De veranderende rol van onthaalmedewerkers in het wijkgezondheidscentrum

Een onderzoek naar taakinvulling en jobbeleving

Emma De Pestel, Universiteit Gent

Promotor: dr. Pauline Boeckxstaens, Universiteit Gent

Co-promotoren: Jessica Fraeyman, Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Nele Gerits, Vereniging van Wijkgezondheidscentra

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

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.

Dankwoord

Graag wil ik van deze gelegenheid gebruik maken om enkele mensen te bedanken. Ieder van hen heeft op zijn/haar eigen manier (in)direct bijgedragen aan het verwezenlijken van dit project.

Bedankt aan mijn promotor, dr. Pauline Boeckxstaens, en co-promotoren Jessica Fraeyman en Nele Gerits van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). Ze hebben in grote mate bijgedragen aan het tot stand komen van dit werk. Bedankt voor de vlotte communicatie en de tijd die jullie mee geïnvesteerd hebben in dit project. Bedankt aan de deelnemende onthaalmedewerkers om tijd vrij te maken voor een interview. Zonder hun input had ik deze masterproef niet kunnen verwezenlijken.

Daarnaast zou ik graag mijn opleidingspraktijken, Campo Santo - Centrum voor Gezondheid en Welzijn en Praktijkcentrum Lochristi, bedanken voor hun steun en begeleiding bij de opstart en het verdere verloop van dit project.

Mijn uitdrukkelijke dank aan mijn familie en vrienden voor hun steun en toeverlaat. Bedankt aan mede-HAIO Lauren Vandepitte, het samen werken aan onze thesissen heeft me extra kunnen motiveren. Tenslotte de grootste dank aan mijn verloofde, Alexander Habils, voor zijn steunende aanwezigheid en eeuwige geduld in stresserende tijden.

Abstract

Introductie. De laatste jaren kwam de eerstelijnszorg steeds meer onder druk te staan ten gevolge van de toename van multimorbiditeit en complexe chronische zorg. De COVID-19 pandemie heeft deze hoge werkbelasting nog verder doen toenemen. Het belang van een laagdrempelige eerstelijnszorg komt hierdoor steeds meer op de voorgrond. Het goed functioneren van het onthaal als eerste aanspreekpunt is een essentiële maar terzelfdertijd kwetsbare schakel in de volledige ketting van de eerstelijnszorg. Hoewel de onthaalmedewerker een belangrijke spilfiguur is, is er momenteel weinig zicht op hoe ze omgaan met hun taakinvulling en hoe ze hun job beleven. Vanuit de sector zelf werd dan ook de vraag geformuleerd om hier op een gestructureerde manier inzicht in te verwerven.

Methode. Er worden kwalitatieve semigestructureerde interviews uitgevoerd bij onthaal-medewerkers in de Vlaamse wijkgezondheidscentra, een setting waarin deze rol geprofessionaliseerd is. De rekrutering gebeurt via de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) die in mei 2021 een oproep voor vrijwillige deelname verspreidde. Er wordt gepeild naar dagelijkse werking, functieomschrijving (IFIC), jobtevredenheid en uitdagingen in de job. Nadien volgt een kwalitatieve analyse in NVivo.

Resultaten. Uit de dertien online uitgevoerde interviews is duidelijk gebleken dat onthaal-medewerkers een uitgebreid en gevarieerd takenpakket op zich nemen. Door de toenemende druk op de eerste lijn krijgen onthaalmedewerkers ook meer klinisch georiënteerde taken toegewezen, zoals telefonische triage. Op heden betreft het vooral een triage op organisatorisch vlak: het scheiden van patiëntenstromen in tijdens van COVID-19 pandemie. Daarenboven komen de taken ook vaak op een chaotische manier op hen af. Hierdoor moeten ze frequent switchen, wat veel concentratie en inspanning vergt. Ze moeten in staat zijn structuur en overzicht te behouden teneinde hun job correct te kunnen uitvoeren.

Discussie. Het vele switchen tussen taken en de onvoorspelbaarheid geven onthaalwerk een extra complexiteit en maken de job uitdagender dan men op het eerste zicht zou kunnen vermoeden. Verder lijkt het opnemen van steeds meer klinisch gerichte taken zich op te dringen. Mits de nodige ondersteuning en bijkomende opleidingen lijkt dit een haalbare kaart. De jobbeleving wordt overwegend positief bevonden. De zorgende rol die ze opnemen en de variabiliteit en diversiteit die de job met zich meebrengt blijken hierbij belangrijke elementen. Maar ook een fijne collegiale sfeer draagt hiertoe bij.

Besluit. Onthaalmedewerkers hebben als eerste aanspreekpunt een drempelverlagende rol in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze functioneren als buffer én als schakel tussen de patiënt, de huisarts en andere zorgverleners. Ze nemen een uitgebreid en gevarieerd takenpakket op zich, teneinde de zorgverleners zoveel mogelijk te ontlasten. De uitgevoerde studie geeft een beeld van het werk van de onthaalmedewerker in de dagdagelijkse praktijk. Het kan een startpunt zijn tot het uitwerken van ondersteunende maatregelen bij de verdere professionalisering van dit beroep, zoals bijvoorbeeld op vlak van rekrutering, opleiding op de werkvloer en ondersteunende maatregelen voor het welbevinden van de onthaalmedewerker zelf.

Inhoudstafel

Dankwoord 3

Abstract 4

Inhoudstafel 5

Inleiding 7

Literatuurstudie 8

1. Een uitgebreid scala aan taken 8

Manager van de wachtzaal 8

Telefonische triage 9

Consultaties anders bekeken / Implementeren van nieuwe strategieën 9

Herhaalvoorschriften 10

Meedelen van klinische informatie 10

2. Gebrek aan gespecialiseerde opleiding 10

3. Jobbeleving 11

Multitasken 11

Spanningsveld tussen arts en patiënt 12

Agressieve of moeilijke patiënten 12

Andere uitdagingen 12

Stress reduceren 13

Methodologie 14

Resultaten 15

1. Organisator / manager 15

2. Communicator 18

3. Samenwerker 21

4. Levenslang lerende 23

5. Zorgverlener / gezondheidsbevorderaar 26

6. Functieomschrijving (IFIC) 28

Discussie 30

1. Een uitgebreid scala aan taken 30

2. Gebrek aan gespecialiseerde opleiding 31

3. Jobbeleving 32

4. Functieomschrijving (IFIC) 33

5. Sterktes en zwaktes van de studie 34

Besluit 35
Referenties 36
Bijlagen 37
1. Bijlage 1 - Goedgekeurd protocol 37
2. Bijlage 2 - Gunstig advies Ethisch comité 39
3. Bijlage 3 - Methodologie literatuurstudie 41
4. Bijlage 4 - Interviewgids 42
5. Bijlage 5 - Informatie- en toestemmingsformulier interview 43

Inleiding

Als **eerste aanspreekpunt** is de onthaalmedewerker een spilfiguur in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg [1-3]. Hij/zij is letterlijk en figuurlijk een eerste aanspreekpunt voor patiënten [1,4,5]. De onthaalmedewerker draagt bij aan een vlotte organisatie van de zorg in een huisartsenpraktijk [1,2]. De onthaalmedewerker functioneert als buffer én als schakel tussen de patiënt, de huisarts en andere zorgverleners [1-3]. Wetenschappelijk onderzoek heeft daarenboven ook aangetoond dat de onthaalmedewerker een belangrijke rol speelt in patiëntentevredenheid, wat hun **sleutelpositie** nog extra in de verf zet [3].

Onder invloed van de vergrijzing en de toename van multimorbiditeit richt de gezondheidszorg zich nu meer en meer op preventieve geneeskunde en management van complexe, chronische aandoeningen [1,3,6]. Dit heeft geleid tot een **hogere werkbelasting van de eerstelijnszorg** [1,6].

Deze hogere werkbelasting heeft een impact op alle actoren van de eerstelijnszorg [3]. Zo is ook de rol van de onthaalmedewerker onderhevig aan een evolutie [2]. Onthaalmedewerkers nemen steeds **meer verantwoordelijkheden** op zich, ook klinische, teneinde de zorgverleners te ontlasten [1]. Ze dienen deze verantwoordelijkheden te combineren met hun traditionele takenpakket, waardoor ook zij onder toenemende druk komen te staan [6].

Bovengenoemde evoluties accentueren het belang van een laagdrempelige eerstelijnszorg. Het goed functioneren van het onthaal als eerste aanspreekpunt is een essentiële maar terzelfdertijd kwetsbare schakel in de volledige ketting van de eerstelijnszorg.

Daar men louter op basis van de taakbeschrijving aan een administratieve kracht denkt, ondervindt deze beroepsgroep extra uitdagingen door de context waarin hun werk wordt uitgevoerd. Het zo goed mogelijk invullen van deze functie bij rekrutering en het professioneel ondersteunen binnen de werkcontext is dan ook erg belangrijk. Hoewel de onthaalmedewerker een belangrijke spilfiguur is, is er momenteel weinig zicht op hoe ze omgaan met hun taakinvulling en hoe ze hun job beleven. Vanuit de sector zelf werd dan ook de vraag geformuleerd om hier op een gestructureerde manier inzicht in te verwerven teneinde adequate ondersteunende maatregelen te kunnen uitwerken.

Om aan deze vraag tegemoet te komen is het belangrijk om in eerste instantie een systematisch overzicht te verwerven rond het type van taken die een onthaalmedewerker doorgaans op zich neemt en welke uitdagingen zich stellen in het werkveld. Hiertoe wordt in eerste instantie de beschikbare literatuur nagekeken om een huidige situatieschets te bekomen. De centrale rol van de onthaalmedewerker komt hier reeds duidelijk uit naar voor. De meeste gevonden onderzoeken zijn echter afkomstig uit andere landen, waardoor de verkregen informatie telkens binnen de specifieke context van een specifiek land moet gezien worden. Er werden in de literatuur geen studies gevonden die de stand van zaken in België in kaart brengen.

Het lijkt daarom interessant en opportuun in kaart te brengen wat goed loopt en waar eventuele uitdagingen zitten binnen de context van de zorgverlening in Vlaanderen. De perspectieven van onthaalmedewerkers zelf worden hiervoor in een volgende stap van de studie opgespoord aan de hand van kwalitatieve, semigestructureerde interviews. De Wijkgezondheidscentra (WGC) worden als uitgangspunt genomen omwille van de uniforme praktijkorganisatie. Daarnaast is het een setting

waarin de rol van de onthaalmedewerker sterk geprofessionaliseerd. Hierdoor is hun functie als laagdrempelig aanspreekpunt in de eerste lijn goed te onderzoeken.

Finaal zal worden getracht te achterhalen hoe de onthaalmedewerkers het best worden ingezet en ondersteund, teneinde de zorg voor en door onthaalmedewerkers op een goede en duurzame manier te organiseren.

Literatuurstudie

1. Een uitgebreid scala aan taken

Het takenpakket van onthaalmedewerkers is zeer gevarieerd. Enerzijds hebben ze tal van administratieve taken [1,3,5,6]. Anderzijds krijgen onthaalmedewerkers, onder impuls van de hierboven beschreven druk op de eerstelijnszorg, ook steeds meer klinisch georiënteerde taken toebedeeld [1,3,4,6].

Eén van de belangrijkste administratieve taken is het beantwoorden van telefonische oproepen en inplannen van afspraken [3,5]. Overige administratieve taken bevatten onder andere het klasseren van documenten en onderhouden van medische dossiers [1,3,5]. Daarnaast worden ze ook ingeschakeld voor het verwerken van inkomende en uitgaande post [5].

Zoals hierboven reeds beschreven krijgen onthaalmedewerkers vaak ook meer klinisch georiënteerde taken toebedeeld [1,3,4,6]. Zo gaat het inplannen van afspraken de facto gepaard met een soort van inschatting van urgentie (ofte: triage) [1,6]. Ook de interactie met patiënten en het managen van hun emoties kan gezien worden als een klinische taak [1,5]. Onthaalmedewerkers worden soms ingeschakeld voor het meedelen van (niet afwijkende) laboresultaten [3,6] of het afleveren van herhalingsvoorschriften [1,3]. Ze managen de patiëntenflow in en uit de praktijk [5]. Enkele van deze verantwoordelijkheden vereisen gespecialiseerde vaardigheden, en dus ook opleiding [6].

