureerder verlopen.

‘Ik vind dat toch wel handig, zo kun je toch al een beetje inschatten, soms ook of dat je iets extra’s moet meenemen of dat je, ja, dat je zo een beetje de situatie al kunt inschatten voor je binnengaat.’ (huisarts L)

Een arts vindt dat het een meerwaarde zou zijn als de informatie wat gestructureerder werd weergegeven.

‘Het zou beter kunnen verzonden worden. Waardoor je een duidelijker zicht heb, oké, protocol X zoveel, 29 of 10, ademhalingsmoeilijkheden, euh, dat

ernstniveau, zo leren huisartsen ook denken in toestandsbeelden en in ernstniveaus. (huisarts J)

Bij consultaties op de wachtpost zelf wordt de aanmeldingsinformatie minder gebruikt, enkel ‘s nachts vormt die informatie voor enkelen een meerwaarde. Helaas ervaren meerdere artsen dat de informatie niet altijd helemaal correct is; zowel bij het inschatten van de urgentiegraad, als het formuleren van de klacht en het doorgeven van de adressen lopen er regelmatig zaken mis. Omdat de doorgegeven informatie niet volgens codes werkt, lijkt die vaak eerder subjectief en niet gestructureerd.

‘Wel merk ik dat je heel vaak, dat het dan achteraf blijkt dat het totaal iets anders is. Dat eigenlijk de omschrijving niet helemaal juist was’ (huisarts G)

2. Vertrouwen

De informatie en patiëntengegevens die artsen reeds meekrijgen voor het patiëntencontact kunnen een handig hulpmiddel zijn, maar alleen als artsen die verkregen info vertrouwen. Enkele artsen geven aan wel vertrouwen te hebben in de operatoren en dus ook in de triage. Ze vermoeden dat een heterogene groep ervaren zorgverleners zorgvuldig gewerkt heeft aan het opstellen van de protocols, waardoor ze ook daar vertrouwen in hebben.

‘Ik vertrouw daar wel op. Ik weet ook dat ze in de centrale, dat ze er altijd bij zeggen: ‘als het erger wordt, bel dan terug!’ en dan zouden die dat wel upgraden, he’ (huisarts P)

Ondanks dat vertrouwen laten meerdere artsen hun buikgevoel en medische analyse primeren om triage te wijzigen. Anderen hebben minder vertrouwen in de protocols en dan voornamelijk in de urgentiegraad, die volgens hen regelmatig te hoog wordt ingeschat.

‘Vaak staat er dan: ‘dringend, hartkloppingen, pijn op de borst’ en dan kom ik daar aan en dan is dat gewoon een oude vrouw die zich wat aan het opjagen is omdat haar zoon niet gekomen is die avond of zo. Dan valt het kei goed mee.’ (huisarts O)

3. Operator

Eén van de verschillen tussen het vroegere wachtsysteem en het 1733-systeem is de tussenkomst van operatoren. Operatoren zijn aangesteld om de telefoon op te nemen en aan de hand van vragen de patiënt te triëren. Er is normaliter geen rechtstreeks contact tussen operatoren en huisartsen, wel tussen onthaalbedienden en operatoren.

> *'Die samenwerking is er wat mij betreft niet, alles verloopt via de secretaresses. Dus ik heb eigenlijk nooit iemand aan de lijn daarvan.' (huisarts D)*

De indrukken die huisartsen hebben over operatoren vloeien dus voort uit de uitgevoerde triages en aanmeldingsinformatie. De geïnterviewden merken zowel positieve als negatieve punten op wat de operatoren betreft. Zoals hogerop reeds werd vermeld, geven enkele artsen aan dat er af en toe foute praktische gegevens worden doorgegeven, mogelijk doordat er een extra schakel in de ketting zit. Anderzijds, door die extra schakel gaan de artsen zelf de discussie met de patiënt uit de weg.