Samengevat leveren onthaalmedewerkers zorg voor patiënten terwijl ze de huisartsenpraktijk administratief ondersteunen [4]. Hieronder wordt verder ingegaan op enkele van de verschillende aspecten en verantwoordelijkheden van het werk van onthaalmedewerkers.

Manager van de wachtzaal

Er is voor de onthaalmedewerker ook een rol weggelegd als manager van de wachtzaal. Het is hun verantwoordelijkheid om de patiënten flow in, door en uit de wachtzaal te beheren. Daarnaast toont wetenschappelijk onderzoek aan dat onthaalmedewerkers ook de orde en netheid van de wachtzaal tot hun verantwoordelijkheden rekenen [5].

Telefonische triage

Huisartsenpraktijken krijgen veel telefonische oproepen te verwerken. In een groot deel van de praktijken zijn dan ook onthaalmedewerkers werkzaam die de telefonische oproepen beantwoorden en doorverwijzen of afhandelen [7].

Bij een bevraging van huisartsenpraktijken in 2013 gaf 18% van de praktijken aan dat onthaalmedewerkers een rol hebben in telefonische triage [1]. Hierbij is het echter niet duidelijk of dit de visie van de artsen of van de onthaalmedewerkers zelf is en in hoeverre daarvoor een formeel kader is in die praktijken. Een rol hebben in telefonische triage werd dan ook niet verder gedefinieerd.

Het is echter wel zo dat het inplannen van afspraken inherent voor een deel gepaard gaat met triage [1,3,6,8]. Hierbij moet de onthaalmedewerkers een inschatting maken van de ernst van een medisch probleem [3,8]. Daaraan gekoppeld zullen ze moeten bepalen of de patiënt gezien moet worden (op consultatie of op huisbezoek) en hoe snel dit dient te gebeuren [3,9]. Daarbij dienen ze een afweging te maken tussen de hulpvraag van de patiënt, de verwachtingen van de patiënt en de agenda van de hulpverlener. Dit complex proces kan onthaalmedewerkers blootstellen aan sociale frictie [3].

Deze rol als triagist heeft duidelijke klinische implicaties. Een inaccurate inschatting van symptomen kan namelijk leiden tot een vertraging van de consultatie en diagnose. Daarnaast is het ook mogelijk dat patiënten naar verkeerde diensten verwezen worden [1].

Bij een bevraging van onthaalmedewerkers in 2014 geven zij aan dat ze afhankelijk zijn van verpleegkundigen en artsen om in te schatten of de hulpvraag van patiënten gerechtvaardigd is en of deze nog dient te worden ingepland in een reeds volle agenda. Anderen daarentegen vinden het hun verantwoordelijkheid om deze inschatting te maken [5]. De meeste onthaalmedewerkers gaven echter wel toe dat zij een informele triagerol op zich nemen [3,5].

In België is hiervoor echter weinig omkadering voorzien, wat in sommige buurlanden wel zo is. In Nederland en Denemarken, bijvoorbeeld, gebeurt de telefonische triage door specifiek daartoe opgeleid personeel. Uit de literatuur blijkt dat dergelijke formele triage leidt tot een daling van het aantal praktijkconsultaties. Dit onder andere op basis van het geven van zelfzorgadviezen en opmaken van een vangnet [7,10].

Consultaties anders bekeken / Implementeren van nieuwe strategieën

Om tegemoet te komen aan het hogere aantal zorgvragen wordt reeds verschillende jaren gezocht naar goede alternatieven voor face-to-face consultaties. Mogelijke alternatieven zijn telefonische consultaties, consultaties via email en videoconsultaties. Deze verschuiving van face-to-face consultaties naar eerder digitale alternatieven wordt mede mogelijk gemaakt door de grote toegankelijkheid van nieuwe communicatietechnologieën [2].

Het onderliggende idee is dat de zorgverlener zijn tijd op die manier meer efficiënt kan besteden. Er rijzen echter ook vragen omtrent de haalbaarheid met betrekking tot de werkbelasting en veiligheid van dergelijke alternatieven [2].

Indien men gebruik wil maken van dergelijke nieuwe benaderingen, is het belangrijk deze te integreren in bestaande routines. Hierin speelt het onthaalpersoneel alweer een centrale rol. Enerzijds moeten zij patiënten informeren over de alternatieven, anderzijds moeten zij er ook voor zorgen dat de

aangeboden consultatievorm aangepast is aan hun hulpvraag. Daarenboven moeten zij een inschatting maken of de patiënt dringend een arts dient te spreken [2].

Herhaalvoorschriften

Ook in het afleveren van herhaalvoorschriften spelen onthaalmedewerkers een belangrijke rol [1]. Een herhaalvoorschrift wordt gedefinieerd als een medicatievoorschrift dat wordt afgeleverd zonder een consultatie bij een arts [3]. Onthaalmedewerkers zijn hiervoor het belangrijkste aanspreekpunt [1]. Wetenschappelijk onderzoek in het Verenigd Koninkrijk heeft aangetoond dat 75% van alle geneesmiddelen via een herhaalvoorschrift wordt afgeleverd. Er wordt in datzelfde onderzoek ook geponeerd dat 4,9% van de herhaalvoorschriften fouten zou bevatten [3]. Vermoedelijk betreft het hier vooral communicatiefouten op vlak van dosering, medicatie, … .

Meedelen van klinische informatie

Onthaalmedewerkers worden vaak ingeschakeld voor het meedelen van klinische informatie aan patiënten, bijvoorbeeld voor de resultaten van bloedanalyses. Ter ondersteuning worden hiervoor soms op voorhand scripts vastgelegd. Ze zijn dan echter vaak niet in staat om toelichting te geven bij aanvullende vragen van patiënten. Dit kan leiden tot angst of ontevredenheid bij patiënten en een ongemakkelijk gevoel bij onthaalmedewerkers. Het valt dus te betwijfelen of het wel gepast is dergelijke taak aan een onthaalmedewerker toe te wijden. In sommige praktijken wordt dit echter toch verwacht van het onthaalpersoneel, zonder enige bijkomende opleiding of expertise [1].

2. Gebrek aan gespecialiseerde opleiding

Zoals hierboven uitvoerig beschreven werd, krijgen onthaalmedewerkers in het huidige zorglandschap verschillende verantwoordelijkheden toebedeeld, soms zelfs van klinische aard [1]. Ze moeten beschikken over een ruime set van vaardigheden om verscheidene administratieve, communicatieve en probleemoplossende verantwoordelijkheden te dragen [6]. Zo vergt het managen van hun administratieve werk een goed organiserend vermogen [5]. Desondanks is echter vaak geen bijkomende formele opleiding vereist of gegeven [1-3].

Wanneer een nieuwe onthaalmedewerker opstart zal deze over het algemeen uitleg krijgen van een collega die reeds langere tijd in het werkveld staat [1,6]. Dit bleek ook uit een bevraging van onthaalmedewerkers in 2014 in Nieuw Zeeland, waar de meeste onthaalmedewerkers aangeven hun job al doende te hebben geleerd. Velen ervaren deze manier van opleiding dan ook als inadequaat [5].

Ze hadden geen training gekregen omtrent het communiceren met mensen met (mentale) gezondheidsproblemen [3,5] of hoe ze kunnen omgaan met spanningen in interpersoonlijke relaties. Ze waren er het dan ook over eens dat ze de sociale vaardigheden van hun privé leven dienden te implementeren in hun professionele activiteit [5].

Naast het belangrijke onderdeel van communicatie, moeten onthaalmedewerkers ook steevast aan de slag met tal van computerprogramma’s en gespecialiseerde medische software. Deze software wordt

onder andere gebruikt voor het inplannen van afspraken, onderhouden van het medisch dossier, opmaken van herhaalvoorschriften en bekijken van onderzoeksresultaten. Omtrent de medische software hadden sommige onthaalmedewerkers wel een korte infosessie gekregen [5]. Een andere bevraging toonde echter aan dat 12% van de onthaalmedewerkers hierover géén training of bijkomende informatie had gekregen [6].

Zelfs bij een proefproject met oog op de integratie van alternatieve consultatievormen in de dagelijkse praktijk werd het onthaalpersoneel niet betrokken in de onderliggende motivatie, uitwerking en verwachtingen [2].

Dit gebrek aan formele opleiding kan echter leiden tot problemen, onder andere met betrekking tot patiëntveiligheid [1,3,6]. Ook op medicolegaal vlak valt het werk van onthaalmedewerkers in een grijze zone [3]. Studies tonen aan dat er minder problemen zouden zijn indien onthaalmedewerkers meer opleiding zouden genieten [11].

3. Jobbeleving

Er werd nog niet veel wetenschappelijk onderzoek verricht omtrent de jobbeleving bij onthaalmedewerkers. Enkele studies uit het Verenigd Koninkrijk tonen aan dat ze het meeste voldoening halen uit het zorgende aspect van hun job. Daarnaast is gebleken dat ze hun administratieve functie als routine ervaren. Dit deel van hun job geeft hen vaak het minst voldoening. Het opvolgen van betalingen is een belangrijke taak binnen de administratieve functies. Dit wordt ervaren als de moeilijkste en meest vervelende taak, daar ze op dergelijke momenten in een meer controlerende rol worden geplaatst (in plaats van een zorgende rol) [5].

Onthaalmedewerkers halen energie uit het helpen van patiënten, omgaan met mensen, een goede verstandhouding met collega's en de variatie die ze in hun werk terugvinden [11].

Daarnaast zijn er ook een aantal aspecten die hun job extra uitdagend maakt. Mogelijke bronnen van stress zijn moeilijke patiënten, de hoge werkdruk, moeilijkheden om een vrije afspraak te vinden voor patiënten en het gevoel gevangen te zitten tussen de wensen van de arts en de wensen van de patiënt [11].

Multitasken

De verschillende taken en verantwoordelijkheden die onthaalmedewerkers op zich nemen, lopen door elkaar heen en vloeien in elkaar over. Hierdoor vormt het totaalpakket een complexe en vaak conflicterende set van verantwoordelijkheden [5].

Er wordt van onthaalmedewerkers verwacht dat zij kunnen multitasken en ondertussen constant (op vriendelijke wijze) in te gaan op vragen van patiënten en zorgverleners. De grote hoeveelheid van gelijktijdige taken is vaak een bron van stress. De verscheidene taken worden constant afgewisseld door het beantwoorden van telefonische oproepen en verder helpen van patiënten die aan het onthaal staan (aanmelden, inlezen van de identiteitskaart, overhandigen van brieven of voorschriften, betalingen, …). Onthaalmedewerkers vinden het soms moeilijk om hun administratieve taken uit te

voeren en tegelijkertijd ook in te spelen op de verschillende noden van patiënten. Daarnaast wordt hun werk ook geregeld onderbroken door verzoeken of vragen vanuit de zorgverleners [5].

Spanningsveld tussen arts en patiënt

Onthaalmedewerkers worden in hun job wel eens geconfronteerd met een spanningsveld tussen de wensen en verwachtingen van de patiënt enerzijds en die van de zorgverlener anderzijds [2,3,6]. Zij zijn bijvoorbeeld meestal goed op de hoogte van de consultatievoorkeuren van de zorgverleners en proberen deze af te stemmen op de wensen van de patiënt [2]. Op dagelijkse basis moeten ze zich een weg banen tussen deze verschillende verwachtingspatronen [4].

Agressieve of moeilijke patiënten

Sommige patiënten en sommige hulpvragen worden beschouwd als extra uitdagend, waarbij deze vaak benoemd worden als 'moeilijke patiënten'. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het meestal gaat over:

- mensen met ernstige mentale gezondheidsproblemen,
- ouders van 'onhandelbare' kinderen (vnl jonge ouders),
- mensen die herhalingsvoorschriften nodig hebben,
- mensen met financiële problemen,
- mensen zonder afspraak,
- mensen die willen dat hun (routine) hulpvraag spoedig wordt afgehandeld,
- … [5].

Sommige onthaalmedewerkers vinden het hun verantwoordelijkheid om de arts af te schermen van dergelijke patiënten, voornamelijk in het geval van veeleisende patiënten [5].

Daarnaast zijn onthaalmedewerkers meestal het meest zichtbare en toegankelijke onderdeel van het team. Door hun toegankelijke positionering zijn zij vatbaarder voor contact met moeilijke of agressieve patiënten [6,12].

Huisartsen en hun medewerkers hebben een verhoogd risico op het ervaren van geweld, gaande van verbale tot fysieke agressie. Beroepsgebonden geweld wordt door de Europese Commissie gedefinieerd als 'incidenten waarbij personen worden misbruikt, bedreigd of aangevallen in omstandigheden gelinkt aan hun werk, betreffende een expliciete of impliciete inbreuk op hun veiligheid, welzijn of gezondheid' [12].

De onthaalmedewerker is meer dan eens de dupe van frustraties van de patiënt [3,5]. Dit heeft uiteraard een impact op hun welzijn [12].

Andere uitdagingen

Daarenboven dient de onthaalmedewerker zijn job meestal uit te voeren in het gezichts- en luisterveld van patiënten in de wachtzaal. Ook dit wordt regelmatig als een extra stresserende factor ervaren [5].

Onthaalmedewerkers geven aan dat zij met een hoge graad van zelfstandigheid kunnen werken, maar ze zijn echter relatief onzeker over de kwaliteit van hun individueel werk. Ze krijgen namelijk niet zo vaak feedback van hun collega's met betrekking tot hun functioneren [6]. Door een gebrek aan gepaste ondersteuning voelen ze zich soms geïsoleerd [3].

Een studie in 1999 rapporteerde zelfs dat onthaalmedewerkers het gevoel hadden dat de artsen de druk en complexiteit van hun job niet erkenden [11]. Hierbij kan men zich echter de vraag stellen of er toen nog meer sprake was van een hiërarchische praktijkorganisatie.

Stress reduceren

Sociale ondersteuning op de werkplek is een beschermende factor om het welzijn, het psychologisch en algemeen gedrag te ondersteunen [6]. Zo kan een deel van de werkdruk die onthaalmedewerkers ervaren gereduceerd worden wanneer de artsen de veeleisende natuur van hun job begrijpen en erkennen [11]. Wetenschappelijk onderzoek toont echter aan dat de huidige ondersteuning voor onthaalmedewerkers vaak onvoldoende is [3,6].

Mensen presteren optimaal wanneer ze hiertoe een interne motivatie hebben. Studies hebben aangetoond dat een interne motivatie afhankelijk is van de zinvolheid, de graad van verantwoordelijkheid en de resultaten van het werk [6].

Methodologie

Teneinde voldoende achtergrondkennis te vergaren werd een literatuurstudie verricht in de periode tussen februari 2020 en mei 2021. Gebruikte zoektermen waren telefonische triage, telephone triage, general practice receptionist en medical receptionist. Er werd gebruik gemaakt van PubMed als informatiebron. Een gedetailleerde beschrijving van aantal resultaten, inclusie- en exclusiecriteria is te vinden in bijlage (zie Bijlage 3 - Methodologie literatuurstudie).

De initiële resultaten werden gescreend op basis van titel en abstract. Er werden geen artikels geëxcludeerd op basis van land van publicatie. Het is echter wel belangrijk de informatie van andere landen in hun context te zien, daar elk land een andere structuur heeft wat betreft de organisatie van de gezondheidszorg. Geselecteerde artikels werden nadien volledig gelezen en indien relevant weerhouden voor de literatuurstudie. Er werden ook verschillende artikels geselecteerd op basis van related citations.

Het doel van deze masterproef is om aan de hand van kwalitatieve, semigestructureerde interviews te achterhalen hoe onthaalmedewerkers in Vlaanderen hun werk doen en welke taken zij toebedeeld krijgen. Er wordt gepeild naar dagelijkse werking, functieomschrijving (IFIC), jobtevredenheid en uitdagingen in de job.

We rekruteren enkel in de Vlaamse wijkgezondheidscentra omwille van de uniforme praktijk-organisatie en hun gedeelde visie op zorg. Daarnaast is het een setting waarin de rol van de onthaalmedewerker sterk geprofessionaliseerd. De rekrutering gebeurt via de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) die in mei 2021 een oproep voor vrijwillige deelname verspreidde.

Elk interview zal naar schatting ongeveer 60 minuten duren. Bij voorkeur zullen de interviews face-to-face doorgaan. Wanneer de gezondheidssituatie (m.b.t. COVID-19) dit echter niet toelaat of wanneer deelnemers het verkiezen, kan het interview ook virtueel, via een videovergadering, plaatsvinden. Hiervoor zou gebruik gemaakt worden van Microsoft Teams. De audio van de interviews zal worden opgenomen om nadien te worden uitgeschreven en geanonimiseerd. Na verwerking worden de opnames vernietigd. De onderzoeksresultaten zullen verwerkt worden o.b.v. thematische analyse. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van NVivo als kwalitatief dataverwerkingsprogramma.

Resultaten

Er hebben dertien interviews plaatsgevonden met verschillende onthaalmedewerkers uit Vlaamse wijkgezondheidscentra. Enkele karakteristieken van de geïnterviewde onthaalmedewerkers en hun betreffende wijkgezondheidscentrum zijn terug te vinden in onderstaande tabel.

	Aantal patiënten in het WGC*	**Aantal professionele onthaalmedewerkers**	**Aantal medewerkers in het WGC**
1	6073	9	56
2	3048	4	33
3	2519	3	22
4	2257	2	21
5	2944	5	26
6	3545	5	43
7	5683	9	50
8	2997	6	32
9	4390	6	43
10	6127	7	57
11	4397	8	48
12	2619	6	24
13	2421	6	25

Tabel 1: Overzicht en karakteristieken van geïnterviewde onthaalmedewerkers
(* cijfers op basis van VWGC-registratie, totale zorgpopulatie op 01/01/2021)

Bij de kwalitatieve analyse van de interviews werden verscheidene thema's geïdentificeerd op basis van het uitgebreide takenpakket dat besproken werd. Al snel werd duidelijk dat elk pakket van taken gekoppeld kon worden aan specifieke competenties. Dezelfde competenties zijn terug te vinden in het CanMEDS model voor gezondheidsberoepen [13]. Dit onderstreept eens te meer dat onthaal-medewerkers een belangrijke rol opnemen binnen de zorgsector.

1. Organisator / manager

Uit de interviews is gebleken dat de betreffende onthaalmedewerkers een breed scala aan taken en verantwoordelijkheden aan zich toegewezen krijgen.

Meestal zijn ze als eerste aanwezig in het wijkgezondheidscentrum en zullen zij het gebouw opstarten (lichten aanleggen, computer opstarten en aanmelden, …). Eens de telefoonlijn opengaat beantwoorden ze de ene na de andere telefoon. Patiënten bellen voor inlichtingen, voor het vastleggen van een afspraak en dergelijke meer. Wanneer patiënten vragen hebben voor één van de zorgverleners worden ze doorgeschakeld of verwezen naar een telefonisch spreekuur.

Wanneer patiënten in het centrum aankomen voor een afspraak, melden de onthaalmedewerkers hen aan, lezen hun identiteitskaart in, controleren ze hun gegevens en verwijzen hen naar de wachtzaal. Anderzijds komen patiënten ook soms documenten of voorschriften ophalen of afgeven.

De geïnterviewde onthaalmedewerkers plannen afspraken met een tolk, die de arts kan bijstaan tijdens een consultatie. Ze lezen en beantwoorden e-mails, ze bekijken en sorteren de post, ze regelen afspraken bij specialisten, extra onderzoeken en nog zo veel meer.

Van zodra de telefoonlijn openstaat, begint die redelijk snel te rinkelen. Dan is het de mensen telefonisch te woord staan. De telefoons resulteren in een afspraak inboeken, (…), maar dat kan ook een vraag om een voorschrift zijn, dan kan dat een terugbelafspraak worden. Dat gaat dan eigenlijk de hele tijd door. Er komen mensen binnen die aangemeld moeten worden, dus die moeten op aanwezig gezet worden in het agendasysteem. Dan is er eens iemand te laat, dan kan er al eens discussie ontstaan, want als iemand veel te laat is mag die niet meer binnen. Er komt al eens een jonge mama binnen met een kindje dat geboren is, die moet dan ingeschreven worden, daar moeten dan papieren voor opgemaakt worden. Er komt al eens iemand een medisch staal afleveren, dat moet dan ontvangen worden en in de koelkast gelegd worden. Dan eens een voorschrift dat uitgereikt moet worden, dus de arts legt dat dan klaar, wij moeten dat dan overhandigen aan de patiënt. Dan op een vast tijdstip moeten onze stalen in het labobakje gelegd worden aan de voordeur, zodanig dat de mensen van het labo dat kunnen komen halen. De post moet verdeeld worden, er moeten pakjes ontvangen worden, de voordeur moet altijd manueel geopend worden, met afstand weliswaar, dat resulteert dan dat je in gesprek bent en tegelijkertijd gaat de deurbel en dan moet je wel ook bevraging doen, dus dat zijn twee gesprekken tegelijkertijd.
Ik denk dat dat het zo een beetje is.

Al deze zaken komen vaak tegelijkertijd en op een chaotische manier op hen af, zo vertellen de geïnterviewde onthaalmedewerkers. Om hun werk zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren is het belangrijk dat zij erin slagen hun werk te structureren en organiseren.

Persoonlijk hou ik wel van dat schakelen, nu moet ik dat doen en dan komt dat ertussen. Dat vind ik leuk. Je weet nooit wat een dag gaat geven. Je weet, oké, ik ga mijn telefoons doen, ik ga mijn afspraken doen, maar er kunnen nog zoveel dingen bijkomen. Wat het op zich ook wel plezant maakt.

Als dat niet de hele tijd zo is, kan ik dat aan. Ik ga eigenlijk zelf een oplossing bedenken voor de situatie, namelijk in plaats van een tweede gesprek te starten, druk ik gewoon op het knopje om de voordeur te openen. Wat niet helemaal volgens protocol is, maar de ervaring wijst uit dat dat in 95% van de gevallen ook effectief iemand is die een afspraak heeft. En als het dan iemand is die geen afspraak heeft, heeft die altijd wel een reden om toch binnen te komen. En als die nu echt niet binnen moet zijn, dan leg ik dat uit en dan vertrekt die ook wel weer gewoon. Dus er ontstaan eigenlijk nooit problemen rond. Ik maak dan eigenlijk prioriteit, ik kies dan het dringendste gesprek. Als je iemand aan de lijn hebt, je kan die niet zomaar direct afwimpelen, zeker ook dat zijn ook moeilijke gesprekken vaak, omdat ja die mensen spreken heel beperkt Nederlands en zijn laag opgeleid, dus dat vraagt

een andere vorm van communicatie. Dus ja ik kan daar wel mee om, maar natuurlijk als dat de hele ochtend is, dan krijg je wel een beetje stress.

Daarnaast verrichten de geïnterviewde onthaalmedewerkers ook tal van eerder administratieve taken: dossiers opvragen, de agenda van de artsen beheren, verslagen inscannen en doormailen of in het juiste medisch patiëntendossier opladen, bestellingen voor medisch en ander materiaal opmaken, patiënten inschrijven en uitschrijven, … De geïnterviewde onthaalmedewerkers geven aan voor dergelijk werk administratiemomenten te hebben in hun weekplanning.

Wanneer patiënten aangeven een **afspraak** te willen maken, bevragen de geïnterviewde onthaalmedewerkers wat de reden voor de afspraak is. Dit is iets dat ze vroeger niet allemaal deden, maar sinds de start van de COVID-19 pandemie is het belangrijk om de patiënten met COVID-klachten te scheiden van de andere patiënten. Initieel vonden de geïnterviewde onthaalmedewerkers dit moeilijk en hadden ze wat schrik voor de reactie van patiënten. Wanneer ze echter aan patiënten uitleggen waarom ze dat moeten weten, merken ze veel begrip.

Wanneer een patiënt COVID-klachten vermeldt, wordt hij/zij op een lijst gezet. Eén van de artsen zal die persoon opbellen voor een telefonische consultatie en indien nodig inplannen op een specifieke (infectie)raadpleging. Wanneer een patiënt echter geen COVID-klachten heeft, kunnen de onthaalmedewerkers rechtstreeks een afspraak inplannen. Meestal zijn er weinig beschikbare plaatsen voor de dag zelf, waardoor de geïnterviewde onthaalmedewerkers genoodzaakt zijn een afspraak verder in de week aan te bieden.