Over de opleiding van de operatoren zijn de meningen verdeeld. Iedereen is het erover eens dat een goede opleiding noodzakelijk is. Enkelen vinden de huidige opleiding niet voldoende en geven aan dat de triage beter zou gebeuren door artsen of verpleegkundigen.

> *'Het moet geen arts zijn, dat denk ik niet, maar ik denk een verpleegkundige die al een heel goede achtergrond heeft en dan nog een specifieke opleiding heeft, ik denk dat dat wel een minimum is.' (huisarts M)*

Anderen vinden dat het beter is dat de operatoren niet medisch geschoold zijn. Goed met de protocols kunnen werken en ervaring zijn voor hen belangrijkere vereisten. Met een te grote medische achtergrond zouden de protocols minder gevolgd worden en wordt er mogelijk meer telefonisch advies gegeven. Het is belangrijk dat de protocols gevolgd worden door de operator, maar dan moeten ze wel waterdicht zijn.

‘Ik denk dat als je meer medische achtergrond hebt dat je beter kan inschatten hoe ernstig iets is. Langs de andere kant kan het ook net een gevaar zijn. Dat als ze medische achtergrond hebben dat ze te veel telefonisch advies willen geven en dan kan dat ook weer negatief zijn.’ (huisarts E)

Een arts merkt op dat de ernst van een situatie inschatten aan telefoon nooit gemakkelijk is, onafhankelijk van het opleidingsniveau. Juist protocolleren is een hele opdracht voor de operatoren omdat patiënten vaak niet eerst hun hoofdklacht vermelden.

‘Het is moeilijk in te schatten aan de telefoon. Je moet wel een systeem hebben maar ik denk niet dat dat feilloos is. Ik denk dat je dat niet kan verwachten, ook al zijn ze wel opgeleid. Ik denk dat, ook al zal je daar artsen zetten, dat deze nog fouten gaan maken.’ (huisarts I)

Enkele artsen bemerken een groot bias op het evalueren van de opleiding door de huisarts, gezien ze enkel kunnen evalueren aan de hand van de getrieerde patiënten die zij zien. Artsen onthouden over het algemeen voornamelijk de negatieve dingen. Ook tijd kan een invloed hebben op pathologie, waardoor een triage misschien fout lijkt, terwijl die oorspronkelijk mogelijk zeer accuraat was.

‘Ik denk perceptie, commotie, emotie, gaan daar de belangrijkste biassen zijn om te kunnen oordelen over de opleiding (en dus ook de operatoren).’ (huisarts K)

Meerdere artsen geven aan dat operatoren als werkpunt moeten leren rekening houden met empathie, ook al staat die emotie niet in de protocols omschreven. Protocols worden niet door elke operator op dezelfde manier geïnterpreteerd, omdat elke operator andere persoonlijke kenmerken heeft.

‘Maar ik heb al het gevoel gehad dat die flowcharts soms een beetje op eigen manier geïnterpreteerd worden. Veel hangt af van het triagepersoneel. (...) Sommigen nemen dat blijkbaar nogal heel letterlijk op, anderen gaan het meer interpreteren en ge merkt dat bij sommigen de ernst van de klacht veel beter wordt ingeschat dan bij anderen’ (huisarts H)

Niet elke klacht wordt even accuraat ingeschat, toch merken meerdere artsen een positieve evolutie op sinds de start van het 1733-systeem.
Operatoren hebben een lage drempel om naar een stap hoger te triëren, om veilig om te gaan met de klachten van de patiënt.

‘Ik denk dat die mensen ook, als ze enigszins twijfelen, toch ook eerder het veilige zullen kiezen en zullen zeggen ‘Ga naar de spoedgevallen’. (huisarts L)

Meerdere bronnen merken op dat de operatoren kampen met een grote werkdruk door een tekort aan personeel. Extra personeel zou de triage zeker kunnen verbeteren, alsook de wachttijden kunnen verminderen. Artsen vragen zich af waarin een uitbreiding van 1733 zou kunnen resulteren. In de volgende alinea’s nemen we de toekomstvisie van het 1733-project verder onder de loep.