In vele gevallen ervaren de patiënten hun klachten als dringend en geven ze aan niet te kunnen wachten tot het voorgestelde moment. Op dat moment gaan de geïnterviewde onthaalmedewerkers verder doorvragen en trachten te achterhalen waarom het dringend is.

Veel van onze patiënten ervaren hun vraag als heel dringend. Het is wel wat zoeken. Is het nu echt dringend? Maar als je niet medisch geschoold bent, kan je dat eigenlijk niet inschatten. Dus dat is voor ons wel een moeilijkheid.

Alle geïnterviewde onthaalmedewerkers hebben aangegeven zelf geen medische triage te kunnen doen, omdat ze hiervoor niet opgeleid zijn. Wel hebben sommige van hen al eens een (beperkte) opleiding gekregen over het type klachten waarvoor ze altijd één van de artsen moeten inschakelen als er op korte termijn geen consultatiemogelijkheid is (zoals bijvoorbeeld pijn op de borst, kind met koorts, ademhalingsklachten, diepe snijwonde, ongerustheid bij de patiënt, …). In deze gevallen, wanneer er geen overeenkomst gevonden wordt of wanneer een onthaalmedewerker een ‘niet-pluis’ gevoel heeft, wordt een arts ingeschakeld om de medische inschatting te maken.

De geïnterviewde onthaalmedewerkers worden dagelijks geconfronteerd met een **hoge werkdruk**. Zelf wijten ze dit vooral aan de groei van hun aantal patiënten. Hierdoor staat de agenda constant

volgepland en is het vaak moeilijk om patiënten de dag zelf nog een afspraak te kunnen geven. Ze vermelden ook dat de (ongeduldige) patiënten de druk verder opvoeren.

Ten gevolge van de gezondheidscrisis is deze druk echter verder toegenomen. Vooral bij het begin van de crisis, wanneer de maatregelen dagelijks aangepast werden, moesten ze constant schakelen. Dit uitte zich vooral in een toegenomen telefonische druk. Patiënten hadden heel veel vragen rond testen, ziekte, vaccinatie, reizen, … Daarenboven werden de onthaalvrijwilligers uit veel centra weggehouden door deze gezondheidscrisis, wat de druk nog verder deed oplopen, zo vertellen de geïnterviewde onthaalmedewerkers. Tenslotte merken de geïnterviewde onthaalmedewerkers op dat een telefoongesprek nu veel langer duurt door de extra vragen die ze moeten stellen.

Ik heb het gevoel dat de werkdruk altijd hoog gelegen heeft. Zeker in het begin van de COVID periode lag die nog hoger. Omdat er elke week, elke dag zoveel veranderingen waren, omdat er telkens moest bijgestuurd worden. (…) Maar sowieso ligt de druk aan het onthaal wel zeer hoog.

Om deze toegenomen werkdruk het hoofd te bieden hebben verschillende centra ervoor gekozen meer onthaalmedewerkers tijdens dezelfde shift te laten werken. Zo worden op een maandagochtend klassiek meer onthaalmedewerkers ingeschakeld om de drukke momenten op te vangen. Dit ervaren de geïnterviewden als nuttig, aangezien ze er op die manier meer in slagen om zich op iets te focussen en het te kunnen afwerken. Een andere maatregel die een aantal centra hebben getroffen is het geluid van de telefonische oproepen uitschakelen en vervangen door een lampje. De geïnterviewde onthaalmedewerkers ervaren dit als minder stresserend dan een telefoon die continu rinkelt.

2. Communicator

Communicatie is de rode draad doorheen alles wat onthaalmedewerkers doen. Ze zijn continu bezig met het beantwoorden van telefonische oproepen, ontvangen, inschrijven en aanmelden van patiënten, … Daarnaast zijn ze vaak de spreekbuis van patiënt naar de hulpverleners toe.

Eén van de voornaamste uitdagingen op vlak van communicatie is de **taalbarrière**, zo geven de geïnterviewde onthaalmedewerkers aan. Het grootste deel van de populatie van de deelnemende wijkgezondheidscentra betreft patiënten van niet-Belgische origine (soms gaande tot 90% van de populatie).

Wij hebben veel patiënten die de Nederlandse taal niet goed onder de knie hebben. Dus dat is wel een extra uitdaging, om te bekomen van 'wat wil je nu', 'wat wil je dat ik doe voor u'. Dat is de grootste uitdaging bij ons in het centrum.

De geïnterviewde onthaalmedewerkers geven aan dat ze vaak een andere vorm van communicatie moeten aangaan. Hierbij gaan ze zoveel mogelijk eenvoudig Nederlands gebruiken en de patiënten trachten te stimuleren om zich verstaanbaar te maken. Ze gaan op zoek naar synoniemen die internationaler klinken (zoals bijvoorbeeld telefoneren i.p.v. bellen) en trachten telkens korte, eenvoudige zinnen te vormen.

De taal is echt een uitdaging. Ikzelf vind dat ergens leuk en boeiend om die vorm van communicatie aan te gaan, (…), ik zoek echt naar een manier om eenvoudig Nederlands te spreken en de mensen te stimuleren om toch te kunnen zeggen wat ze willen zeggen. Maar ik merk wel aan een aantal collega's dat dat met momenten echt wel frustratie bezorgt als je vier, vijf, zes keer hetzelfde moet vragen en mensen er bijvoorbeeld niet in slagen om verstaanbaar hun geboortedatum te communiceren (…). En als je die informatie al niet krijgt, dan kan je eigenlijk niet verder. Want je moet weten wie je aan de lijn hebt, met wie je een afspraak aan het boeken bent. Ik merk dat dat voor sommige mensen echt moeilijk is om te communiceren op die manier. En als er dan nog veel andere impulsen tegelijkertijd bijkomen, dan is dat een stressfactor, dan is dat echt wel moeilijk.

Daarnaast proberen de geïnterviewde onthaalmedewerkers ook steeds **proactief te werk te gaan** om het gesprek zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Als er iemand aan de telefoon is en als ik het nummer kan lezen, dan begin ik dat al in te typen in het dossier. De zoekfunctie geeft dan aan wie de beller is. Dat is nu een kleinigheid en dat is natuurlijk een beetje multitasking. Je moet dat wat in de vingers hebben. Dat is iets heel concreet waardoor je dus al niet meer naar die geboortedatum moet vragen.

Aan de onthaaldesk zijn er geen tolken ter beschikking. In sommige van de deelnemende WGC's zijn er wel enkele meertalige medewerkers die soms ondersteuning kunnen bieden. Wanneer dit niet voorhanden is, moeten ze zich soms behelpen met Google Translate.

Heel vaak gebruiken we Google Translate. Dan draaien we ons scherm om, of dan laten we het afspelen: 'uw afspraak is dan'. Meestal lukt het ons wel om hetgeen verteld moet worden aan de balie duidelijk te krijgen. Maar het is met handen en voeten en heel veel geduld. Zeker als je met drie aan de balie werkt en je bent alle drie aan het bellen, dan is er heel veel omgevingslawaai. En dan ook nog een keer door COVID: die mondmaskers en met plexiglas ertussen, dat maakt het wel heel lastig.

Deze andere vorm van communicatie ervaren de geïnterviewde onthaalmedewerkers als moeizaam en vermoeiend. Het vergt veel aandacht, concentratie en energie. Om die reden hebben sommige van de deelnemende WGC's ervoor gekozen de onthaalshiften niet te lang te maken en trachten ze voldoende pauze in te lassen.

Anderzijds moet je er ook een zekere losheid in hebben en heeft het weinig zin de frustratie te blijven zitten, geeft één van de geïnterviewde onthaalmedewerkers aan.

> *Je moet het accepteren. Die mensen zullen niet van de ene op de andere dag beter Nederlands spreken. Dat is de populatie waarmee dat wij te maken hebben, (…) dat is gewoon het gegeven van ons centrum. En als je daar als onthaalmedewerker echt heel fundamenteel probleem mee hebt, moet je uzelf ook wel de vraag stellen van 'pas ik hier wel?'*

De geïnterviewde onthaalmedewerkers geven aan dagelijks geconfronteerd te worden met **'boze' of 'lastige' mensen**. Het gaat hier voornamelijk om mensen die elke dag verschillende keren bellen, mensen die boos zijn omdat je hen niet begrijpt, mensen die boos of ongeduldig zijn omdat ze te lang moeten wachten, … . Ze merken dat dit toegenomen is sinds het begin van de COVID pandemie. Anderzijds merken ze de laatste jaren ook een evolutie waarbij de patiënten steeds veeleisender worden.

> *Het merendeel van de patiënten zijn echt heel vriendelijk, heel respectvol, (…). Maar je voelt wel dat nu met COVID mensen nu toch wel een korter lontje hebben (…). Dat ze toch wel graag veeleisender zijn. Dat is wel een beetje een evolutie van de laatste jaren. We voelen aan dat patiënten mondiger zijn, maar ook veeleisender worden. Dat ze meer op hun wenken bediend moeten worden.*

Dit brengt heel wat teweeg bij de geïnterviewde onthaalmedewerkers. Ze geven aan er zo weinig mogelijk op in te gaan, maar toch zorgt dit voor de nodige frustraties.

> *Vroeger reageerde ik erop, bijvoorbeeld als de patiënt zegt 'eindelijk, ge zijt waarschijnlijk een taske koffie aan het drinken' dan zei ik 'ah nee, meneer het is super druk'. Dat doe ik niet meer. Omdat dat dan vaak alleen maar voor extra wrevel zorgt, dus ik laat dat voor wat het is eigenlijk. Nu vraag ik gewoon 'wens je een afspraak?'. (…) Innerlijk word ik er wel een beetje kwaad van, omdat ik denk, je zou eens moeten weten hoeveel oproepen we doen. Maar ik reageer er niet meer op.*

Wanneer de frustraties bij de patiënt hoog oplopen trachten de geïnterviewde onthaalmedewerkers voornamelijk **geweldloze communicatietechnieken** toe te passen. Ze proberen de kalmte te bewaren, tonen begrip, trachten de patiënt te kalmeren, maar proberen ook uit te leggen waarom iets niet zomaar gaat en vragen hiervoor begrip. Indien dit voor de patiënt niet oké is, verwijzen ze hen door naar het telefonisch spreekuur met de hulpverleners of schakelen ze de patiënt rechtstreeks naar hen door.

Wanneer de situatie dreigt te escaleren of wanneer een patiënt respectloos gedrag vertoont, wordt er een arts bij geroepen. De geïnterviewde onthaalmedewerkers geven aan dat patiënten altijd rustiger zijn wanneer er een arts bij is. In extreme situaties is er een procedure voorhanden waarbij de patiënt kan uitgeschreven worden in het geval van respectloos gedrag.

De geïnterviewde onthaalmedewerkers ervaren het soms respectloos gedrag van patiënten als frustrerend. De mate waarin dit impact heeft op hun jobbeleving is echter wisselend. De ene persoon lijkt dit beter te kunnen loslaten dan de andere.

> *Het vervelende is dat je eigenlijk een hele dag heel veel vriendelijke en lieve mensen over de vloer hebt gehad. Maar het is die ene persoon die respectloos is aan het onthaal en daarna dan bij de dokter poeslief is he. En dat is soms wel heel frustrerend en dat neem je wel mee naar huis. Maar aan de andere kant doe ik mijn werk nog altijd zo graag, dat ik ook wel weet van het hoort bij de job.*

Binnen een wijkgezondheidscentrum is er niet enkel communicatie met patiënten. Ook tussen de medewerkers is er veel **onderlinge communicatie** om de werking zo vlot mogelijk te laten verlopen.

De deelnemende WGCa maakten bijvoorbeeld gebruik van een digitaal communicatiesysteem om telefonische oproepen te structureren. Wanneer een patiënt aangeeft een telefonisch contact te willen hebben met één van de hulpverleners trachten de geïnterviewde onthaalmedewerkers steeds de specifieke hulpvraag te verhelderen. Deze telefonische oproepen worden onderverdeeld in een aantal categorieën (herhalingsvoorschrift, resultaat van onderzoek, COVID-gerelateerde vragen, …) en de aanvullende informatie wordt erbij genoteerd. Op die manier kan de betreffende hulpverlener gemakkelijker een inschatting maken wanneer ze dit kunnen doen: hebben ze hier veel of weinig tijd voor nodig? Is dit iets dat op korte termijn dient te gebeuren of kan het even wachten?

3. Samenwerker

Als onthaalmedewerker in een wijkgezondheidscentrum werk je nauw samen met een groot team van collega's. Enerzijds werken ze samen met de andere onthaalmedewerkers en -vrijwilligers. Anderzijds is er ook een samenwerking met de andere hulpverleners van het centrum (artsen, verpleegkundigen, kinesisten, diëtisten, psychologen, …).

Wat betreft de **samenwerking binnen het onthaalteam** hebben de geïnterviewden aangegeven het belangrijk te vinden dat je werkt vanuit dezelfde intenties en op dezelfde lijn staat als de collega's.

> *Vaak komen er patiënten die bijvoorbeeld misnoegd zijn en zeggen 'Gisteren zei uw collega dit, en ik moest vandaag komen en dat briefje ligt nu niet klaar'. Dan moet je wel collegiaal kunnen zijn en zeggen 'Oei, dat zal een vergissing zijn'. In plaats van te zeggen 'Mijn collega heeft dat niet in de agenda gezet'. (…) Je moet dan wel de klodden van een ander gaan oplossen zonder daar een probleem van te maken. Zelf maak je ook veel fouten he.*

Uit de interviews is gebleken dat de onthaalmedewerkers regelmatig (wekelijks tot tweewekelijks) een overlegmoment hebben. Hier is telkens ruimte voor ventilatie. Er worden ervaringen gedeeld, meestal

gaat het hierbij om zaken die moeilijk gingen of bepaalde incidenten die zich voorgedaan hebben. Er wordt dan afgetoetst hoe de collega-onthaalmedewerkers op dergelijke situaties reageren en er wordt samen nagedacht over hoe zoiets in de toekomst het best aangepakt kan worden. Dit moment van ventilatie en gezamenlijke reflectie zorgt ervoor dat men zich gesteund voelt, zo gaven de geïnterviewden aan.

Vaak is dat ook het moment dat je onderling eens dingen kunt aftoetsen met mekaar, als wij aan het onthaal zitten hebben wij vaak zelfs niet de tijd om iets tegen elkaar te zeggen en dan is dat de plaats om die dingen eens te bespreken en te zien 'heb jij daar ook problemen mee?'

Daarnaast worden er ook een aantal praktische zaken besproken, zoals verlofaanvragen of aanpassingen in de werking. Ook de terugkoppeling van het overleg met andere disciplines gebeurt op dit moment.

Al de geïnterviewde onthaalmedewerkers gaven aan de **samenwerking in het centrum** als aangenaam te ervaren. Dit schreven ze zelf toe aan wederzijds respect, een open communicatieve houding en het ontbreken van hiërarchie tussen de verschillende disciplines (ieders mening telt). Ze voelen zich gewaardeerd door de andere actoren binnen het WGC.

Ik vind het ook heel aangenaam dat wij geen praktijk zijn waar er een hiërarchie is. We zijn er allemaal als zorgverleners voor de patiënten, en dat vind ik wel heel fijn. Als ik in een praktijk zou werken waar er geen respect was voor het werk dat ik deed, dan zou ik het niet volhouden. Onze dokters en alle zorgverleners hebben enorm veel respect voor wat wij allemaal doen aan het onthaal en hoeveel werk wij eigenlijk uit hun handen nemen. Daarom werk ik hier eigenlijk heel graag.

Ze merken wel op dat het soms een uitdaging is om met een groot team samen te werken. Het vergt orde en regels en je moet op elkaar kunnen vertrouwen. Om deze samenwerking vlot te laten verlopen komen de verschillende disciplines vaak samen in een dagelijks bestuur (daar is dan bijvoorbeeld telkens één persoon per team aanwezig). Hier worden de bekommernissen gebracht van elke discipline, wordt samen nagedacht over hoe het beter kan en dit wordt nadien teruggekoppeld op de specifieke teamvergaderingen. De bedoeling van het dagelijks bestuur is om alle neuzen in dezelfde richting te krijgen. Deze manier van werken wordt als positief ervaren.

Om zo eens inzicht te hebben van verschillende partijen. Hoe verloopt de samenwerking met het onthaal? Wat hebben jullie nodig, als arts of als verpleegkundige, wat hebben jullie eigenlijk nodig van het onthaal?

Specifiek met betrekking tot de **samenwerking met de artsen** geven de geïnterviewde onthaalmedewerkers aan dat ze steeds bij hen terecht kunnen voor vragen. Wanneer ze bijvoorbeeld

een ‘raar’ of ‘niet-pluis’ gevoel hebben bij een patiënt. Anderzijds geven ze aan dit een moeilijk evenwicht te vinden, aangezien ze de zorgverlening niet nodeloos te willen storen.

> *De artsen zeggen ook wel: ‘Veel patiënten zeggen wel dat het dringend is, maar het is niet echt dringend’. Dat maakt voor ons ook wel de drempel hoger om iemand van de zorgverlening te storen. Je wil die mensen niet nodeloos storen natuurlijk. Dat is wel moeilijk, wanneer is het nu nodig en wanneer niet.*

In sommige centra werkt men met een systeem van een *duty* arts (per dagdeel wordt een arts aangeduid waarbij men terechtkan voor vragen), dit wordt als aangenaam ervaren.

> *Dat je niet moet denken ‘Wie zou ik nu weer durven storen’. Want ja, he, vroeger hadden we geen duty arts en dan was het iedere keer afwegen. ‘Aan die persoon heb ik al zoveel telefoons doorverbonden’. ‘Ik ga die nu een beetje storen’. ‘Die is net met iemand bezig’. Nu moet je niet twijfelen: je belt gewoon naar die persoon en die weet ook dat hij gaat gestoord worden. Dat is aangenamer.*

De geïnterviewde onthaalmedewerkers voelen zich ook geapprecieerd door de artsen.

> *Ik denk dat onze artsen niet denken ‘Dat is een telefoontje opnemen’. Ze houden er rekening mee om de dingen die ze zelf kúnnen doen, ook te doen, bijvoorbeeld als ze zien dat het super druk is aan het onthaal.*

Tenslotte ervaren de geïnterviewde onthaalmedewerkers een groot samenhorigheidsgevoel tijdens deze coronapandemie (we gaan er allemaal samen door). Iedereen in het centrum steunt elkaar en ze zoeken samen naar manieren om te ontladen.

4. Levenslang lerende

Een onthaalmedewerker moet de attitude hebben om te willen **bijleren**. Dit gaat onder andere over communicatieve zaken, veerkracht en de meer technische aspecten (zoals het werken met computersystemen).

Opleidingen worden georganiseerd door FeBi (Vereniging van de Federale en Bicommunautaire Sociale Fondsen van de non-profit sector), VWGC (Vereniging van Wijkgezondheidscentra) en lokale initiatiefnemers (zoals bijvoorbeeld de onthaalverantwoordelijke van een WGC).

Er worden opleidingen georganiseerd rond veerkracht, omgaan met boze patiënten, communicatie aan het onthaal, omgaan met emoties van patiënten, gezondheidsvaardigheden, omgaan met psychiatrische patiënten en nog zo veel meer.

Verschillende onthaalmedewerkers hebben aangegeven recent overgestapt te zijn naar een nieuw medisch programma en/of agendasysteem. Ze merken op dat dit soort transities gepaard gaat met een leercurve en de nodige groeipijnen met zich meebrengt.

Als we het over IT hebben, (leven we wel in) een tijd waarin alles snel moet gaan en snel verandert, ook met de COVID. Dan is dat wel nodig dat je die mensen daarin mee kan trekken.

Er is op heden geen minimum vereiste qua aantal opleidingen die een onthaalmedewerker per jaar moet volgen. In sommige wijkgezondheidscentra trachten ze elk jaar minstens één opleiding te volgen, al wordt opgemerkt dat dit onder invloed van COVID niet steeds gelukt is. De onthaalmedewerkers houden meestal zelf in de gaten welke opleidingen georganiseerd worden. Soms worden ze ook door de onthaalverantwoordelijke op bepaalde opleidingen gewezen, al dan niet naar aanleiding van een functioneringsgesprek.

Uit de interviews is ook gebleken dat de onthaalmedewerkers het fijn vinden om collega's van andere wijkgezondheidscentra tegen te komen bij zo'n opleidingen en ervaringen te kunnen uitwisselen over hoe zij bepaalde dingen aanpakken of ervaren.

Wanneer een **nieuwe onthaalmedewerker start**, streven alle deelnemende WGC's ernaar dat zij de algemene opleiding tot onthaalmedewerker van de VWGC volgen. Elk centrum dat deelnam aan het onderzoek beschikt ook over een uitgebreide handleiding voor de onthaalmedewerkers. Hierin staat stap voor stap uitgelegd wat van hen verwacht wordt en welke regels er gelden per discipline.

We hebben heel veel regels aan het onthaal van een team hulpverleners. Dat team wil het zo, de kinesist wil het zo, de verpleging wil het zo, de artsen willen het zo, de diëtiste zeiden dit. Elke discipline heeft andere regels en die moet het onthaal allemaal kennen, die moet je allemaal kunnen toepassen, die moeten allemaal in je hoofd zitten.

Iemand die vraagt voor een afspraak bij de kinesist, dan weten we al: die zetten we op de wachtlijst van de kiné. Iemand die bij de verpleging belt voor een afspraak, plannen wij zelf in. Iemand die voor COVID belt: onder de 6 jaar mogen we ze nog zelf inplannen, boven de 6 jaar niet. Bij geestelijke gezondheidszorg is het dan weer op een taak zetten en niet zelf inplannen. Zo zijn er heel wat regeltjes. Die we zelf ook vaak vergeten, want het is onmogelijk om alles continu te onthouden.

Daarnaast is het vooral een **opleiding in het werkveld** (al doende leren). In de meeste wijkgezondheidscentra wordt gestart met uitleg over het concept van wijkgezondheidscentra en de huisregels van het betreffende centrum. Nadien volgt een periode van observatie. Tijdens deze periode

krijgen de nieuwe onthaalmedewerkers meer inzicht in de werking van het centrum, agendabeheer, medisch programma, … .

Na deze periode van observatie gaan de nieuwe onthaalmedewerkers steeds meer zaken zelf doen. Hierbij worden ze intensief begeleid door een andere onthaalmedewerker die bij hen zit, meeluistert en bijstuurt wanneer nodig. Naarmate de nieuwe onthaalmedewerker zelf aangeeft dat hij/zij er klaar voor is, wordt deze dan steeds meer los gelaten.

Dan is dat gewoon een paar weken lang als derde persoon aan de balie zitten en observeren, Nog geen telefoons opnemen, gewoon dat computer programma leren kennen en mee helpen aanduiden als iemand komt. (…) En dan begint dat al een keer met een adreswijziging of een telefoonwijziging. Zodat je het programma wat onder de knie hebt.

Meer en meer gaan we dan oefenen met de telefoon. Dan doen wij dat in een apart lokaal (…). Dat begint met zelf telefoons doen en op speaker zetten zodat zij kunnen meeluisteren. En dan gaandeweg gaan zij dan de telefoon opnemen en zitten wij er naast en kunnen we nog overleggen. Zet je telefoon een keer op stil en zeg ik van 'vraag nog een keer dat en vraag nog een keer dat' en zo gaandeweg worden zij daarin gerold.

Er blijft echter steeds iemand in de buurt waarbij ze terecht kunnen met hun vragen. Uit de interviews is gebleken dat het belangrijk wordt bevonden dat een startende onthaalmedewerker steeds vragen stelt en durft te stellen wanneer hij/zij twijfelt. Vaak krijgen ze ook een buddy, een andere onthaalmedewerker, waarop ze kunnen terugvallen en alles aan kunnen vragen.

In het begin moeten zij het gevoel krijgen dat ze alles, maar dan ook alles, mogen vragen. (…) Dat ze niet zomaar solo slim dingen beginnen op te lossen omdat ze denken 'oh mijn collega is te druk bezig, ik durf het nu niet vragen'. Nee, het is heel belangrijk dat ze weten, je mag hier alles doen, maar wanneer je twijfelt moet je het wel vragen. Die garantie moeten wij ook wel hebben.

De geïnterviewden geven aan dat het toch zeker zes tot twaalf maanden duurt alvorens een starter volledig ingewerkt is tot een volwaardige onthaalmedewerker. Die tijd is nodig om het takenpakket en alle moeilijkheden die erbij komen kijken, te doorlopen. Er zijn namelijk veel zaken waarmee rekening moet worden gehouden en het duurt zijn tijd alvorens deze goed ingebakken zijn.