Overige

1. Uitbreiding project

Zoals ook in de inleiding vermeld wordt, is het 1733-project met triagesysteem momenteel slechts opgestart in een klein aantal wachtgebieden. Ook is het zo dat het project enkel ingericht is als poortsysteem voor de huisartsenwachtpost, niet voor de spoedgevallendienst. Meerdere geïnterviewde artsen opperen dat het project beter zou functioneren als er ook een pre-triage op de spoedgevallendienst bij zou komen. Er zou een gemeenschappelijke ‘poort’ gebruikt kunnen worden voor die twee diensten, fysiek of telefonisch, waar beslist kan worden of patiënten naar de wachtpost of naar de spoedgevallendienst dienen te gaan. Dat zou ervoor zorgen dat de middelen op spoed efficiënter ingezet kunnen worden en dat een acute pathologie sneller behandeld kan worden. Een arts merkt op dat er op dit moment te weinig patiënten

worden doorgestuurd van de spoedgevallendienst naar de wachtpost, mogelijk omwille van het financiële plaatje.

> *'Zolang er aan de poort van de spoed niets gebeurt, dan heeft 1733 totaal geen zin. Daar moet vooral ook een mentaliteit komen van, alles wat eigenlijk huisartsgeneeskunde is, moet naar de wachtpost.' (huisarts M)*

Een kleine kanttekening bij een mogelijke uitbreiding van het project is het nakende tekort aan operatoren. Bij uitbreiding van het project zouden er meer operatoren nodig zijn, omdat de huidige werkdruk al zeer hoog ligt.

> *'Ik vind ook, euhm, als de overheid dit wilt uitrollen, moeten ze beter opgeleid en meer personeel voorzien' (huisarts M)*

2. Projectcommunicatie

Communicatie vanuit de overheid is van essentieel belang om van het 1733-project een succes te maken. Wanneer de bevolking goed ingelicht wordt over 1733 via campagnes zou er volgens sommige artsen minder misbruik van de wachtpost gemaakt worden.

> *'Goede informatie vanuit de overheid zeer belangrijk is, he. De bevolking goed inlichten (is belangrijk). Dat heeft een leercurve, maar dat rendeert wel.' (huisarts K)*

Anderzijds moet de overheid ook luisteren naar de vragen van de artsen over het systeem. Een probleem in ons gezondheidszorgsysteem is dat mensen gewoon zijn om via spoedgevallendiensten te gaan om in een ziekenhuis opgenomen te worden, ook als de pathologie niet urgent is. Daardoor normaliseren ze de spoedgevallendienst en gaan ze er sneller naartoe.

> *'Ja, vele mensen komen daar (op spoed) aankloppen zonder verwijzing (...) En hoe komt dat? Als er iemand bij mij zit en ik bel naar de cardioloog om die*

door te sturen dan zegt die: ga maar via de spoed dan kunnen we alle onderzoeken doen. De spoed wordt heel hard misbruikt door de specialisten zelf en dan ga je dat in de hand werken.' (huisarts N)

Ook de communicatie tussen de huisartsen moet verbeterd worden. Enkele huisartsen geven aan dat ze te weinig betrokken worden: er worden te veel beslissingen genomen door slechts een paar mensen, en naar de mening van andere artsen wordt niet gepolst. Enkele huisartsen zien het als een heikel punt dat ze de protocols moeilijk kunnen inkijken. Als weerwoord wordt aangegeven dat iedereen er kleine opmerkingen over zou maken en er op die manier nooit een consensus bereikt zou worden.

'De hele basis wordt veel te weinig betrokken en die hadden ook wel kritiek, maar dat werd dan altijd maar weggeduwd, te weinig overgebracht tot aan het eindorgaan' (huisarts N)

Discussie

Algemene bevindingen

Er is een algemene positieve tendens merkbaar bij de geïnterviewden. De meeste artsen ervaren het 1733-project als een nuttig project met nog ruimte voor verbetering. Artsen vinden voornamelijk de rust, zowel door structuur als door telefonische ontlasting, een zeer aangenaam aspect van het nieuwe systeem. Doordat de operatoren een deel van het werk overnemen, kunnen de artsen zich meer bezighouden met hun kerntaken. Dat werd uitgebreid besproken in deel één van deze masterpaper.

Naast telefonische rust merken artsen ook een subjectieve daling van het aantal huisbezoeken op. Operatoren proberen waar mogelijk patiënten zoveel mogelijk naar de wachtpost te sturen. Dat lijkt voor de patiënt in eerste instantie een verlies aan service, maar zorgt er wel voor dat hij of zij in een betere setting onderzocht kan worden. De verwachtingen van de patiënt en de arts-patiëntrelatie zijn slechts

minimaal beïnvloed door het 1733-systeem volgens de meeste artsen. De arts-patiëntrelatie wordt van secundair belang beschouwd tijdens een wachtdienst.

Eén van de doelen van het 1733-systeem is om de niet-planbare zorg efficiënter te laten verlopen en het oneigenlijke gebruik van zowel de spoedgevallen als de wachtdiensten tegen te gaan. Met het oog daarop werd onder andere de triage-optie 'uitgestelde zorg' in het leven geroepen. Toch wordt die optie volgens het gros van de geïnterviewden te beperkt gebruikt. Daartegenover staat dat de artsen veiligheid zeker voorop willen stellen en daardoor de laagdrempeligheid van het systeem aanvaarden. Toch rijst de vraag of de wachtpost, ondanks 1733, niet te veel als comfortzorg wordt gebruikt.

Operatoren hebben een zeer belangrijke functie in dit project. In het kader daarvan is de vraag naar meer opleiding en meer operatoren groot, zodat ze hun werk zo optimaal mogelijk kunnen uitvoeren.

Sterktes en zwaktes van de studie

Doordat het 1733-systeem heel nauw verweven is met het wachtpostgebeuren is het voor de geïnterviewden en de patiënten heel moeilijk om een onderscheid tussen die twee te maken. Zeker in Mechelen, waar de oprichting van de wachtpost en de start van het 1733-systeem samenvielen, is er een groot bias.

Een tweede beperking van deze masterpaper is dat niet alle patiënten het telefonische triagesysteem hebben doorlopen. In enkele wachtposten is het mogelijk je fysiek aan te melden zonder voorafgaand 1733 te bellen. Op die manier is het zeer moeilijk het effect van 1733 op bijvoorbeeld de pathologie in te schatten.

Ook de 'blinde vlekken' van de arts zijn een belangrijke beperking om het 1733-systeem te kunnen beoordelen. Op dit moment lijkt de triage-optie 'uitgestelde zorg' weinig gebruikt te worden, hoewel dat een moeilijke inschatting is aangezien artsen niet weten hoeveel patiënten die triage-optie kregen en dus geen verder gebruik maakten van het wachtsysteem. Een tweede blinde vlek voor de artsen zijn de

presentaties op de spoedgevallendienst. Als huisarts weet je niet welke pathologie zich presenteert op de spoedgevallendienst, al dan niet na doorverwijzing door 1733.

Een sterkte van de studie is de heterogene groep artsen die heeft deelgenomen aan de interviews. De groep is zowel heterogeen wat leeftijd en geslacht betreft alsook wat praktijkvormen betreft. De bevraging is uniek doordat de mening van de huisarts nog niet eerder bevraagd werd in kader van het 1733-project.

Impact op de klinische praktijk

Het 1733-systeem is in het leven geroepen om de niet-planbare zorg efficiënter te laten verlopen. Deze niet-planbare zorg komt momenteel zowel terecht op de huisartsenwachtpost als op de spoedgevallendienst. De meeste huisartsen geven aan dat er tijdens het werken in de huisartsenwachtpost een duidelijk positief verschil merkbaar is voor én na het invoeren van het 1733-systeem. Het effect van het systeem op de spoedgevallendienst word in deze masterpaper niet onderzocht.