Na een half jaar ben je al wel goed ingewerkt en na 12 maanden heb je dan elk seizoen een keer gehad. Elk seizoen brengt toch zijn eigen projecten mee.

In de **toekomst** is er mogelijks een rol weggelegd voor de onthaalmedewerkers om meer en meer aan medische triage te doen. In sommige centra hebben de onthaalmedewerkers hierover al een (korte) opleiding gekregen van één van de artsen (met o.a. alarmsignalen en welke vragen gesteld moeten

worden om zeker te weten of iets dringend is of niet). De geïnterviewden geven aan dat hun functie vermoedelijk in die richting zal evolueren, maar dat hiervoor nog extra stappen noodzakelijk zijn.

Ik voel wel dat daar toch vraag naar is, dat het onthaal toch meer triage gaat doen. Ik denk dat dat de toekomst wordt, daar naar toe werken. (…) Dan gaan we opleidingen moeten volgen. Dan moeten al onze onthaalmedewerkers echt een serieuze cursus triage krijgen. En dan gaan we ons onthaalpersoneel misschien ook op een andere manier screenen. Dan ga je toch ergens een klein beetje medische achtergrond moeten hebben, denk ik.

5. Zorgverlener / gezondheidsbevorderaar

Onthaalmedewerkers vertolken een belangrijke rol als zorgverlener. Zij hebben een nauw persoonlijk contact met de patiënten en dragen op verschillende manieren bij tot hun gezondheid. Zij vormen een eerste aanspreekpunt, trachten patiënten zo goed mogelijk verder te helpen en bieden een luisterend oor. Daarnaast hebben zij ook oog voor de noden van hun collega's-hulpverleners en trachten zij hen, in de mate van het mogelijke, zoveel mogelijk te ontlasten.

Als eerste aanspreekpunt zijn de onthaalmedewerkers verantwoordelijk voor de verwelkoming van patiënten. Ze trachten daarbij steeds een **vriendelijke en open houding** aan te nemen, ondanks de drukte van dat moment. Andere belangrijke attitudes van de onthaalmedewerker als zorgverlener zijn **geduldig zijn en oplossingsgericht denken**. Ze blijven samen met de patiënt zoeken naar een oplossing waar beide partijen zich in kunnen vinden.

Je moet een soort openheid creëren van 'Gij zijt welkom bij mij'. 'Kom maar, ik wil luisteren naar u, zeg het maar'. Ondanks dat je heel veel andere dingen te doen hebt hé. Je hebt soms echt zodanig veel werk, soms kijk ik ook en zeg dan 'oh ja, er staat hier iemand, zeg het maar'. Maar dan moet je dan nog het gevoel kunnen geven, oké, 'ik heb het gehoord en ik wil er iets voor doen'.

Zoals ook eerder besproken werd, is de patiëntenpopulatie van de wijkgezondheidscentra bij uitstek een kwetsbare populatie. Uit de interviews is dan ook gebleken dat de onthaalmedewerkers het belangrijk vinden de patiënten telkens zoveel mogelijk vooruit te helpen. Dit zie je ook terugkomen in de mate waarin onthaalmedewerkers moeite doen om patiënten tegemoet te komen op vlak van communicatie, zoals hierboven beschreven.

Wat kunnen wij doen vanuit het onthaal om die mensen verstaanbaar hun vraag te laten stellen. Wat hebben die nodig? En ook, wat kunnen wij doen om ervoor te zorgen dat ze op een hoger niveau geraken. Want er zijn patiënten die soms jarenlang, twee keer per week bij ons aan het onthaal staan. (…) Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat die vaste patiënten toch een klein beetje vooruit geraken.

Daar ze zich bewust zijn van de kwetsbaarheid van hun patiëntenpopulatie hebben de onthaalmedewerkers tijdens deze coronapandemie ook veel **praktische aspecten** op zich genomen. Ze helpen patiënten met het inboeken en plannen van testafnames, vaccinaties, regelen het vervoer en dergelijke meer. Ook hieruit blijkt hun rol als zorgverlener en de mate waarin ze bijdragen aan de gezondheid van hun patiënten.

Alles rond vaccinaties en van testen namen wij echt wel op. En dat je dan in andere huisartsenpraktijken waarschijnlijk niet hebt he, zo iemand die dat voor die patiënten gaat doen. Dat is gewoon omdat wij zo een kwetsbaar publiek hebben. Dat is niet gemaakt voor hen, efkes een 14-cijferige code intypen op internet en daar dan een (afspraak plannen). We zijn ook blij dat wij dat kunnen doen voor die patiënten, maar dat komt er wel zo allemaal bovenop.

Er zijn ook veel mensen die aan het onthaal hun persoonlijk leven beginnen te vertellen. Ten treurnis van de onthaalmedewerkers is er echter niet altijd de mogelijkheid om tijd te nemen voor de eenzaamheid van patiënten. Het is hen opgevallen dat dit extra bemoeilijkt word door de toenemende werkdruk.

Zeker nu in de coronaperiode, die telefoon bleef rinkelen, dus dan heb je eigenlijk minder tijd dan dat ik vroeger had om af en toe eens een babbeltje met de mensen te doen. Dat is iets dat wel veranderd is door de tijd heen, daar was vroeger meer ruimte voor en nu eigenlijk niet.

Ervaren onthaalmedewerkers geven aan dat ze na een tijdje hun patiënten beginnen te kennen en ze ontwikkelen een ‘niet-pluis’ gevoel. Ze zijn alert voor signalen die ze opvangen uit de wachtzaal en merken het op wanneer patiënten anders reageren dan ze gewend zijn.

Wat ik onlangs nog heb meegemaakt is dat er een vader met zijn zoontje in de wachtkamer zat en de afspraak was eigenlijk voor de vader. Ik zag die kleine eigenlijk voortdurend krabben, krabben, krabben. Dus ik heb dan een chat gestuurd naar de dokter van je moet ook eens naar die kleine kijken want die zit hier voortdurend te krabben. Omdat zij dat ook niet altijd zien en wij hebben toch momenten dat ze wat langer in de wachtzaal zitten soms en wij toch wel wat dingen opvangen.

Uit de interviews is gebleken dat onthaalmedewerkers het belangrijk vinden om zoveel mogelijk hulpvragen zelf te kunnen behandelen en daarbij zo weinig mogelijk andere hulpverleners te belasten. Zo gebeurt het dat ze, voornamelijk naar aanleiding van de COVID vaccinaties, ook wel eens medisch advies geven. Ze zouden dit graag op meerdere vlakken en meer momenten willen doen.

Bijvoorbeeld nu met die vaccinaties, krijgen we mensen die bellen van, die hebben dan hun vaccin gisteren gehad en dan vandaag voelen ze zich een beetje grieperig, en dan willen ze een dokter zien. Nu proberen we echt wel aan het onthaal te zeggen, ondanks dat dat eigenlijk wel medisch advies is, wat we eigenlijk niet mogen doen, maar in de triagecentra of in de vaccinatiecentra doen ze het ook, zeggen van 'ja kijk dat is normaal, als het na twee dagen nog niet over is neem opnieuw contact met ons op, neem een pijnstiller'. Dat zou goed zijn om dat op meer vlakken, om dat op meer momenten te doen. Dat het onthaal niet voor ieder klein dingetje iemand van de ondertussen al overbelaste hulpverlening moet inschakelen. Dat zou wel fijn zijn.

De onthaalmedewerkers geven aan dat dit deel van hun job veel voldoening geeft. Het **zorgen, ondersteunen, iedereen op dezelfde manier behandelen** (ook mensen die boos zijn en boos bellen) is een belangrijk onderdeel van hun werk. Ze trachten elke keer opnieuw heel rustig naar de patiënt te luisteren en proberen deze op één of andere manier te helpen.

Deze taken als zorgverlener en het feit dat ze veel kunnen betekenen voor mensen, beïnvloedt hun jobbeleving op een positieve manier. Hierdoor voelen ze zich gesterkt in van het belang hun job. Ook het **menselijk contact** is voor hen een **bron van voldoening**. Eén van de onthaalmedewerkers gaf zelfs aan dat ze zich door haar job meer geïntegreerd voelt in de (multiculturele) buurt waar ze woont.

Zeker ook in de buurt waar ik nu woon, het is echt wel een hele multiculturele buurt, en ook dat vind ik eigenlijk ook wel zeer plezierig. (…) Vroeger (…) als ik hier op straat rondliep, dan was het alleen maar goeiendag zeggen tegen de Belgen op straat maar nu is het eigenlijk tegen jan en alleman. Ik voel mij meer geïntegreerd dan voorheen. Ik ben deel van deze buurt geworden waar ik nu woon, maar ook waar ik andere mensen met allerlei achtergronden goeiendag zeg en dat vind ik wel aangenaam.

6. Functieomschrijving (IFIC)

Met betrekking tot de functieomschrijving (IFIC) werd relatief weinig input bekomen. Alle geïnterviewde onthaalmedewerkers hebben aangegeven dat de functieomschrijving overeenkomt met het werk dat zij in realiteit uitvoeren. Al merkten ze wel op dat een deel van de beschreven taken doorgeschoven waren naar andere diensten binnen het WGC (zoals bijvoorbeeld het opvolgen van betalingen, beheer van voorraad, …). Daarnaast gaven ze aan dat enkele beschreven taken totaal verouderd zijn (zoals bijvoorbeeld faxen).

Enkele van de geïnterviewde onthaalmedewerkers bekritiseren dat de IFIC er niet in slaagt om de complexiteit van de job te illustreren.

Al die taken, dat klopt wel, maar dat lijkt allemaal zo schoon en simpel. Ik denk dat de moeilijkheid is dat al die taken tegelijkertijd gebeuren. Moest je gewoon mogen scannen een uurtje, en dat is je taak, ja. Of een keer een uurtje dossiers aanpassen. Maar het is alles door elkaar. Die vier à zes uur lang moet je gewoon continu alert zijn. Ik denk dat dat de moeilijkheid van de job maakt, en dat

komt niet tot uiting in de functieomschrijving. Omdat alles is zo schoon onder elkaar opgesomd staat. En als je dat leest dan denk je, 'dat kan eigenlijk niet zo moeilijk zijn'.

Wij vinden dat er niet veel verdieping staat in de functieomschrijving. En het is juist die verdieping die het zo druk maakt. Met drie dingen tegelijk bezig zijn, heel veel vraagverheldering omdat het ook een moeilijke populatie is, … Wij hebben zo het gevoel als je soms zegt 'ik ben onthaal-medewerker' dat mensen denken dat je rustig zit en af en toe een keer iemand aanklikt. Maar hier is dat totaal niet het geval. (…) Er zijn hier zo veel haken en ogen waardoor het complexer wordt. En dat vinden we minder terug in die IFIC-omschrijving.

Eén van de geïnterviewde onthaalmedewerkers geeft ook aan dat de mate van complexiteit ertoe leidt dat men, in de zoektocht naar nieuw onthaalpersoneel, specifiek vraagt naar bachelor profielen. Op heden worden de onthaalmedewerkers echter niet verloond volgens bachelorniveau.

Bij het merendeel van de huidige aanwervingen van nieuwe onthaalmedewerkers is het gevraagde opleidingsniveau dan ook 'bachelor of gelijkwaardig'. Dit komt echter niet overeen met het huidig IFIC-barema (12) van een onthaalmedewerker in een WGC. We zien dat de andere bachelors in huis (verpleging, maatschappelijk werk, …) in een IFIC-barema van 14 zitten. Er stromen nu heel veel bachelors in bij het onthaal, maar wij blijven op die categorie 12. En daar vinden we dat dat eigenlijk niet consequent is. Je trekt een bepaald niveau bewust aan, maar de categorie komt er niet mee overeen.

Discussie

Het doel van deze masterproef was om aan de hand van interviews te achterhalen hoe onthaalmedewerkers hun werk doen en welke taken zij toebedeeld krijgen. Er werd gepeild naar dagelijkse werking, functieomschrijving (IFIC), jobtevredenheid en uitdagingen in de job.

Uit de dertien online uitgevoerde interviews is duidelijk gebleken dat onthaalmedewerkers een uitgebreid en gevarieerd takenpakket op zich nemen. Door de toenemende druk op de eerste lijn krijgen onthaalmedewerkers ook meer klinisch georiënteerde taken toegewezen, zoals telefonische triage.