Toekomstig onderzoek

Een belangrijk laatste aspect dat meermaals door artsen werd aangehaald is de mogelijke uitbreiding van het 1733-systeem naar de spoedgevallendienst. Ze merken op dat er idealiter zowel voor de huisartsenwachtpost als de spoedgevallendienst een poortsysteem zou moeten zijn. De onderzoeksvraag: ‘Kan er een triagesysteem komen voor zowel de huisartsenwachtpost als de spoedgevallendienst?’ lijkt dus zeker nuttig om verder uit te klaren in een toekomstig onderzoek. Daarnaast vragen vele artsen zich af wat het effect van het het huidige 1733-systeem is op de spoedgevallendienst en of het systeem daar gepromoot wordt. Ook dit kan verder onderzocht worden.

Conclusie

Er is een voornamelijk positieve tendens onder de artsen wat betreft het 1733-systeem. Er zijn duidelijke veranderingen merkbaar die ze voornamelijk als een progressie in de juiste richting ervaren. Onder meer de telefonische rust, de structuur en de centralisatie voor de patiënt dragen hiertoe bij. Enkele artsen zijn zeer kritisch, maar merken daarnaast toch ook het nut van het project op. Er zijn zeker nog verbeterpunten waar

rekening mee moet gehouden worden wanneer er een uitbreiding van het systeem ter sprake komt. Of deze 1733-triage kan uitgebreid worden naar een overkoepelend project met poortsysteem voor de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst dient verder onderzocht te worden.

Referenties

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Dirckx J. Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts? - deel één. KU Leuven; 2020.

Bijlagen

Bijlage I : goedkeuring ethische commissie

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

Ons kenmerk: MP009750

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

Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jan Verbakel

Geachte Astrid Gils, Jolien Dirckx

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

De Commissie keurt de aanvraag goed.

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

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

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 28-02-2019 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.
Met vriendelijke groet,
Prof. Dr Minne Casteels
Voorzitter Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven
Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter Onderwijs-Begeleidingscommissie voor Medische Ethiek KU Leuven

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

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes**' of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*
*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in '**track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Protocol - full title	Een evaluatie van het 1733-project: wat is de mening van de huisarts?
Version 1: Date submission	Date:28/02/2019
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Dr. Jan Verbakel
	Telephone: 016/377286
	E-mail: jan.verbakel@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: /
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Jolien Dirckx
	Student number: R0309427
	Telephone: 0484965683
	E-mail: jolien.dirckx@student.kuleuven.be
	Name: Astrid Gils
	Student number: r0305887
	Telephone: 0474400057

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

2. BACKGROUND AND RATIONALE

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

In België zijn er 1,24 spoedgevallendiensten per 100.000 inwoners. Dit is een hoog aantal in vergelijking met onze buurlanden. Echter, bij aanmelding op de spoedgevallendienst valt op dat een groot deel van de aanmeldingsklachten gecategoriseerd zou kunnen worden onder de noemer 'huisartsgeneeskunde' (1).
Voor een zieke patiënt is het niet evident om te beslissen welk niveau van zorg vereist is. Hierdoor komt hij/zij niet altijd op de meest aangewezen dienst terecht. Om deze reden werd in verschillende Vlaamse gebieden een telefoontriage opgestart via het nummer 1733. Wanneer mensen na 19u00 of in het weekend nood hebben aan medische hulp, dienen ze het nummer '1733' te contacteren. Via dit nummer komen ze in contact met een telefoonoperator die gespecialiseerd is in medische triage. Aan de hand van een vragenprotocol, wordt het meest passende voorstel van hulp aan de patiënt aangeboden. Er wordt specifiek gekeken wanneer, waar en door wie de patiënt het best geholpen zou worden. Het advies dat gegeven wordt, is niet bindend. De patiënt kan nog steeds zelf beslissen welke zorgverlener/dienst hij raadpleegt (2).
Het idee van het 1733-systeem wordt reeds met succes gebruikt in Nederland. Reeds vanaf 2000 wordt hier gebruik gemaakt van huisartsenwachtposten die je telefonisch kan bereiken. Wanneer je hun nummer belt, krijg je een triageverpleegkundige aan de lijn. Deze verpleegkundige bepaalt aan de hand van protocols de urgentiegraad van de klacht. Op basis hiervan kan ze besluiten om een telefonisch advies te geven, een consultatie in de praktijk aan te raden, of besluiten dat een huisbezoek nodig is. De triageverpleegkundigen kunnen de hulp inroepen van een huisarts die hen superviseert. Uit onderzoek in Nederland blijkt dat door dit systeem de werkdruk bij de huisartsen sterk gedaald is, samen met een grotere voldoening bij het uitoefenen van hun job (3).
De vraag stelt zich of de Belgische huisarts dezelfde mening heeft als zijn Nederlandse collega. Hierover zijn tot op heden geen gegevens beschikbaar. Deze studie peilt dan ook naar de mening van de huisarts over dit triagesysteem.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study.