De invulling van hun job wordt dan ook bepaald door een grote verscheidenheid van factoren. Ze moeten in staat zijn hun werk en hun veelzijdige verantwoordelijkheden te **organiseren** en **structureren**, daar deze vaak op een chaotische manier op hen afkomen. Belangrijk daarbij is dat ze in staat zijn tot adequaat **communiceren** en **samenwerken**. Ze moeten een attitude hebben van **bijleren** en op de hoogte willen blijven. Tenslotte fungeren ze ook als **zorgverlener** naar patiënten en naar collega-zorgverleners toe.

1. Een uitgebreid scala aan taken

Zoals hierboven reeds meermaals vermeld, krijgen onthaalmedewerkers een uitgebreid pakket aan taken en verantwoordelijkheden aan zich toegewezen. Omwille van de toenemende druk op de eerste lijn gaan onthaalmedewerkers steeds meer klinisch georiënteerde taken aan zich toegewezen krijgen. Dit kan enerzijds gaan over telefonische triage, maar ook over het verstrekken van herhalings-voorschriften en meedelen van klinische informatie [1,3,6,8].

Deze eerste twee aspecten komen ook effectief uitgebreid aan bod in de interviews. Voor het **meedelen van klinische informatie** gaan de geïnterviewde onthaalmedewerkers de patiënten echter steeds doorverwijzen naar de huisarts. Het meedelen van resultaten brengt vaak tal van vragen met zich mee, waar een onthaalmedewerker niet steeds de juiste antwoorden voor klaar heeft, wat op zijn beurt kan leiden tot ongerustheid bij patiënten, zoals ook beschreven in een studie van Burrows et al (2017). Het lijkt ook niet relevant om dergelijke taken in de toekomst aan onthaalmedewerkers toe te kennen, aangezien daarvoor uitgebreide medische achtergrondkennis noodzakelijk is.

Het afleveren van **herhaalvoorschriften**, zijnde dus zonder consultatie, is een aspect dat sinds de start van de COVID-19 pandemie ook in de Belgische context binnengeslopen is. Eerder onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk heeft aangetoond dat hier met veel voorzichtigheid mee moet omgesprongen worden, in kader van mogelijke communicatiefouten en leidend tot het voorschrijven van foutieve medicatie [3]. Het is in de bovengenoemde studie niet duidelijk of het effectieve voorschrijven door de onthaalmedewerker dan wel door de arts gebeurt. Ook inzicht op het breder wettelijk kader ontbreekt. Uit de interviews blijkt dat de onthaalmedewerkers enkel de informatie m.b.t. de voor te schrijven medicatie doorgeven, maar niet zelf het voorschrift opmaken. Daarnaast mag het enkel gaan over geneesmiddelen die terug te vinden zijn in de actuele medicatielijst van de betreffende patiënt.

De uiteindelijke verantwoordelijkheid van de voorschriften ligt dus nog steeds bij de arts. De vraag dringt zich op of hiervoor vandaag een adequaat wettelijk kader bestaat in België.

Telefonische triage is zeker en vast een belangrijk onderdeel van het werk dat onthaalmedewerkers doen. Het grootste deel van deze triage spitst zich echter toe op het organisatorisch vlak: het scheiden van patiëntenstromen in deze tijden van COVID-19 pandemie. Om hiertoe te komen, gaan de onthaalmedewerkers hoofdzakelijk navragen of een patiënt al dan niet infectieuze klachten vertoont. De geïnterviewde onthaalmedewerkers gaven echter aan op dit moment geen verantwoordelijkheden op te nemen op vlak van medische triage. Wanneer een patiënt niet akkoord gaat met de timing van een mogelijke afspraak, wordt de casus doorgegeven aan een arts, die dan de inschatting zal maken of de patiënt effectief diezelfde dag nog gezien moet worden. Hetzelfde geldt voor patiënten waarbij de onthaalmedewerker een 'niet-pluis' gevoel heeft. Dit blijkt ook uit een eerdere studie van Neuwelt et al (2014) waarbij de deelnemende onthaalmedewerkers aangeven afhankelijk te zijn van verpleegkundigen en artsen om de urgentie van de hulpvraag van een patiënt in te schatten.

De geïnterviewde onthaalmedewerkers gaven echter wel aan bereid te zijn een grotere verantwoordelijkheid op te nemen in medische triage, op voorwaarde dat ze hiertoe een adequate opleiding zouden krijgen. In kader van de verder toenemende druk op de eerstelijnsgezondheidszorg lijkt het inderdaad opportuun en interessant om onthaalmedewerkers een grotere rol te laten opnemen op vlak van medische triage. Hiervoor moeten zij echter in staat zijn om urgente van niet-urgente zaken te onderscheiden. Het hebben van medische achtergrondkennis zou daarbij een basisvereiste kunnen zijn. Daarnaast zullen opleidingen moeten georganiseerd worden om de onthaalmedewerkers te leren hoe ze te werk moeten gaan en welke vragen ze moeten stellen. Wanneer de onthaalmedewerkers weten welke vragen ze moeten stellen, moeten ze ook nog leren hoe ze de antwoorden van patiënten moeten interpreteren. Patiënten zijn namelijk niet steeds in staat hun eigen klachten correct te interpreteren of verwoorden. Daarnaast kan de bovengenoemde uitdaging van de taalbarrière een bijkomend probleem vormen om aan goede triage te kunnen doen.

Alvorens onthaalmedewerkers in de toekomst een ruimere rol kunnen opnemen binnen de telefonische triage lijkt het aangewezen dat er extra onderzoek wordt gedaan naar noodzakelijke randvoorwaarden om dit op een veilige manier te kunnen implementeren. Is het belangrijk dat onthaalmedewerkers een medische achtergrond hebben? Of kan iemand zonder medische kennis zich de finesses van triage ook eigen maken? Welke aspecten dienen aan bod te komen in een eventuele opleiding? Wat is de impact van taalbarrière op een betrouwbare triage? Het kan interessant zijn hiervoor verder onderzoek te doen naar de manier waarop buurlanden telefonische triage hebben verwezenlijkt, zoals bijvoorbeeld Nederland en Denemarken waar telefonische triage reeds in ruimere mate geïmplementeerd is.

2. Gebrek aan gespecialiseerde opleiding

Onthaalmedewerkers genieten het grootste deel van hun 'opleiding' in het werkveld. Dit werd reeds gesuggereerd in de literatuur en werd bevestigd in de interviews. De Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) organiseert een algemene opleiding tot onthaalmedewerker en verzorgt ook bijscholingen. De deelnemende WGCa streven ernaar dat elke startende onthaalmedewerker deze basisopleiding kan volgen. Hierdoor krijgen ze toch een bredere basis m.b.t.

communiceren, omgaan met patiënten, … De vraag dringt zich op hoe de opleiding van een nieuwe onthaalmedewerker en het bijscholen van een actieve onthaalmedewerker georganiseerd wordt in een 'gewone' huisartsenpraktijk. Is daar ook een overkoepelende organisatie aanwezig die zich hiervoor inzet? Indien dit niet het geval is, is het dan opportuun dat dergelijke organisatie in het leven geroepen wordt? Dit lijkt een belangrijke randvoorwaarde om het beroep van onthaalmedewerker verder te professionaliseren over de volledige eerste lijn.

3. Jobbeleving

De manier waarop de geïnterviewde onthaalmedewerkers hun job beleven kent enige variabiliteit. Over het algemeen geven ze een zeer positief beeld weer van hun job. Al vermelden ze ook enkele factoren die hun job uitdagend en soms zelfs moeilijk of stresserend maken.

De positieve aspecten van hun job vinden ze zelf hoofdzakelijk terug in de **zorgende rol** die ze opnemen, wat bevestigd wordt in een studie van Neuwelt et al (2015). Ook de **variabiliteit en diversiteit**, het feit dat ze niet weten wat de dag zal brengen, dragen daar in belangrijke mate aan bij. Ze vinden het fijn om met mensen te werken en hun dankbaarheid geeft voldoening. Reeds in 1999 hadden Eisner et al dezelfde bevindingen genoteerd. Ondanks het steeds evolutieve aspect van de job 'onthaalmedewerker' blijven deze factoren in de loop der jaren overeind.

De **onderlinge samenwerking** binnen het wijkgezondheidscentrum wordt als zeer fijn ervaren, zowel binnen het onthaalteam als naar de zorgverleners toe. Er is geen hiërarchie tussen het personeel en de onthaalmedewerkers voelen zich gerespecteerd door hun collega's. Dit aspect daarentegen vertoont wel een duidelijke evolutie ten opzichte van de bovengenoemde studie uit 1999, waar de onthaalmedewerkers aangegeven hadden dat de artsen de druk en complexiteit van hun job niet erkenden [11].

De hoge werkdruk en soms veeleisende patiënten zijn dan weer aspecten die de job soms bemoeilijken. De hoge werkdruk laat zich vooral voelen door het hoge aantal telefonische oproepen en het feit dat onthaalmedewerkers simultaan moeten reageren op veel verschillende impulsen.

Onthaalmedewerkers zijn vaak genoodzaakt om te **multitasken**. Cognitieve processen verlopen echter serieel, dus het betreft in realiteit eerder een continu switchen tussen verschillende taken. Hierdoor wordt het algehele proces vertraagd en is er een grotere kans op het maken van fouten. Continue afleidingen, onderbrekingen en verschillende externe stimuli verstoren de aandacht en zorgen voor een extra vertragende en verstorende factor [6].

In sommige gevallen kunnen onderbrekingen ook een positieve invloed hebben op een uit te voeren taak: wanneer informatie gedeeld wordt (dewelke noodzakelijk is voor de goede afhandeling van de taak) en een ander perspectief gevraagd wordt. Een hogere variabiliteit kan veel voldoening geven, maar kan er anderzijds ook toe leiden dat de onthaalmedewerker zich overweldigd voelt [6].

Enige mate van multitasken zal steeds bestaan binnen het werk dat een onthaalmedewerker doet. Er kan misschien echter wel bekeken worden of een schaal van prioriteit kan toegekend worden aan de verschillende taken. Het kan zinvoller zijn bepaalde taken te behouden voor een rustiger moment (zoals het inscannen en doormailen van attesten). Zo kan het werk van de onthaalmedewerker

misschien ook opgedeeld worden in patiëntencontact en administratie. Mogelijks gaat elk individueel aspect op die manier zelfs op meer kwalitatieve manier kunnen uitgevoerd worden?

Onthaalmedewerkers worden dagelijks geconfronteerd met **veeleisende patiënten**. Meestal gaat het hier om patiënten die ongeduldig zijn en sneller geholpen willen worden. Soms voelen de onthaalmedewerkers zich dan ook gewrongen tussen de wensen van de patiënt en de wensen van de zorgverleners, deze vorm van sociale frictie wordt ook beschreven in een studie van Litchfield et al (2016). Wanneer een patiënt effectief boos is, trachten ze door middel van geweldloze communicatie de situatie te bekoelen. Hiervoor hadden alle geïnterviewde onthaalmedewerkers al eens een opleiding gevolgd. Vraag is echter of dergelijke opleiding ook voorhanden is voor andere onthaalmedewerkers uit de eerste lijn? (Zoals hierboven ook reeds aangehaald werd.)

Het **communicatieve** aspect van de job wordt tegelijk als fijn en als uitdagend ervaren. Wanneer de communicatie moeizaam verloopt, kan dit soms een bron van frustratie zijn. Aangezien de wijkgezondheidscentra een hoog aantal patiënten van buitenlandse origine hebben, moeten de geïnterviewde onthaalmedewerkers frequent op zoek gaan naar alternatieve communicatie-methodieken. Het varieert naargelang onthaalmedewerker of ze dit net fijn en uitdagend vinden op een positieve manier of dat ze dit eerder als een last ervaren.

4. Functieomschrijving (IFIC)

Bij het opzetten van de studie werd verwacht dat de evaluatie van de functieomschrijving (IFIC) één van de zwaartepunten van de interviews zou worden. Er werd hier echter relatief weinig input over gegeven. Mogelijke verklaringen hiervoor worden besproken in het volgende hoofdstuk.