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

4. RESEARCH METHOD

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

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

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA

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

De inclusiecriteria voor het onderzoek zijn:

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

Er zijn geen exclusiecriteria.

5.2 EXPECTED DURATION

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

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

5.3 RECRUITMENT

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

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

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

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

1. ANALYSIS

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

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

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

2. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 DATA STORAGE AND MANAGEMENT

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

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

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

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

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

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

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

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

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

3. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

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

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

4. APPROVAL

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

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

10. PUBLICATION POLICY

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

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

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

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

12. REFERENCES

Please add references mentioned above

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

13. ANNEXES

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

Please add here the information letter (if applicable)

Geachte dokter,

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

Wie zijn we?

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

Doel van het onderzoek:

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

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

Werkwijze:

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

Wat wordt er van u verwacht?

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

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

U kan enkel meedoen als u aan volgende voorwaarden voldoet:

* u werkt met het 1733-systeem

* u bent huisarts of huisarts in opleiding

Privacy

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

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

Alvast bedankt, Jolien Dirckx en Astrid Gils

Please add here the informed consent form (if applicable)

Deelnemer

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

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken over mijn deelname. Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

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

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

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

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende , arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

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

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

Bijlage III: conceptueel schema

1. Algemene info over geïnterviewde
   - Soort praktijk
   - Leeftijd?
   - Jaren Ervaring?
   - Ervaring in wachtpost? Welke wachtpost(en)?
   - Secretariaat? Online agenda? Paramedici?
2. Wat verstaat u onder 1733?
3. Op welke vlakken ervaart u verandering sinds het invoeren van 1733? Vindt u deze positief of negatie?
4. Is er een vlot gebruik van 1733 door uw patiënten? Heeft u de indruk dat ze dit kennen/vertrouwen? Krijgt u hier feedback over?
5. Door de protocollen van 1733 is er reeds informatie over de patiënt vergaard voor het eerste contact met de arts: Wat doen jullie ermee?
6. 1733 gebruikt protocollen. Hoe zijn deze protocollen afgestemd op de kennis van de huisarts?
7. Opgeleid triage-personeel werkt met deze protocollen. Hoe ervaart u deze samenwerking?
8. In welke mate ervaart u andere verwachtingen van de patiënt?
9. Is er iets dat u nog wilt toevoegen aan dit interview?

-------- Vragen om te stellen indien dit nog niet aan bod kwam

10. Welke invloed heeft 1733 op de gepresenteerde pathologie?
11. In welke mate voel je je gebonden aan de triage? Houdt u hier rekening mee?
12. Telefonisch advies is niet mogelijk onder 1733. Wat vindt u hiervan?
13. In welke mate beïnvloedt 1733 de arts-patiënt relatie?

Bijlage IV: codelijst

Veranderingen in het takenpakket van de huisarts

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

De visie van de huisarts over de protocollen

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

Impact van het project op de patiënt

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

Samenwerking met de operator

18. Aanmeldingsinformatie
19. Vertrouwen
20. Operator

Overige

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