De geïnterviewde onthaalmedewerkers gaven aan dat ze akkoord zijn met de taken die in de functieomschrijving worden opgesomd. Binnen bepaalde wijkgezondheidscentra zijn enkele taken doorgeschoven naar andere diensten. Zoals bijvoorbeeld het opvolgen van betalingen, dat in sommige centra door de dienst facturatie gebeurt. Met dergelijke kleine verschillen tussen de WGCa kan natuurlijk weinig rekening gehouden worden bij een eventuele update van de functieomschrijving. Anderzijds kunnen verouderde handelingen, zoals faxen, wel geschrapt worden.

De beperkte kritische input die gegeven werd, behandelde vooral de complexiteit van de job die niet voldoende geëxpliciteerd wordt in de functieomschrijving. Wanneer men de lijst aan taken van de functieomschrijving doorneemt, zou men snel kunnen denken ‘dat kan ik ook’. Bij het lezen van de IFIC krijg je namelijk weinig voeling met de realiteit van de job, zijnde dat al deze taken relatief tegelijkertijd op jou afkomen.

Deze extra dimensie aan de taakinvulling leidt ertoe dat in sommige centra specifiek gezocht wordt naar onthaalpersoneel met een bachelor opleiding. De verloning komt echter niet overeen met die van een bachelorprofiel.

Dit onderzoek zou kunnen voorgelegd worden aan de instantie die de IFIC functieclassificatie en het daarbij horende loonbarema bepaalt. Hierdoor kan men meer diepgaande inzichten verwerven in de job(beleving) aan het onthaal. Indien daarbij verdere vragen rijzen is het opportuun deze eerst verder te onderzoeken, alvorens grote aanpassingen door te voeren.

5. Sterktes en zwaktes van de studie

De hoofdonderzoeker van deze studie had voorafgaand geen ervaring met het opzetten, uitvoeren en analyseren van interviews. Dit kan ertoe geleid hebben dat de kwaliteit van de interviews of analyse suboptimaal is. Het is mogelijk dat er onvoldoende diepgaand werd doorgevraagd op heikele punten. De onderzoeker heeft echter wel een medische achtergrond wat hielp om mee te denken vanuit de context van een eerstelijnspraktijk.

Aan de hand van de input die verkregen werd vanuit de interviews, werd geopteerd de scope van de studie ruimer te nemen. Initieel werd beoogd het in de interviews vooral te hebben over telefonische triage. Het werd echter al snel duidelijk dat de onthaalmedewerkers dit momenteel niet op een formele, georganiseerde manier doen. Er gebeurt veel organisatorische triage, m.b.t. de scheiding van patiëntenstromen, maar medische triage blijft op dit moment grotendeels achterwege. Anderzijds kwamen de andere verantwoordelijkheden van de onthaalmedewerkers ruim aan bod.

Voor deze studie zijn dertien onthaalmedewerkers vanuit de Vlaamse wijkgezondheidscentra geïnterviewd. Het betreft een kleinschalige studie en werd enkel binnen WGC's uitgevoerd. De wijkgezondheidscentra hebben een specifieke organisatiestructuur, die mogelijks afwijkt van de structuur van een reguliere huisartsenpraktijk. Om deze redenen kunnen de bevindingen van deze studie niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar andere WGC's, laat staan naar de ruimere eerste lijn. Het lijkt opportuun de rol van onthaalmedewerkers verder in kaart te brengen binnen het ruimere landschap van de eerste lijn.

De COVID-19 pandemie waarmee we sinds 2020 geconfronteerd worden, heeft een impact gehad op het werk dat onthaalmedewerkers doen. De impact ervan zie je terugkomen in alle beschreven rollen. Met name op vlak van extra taken en het constant herorganiseren en bijsturen van de dagelijkse werking (onthaalmedewerker als organisator). De impact lijkt misschien minder groot te zijn dan initieel verwacht werd. Dit is mogelijks te wijten aan het feit dat de interviews afgenomen werden in de zomer van 2021. Deze periode situeert zich tussen de tweede en derde COVID-19-golf in België. Mogelijks heeft deze timing ertoe geleid dat de geïnterviewden al een beetje gerecupereerd waren van de eerste schok die COVID in het zorglandschap heeft teweeggebracht.

De Vereniging van Wijkgezondheidscentra krijgt echter verschillende signalen dat het toch allemaal niet zo vlot loopt. In tegenstelling tot wat uit de interviews blijkt, zijn er toch verschillende frustraties in het werkveld. Mogelijks is er een selectiebias opgetreden bij het rekruteren voor de interviews, aangezien deelname op vrijwillige basis was. Zo kan het zijn dat onthaalmedewerkers die zich heel erg overwerkt voelen of ontevreden zijn, minder geneigd waren in te gaan op de uitnodiging voor een interview. Anderzijds is het mogelijk dat de deelnemende onthaalmedewerkers zich gehoord voelden en niet wilden klagen en op die manier sociaal wenselijk gedrag vertoonden.

Besluit

Onthaalmedewerkers zijn als eerste aanspreekpunt een spilfiguur en drempelverlagende factor in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ze functioneren als buffer én als schakel tussen de patiënt, de huisarts en andere zorgverleners. Ze nemen een uitgebreid en gevarieerd takenpakket op zich, teneinde de zorgverleners zoveel mogelijk te ontlasten. Ze beantwoorden telefonische oproepen en plannen afspraken, ze klasseren documenten en onderhouden medische dossiers, ze melden patiënten aan, ze overhandigen documenten, herhaalvoorschriften en ze doen nog zo veel meer. Daarenboven komen de verantwoordelijkheden ook vaak op een chaotische manier op hen af. Hierdoor moeten ze frequent switchen tussen verschillende taken, wat veel concentratie en inspanning vergt. Ze moeten in staat zijn structuur en overzicht te behouden teneinde hun job correct te kunnen uitvoeren.

Door de toenemende druk op de eerste lijn gaan onthaalmedewerkers steeds meer klinisch georiënteerde taken aan zich toegewezen krijgen. Uit de interviews komt hierbij voornamelijk het aspect van telefonische triage naar voor. Op heden betreft het vooral een triage op organisatorisch vlak: het scheiden van patiëntenstromen in tijden van COVID-19 pandemie. Ze nemen momenteel geen taak op binnen de medische triage. De geïnterviewde onthaalmedewerkers gaven echter wel aan bereid te zijn hierin een grotere verantwoordelijkheid op te nemen, op voorwaarde dat ze hiertoe een adequate opleiding zouden krijgen. Alvorens dit te kunnen doen zal extra onderzoek moeten gebeuren naar de randvoorwaarden om dit op een veilige manier te implementeren. Welke (voor)opleiding is noodzakelijk? Wat is de impact van taalbarrière op een betrouwbare triage?

De geïnterviewde onthaalmedewerkers schetsen een overwegend positief beeld van hun jobbeleving. Dit door de zorgende rol die ze opnemen en de variabiliteit en diversiteit die de job met zich meebrengt. Ook de fijne collegiale sfeer op hun werkplek en het menselijk contact geven voldoening. Aspecten die de jobbeleving op een negatieve manier beïnvloeden zijn veeleisende patiënten en de hoge werkdruk, die zich uit in een hoog aantal telefonische oproepen en de relatieve chaotische wijze waarop verschillende taken op hen afkomen. Het communicatieve aspect van de job is zowel een bron van voldoening, alsook soms een bron van frustratie. Deze gegevens dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden en kunnen niet veralgemeend worden, daar rekrutering voor interviews op vrijwillige basis gebeurde.

De uitgevoerde studie draagt bij tot een beter en systematischer beeld van het werk van de onthaalmedewerker in de dagdagelijkse praktijk. De hierboven aangehaalde elementen kunnen een startpunt zijn om ondersteunende maatregelen uit te werken om de professionalisering van dit beroep verder te ondersteunen, zoals bijvoorbeeld op vlak van:

- Aanbevelingen voor het selecteren van het juiste profiel tijdens rekrutering.
- Aanbevelingen voor het aanbieden van (continue) leertrajecten voor onthaalmedewerkers.
- Uitwerken van trajecten om de zorg voor de onthaalmedewerker beter te omkaderen

Referenties

1. Burrows M, Gale N, Greenfield S, Litchfield I. Exploring the clinically orientated roles of the general practice receptionist: a systematic review protocol. Systematic Reviews 2017;6:209.
2. Brant HD, Atherton H, Bikker A, Porqueddu T, Salisbury C, McKinstry B, Campbell J, Gibson A, Ziebland S. Receptionists' role in new approaches to consultations in primary care: a focus ethnographic study. British Journal of General Practice 2018;e478-e486.
3. Litchfield I, Gale N, Burrows M, Greenfield S. Protocol for using mixed methods and process improvement methodologies to explore primary care receptionist work. BMJ Open 2016;6:e013240.
4. Neuwelt PM, Kearns RA, Cairns IR. The care work of general practice receptionists. J Pri; Health Care 2016;B(2):122-9.
5. Neuwelt PM, Kearns RA, Browne AJ. The place of receptionists in access to primary care: Challenges in the space between community and consultation. Social Science & Medicine 2015;133:287-295.
6. Burrows M, Gale N, Greenfield S, Litchfield I. A quantitative assessment of the parameters of the role of receptionists in modern primary care using the work design framework. BMC Family Practice 2020;21:138.
7. Van Bergen J, Huibers L, Vandevelde P, Philips H, Remmen R. Informele telefonische triage in een huisartsenwachtpost. Hoe schatten secretaresses de urgentie in? Huisarts Nu 2013;42:31-5.
8. Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg BH, Winkens RAG, Muijtjens AM, van Rooij HG, Knottnerus JA. De kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten. Huisarts Wet 2009;52(7):326-32.
9. Van Dijk Eef. Telefonische triage: laat diagnostische denktrant los. Huisarts Wet 2013;56(11):570-2.
10. Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007;50:656-9.
11. Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? British Journal of General Practice 1999;49:103-106.
12. Magin P, Joyce T, Adams J, Goode S, Cotter G. General practice as a fortress: Occupational violence and general practice receptionists. Australian Family Physician 2010;39:11.
13. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS: Better standards, better physicians, better care. Beschikbaar via: https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e. Geraadpleegd op 24/04/2022.

Bijlagen

1. Bijlage 1 - Goedgekeurd protocol

Huisartsenpraktijken krijgen veel telefonische oproepen te verwerken. In een groot deel van de praktijken zijn onthaalmedewerkers werkzaam die de telefonische oproepen beantwoorden en doorverwijzen of afhandelen [1]. Hierbij worden zij met variërende hulpvragen geconfronteerd. De taken die de onthaalmedewerkers toebedeeld krijgen, kunnen verschillen van praktijk tot praktijk.

In elke setting worden onthaalmedewerkers onder andere ook geconfronteerd met telefonische triage. Hierbij moet de onthaalmedewerker een inschatting maken van de ernst van een medisch probleem [2]. Daaraan gekoppeld zal hij/zij moeten bepalen of de patiënt gezien moet worden (op consultatie of op huisbezoek) en hoe snel dit dient te gebeuren [3]. In België is hiervoor echter weinig omkadering voorzien, wat in sommige buurlanden wel zo is [1, 4].

In Nederland en Denemarken, bijvoorbeeld, gebeurt de telefonische triage door specifiek daartoe opgeleid personeel. Uit de literatuur blijkt dat dergelijke formele triage leidt tot een daling van het aantal praktijkconsultaties. Dit onder andere op basis van het geven van zelfzorgadviezen en opmaken van een vangnet [1, 4].

Het doel van deze masterproef is om aan de hand van interviews te achterhalen hoe onthaalmedewerkers hun werk doen, welke taken zij toebedeeld krijgen en of daar eventueel ook telefonische triage aan te pas komt. Er wordt gepeild naar jobtevredenheid, gevoel van veiligheid en de mate waarin ondersteuning voorhanden is.

Onder invloed van de huidige context van de coronapandemie komen onthaalmedewerkers steeds meer onder druk te staan. Het lijkt daarom interessant en opportuun in kaart te brengen wat goed loopt en waar eventuele uitdagingen zitten, over de verschillende wijkgezondheidscentra heen. De perspectieven van onthaalmedewerkers en huisartsen worden hiervoor aan de hand van kwalitatieve, semigestructureerde interviews opgespoord (zie Bijlage 4 - Interviewgids). De WGC's worden als uitgangspunt genomen omwille van de uniforme praktijkorganisatie en de aanwezigheid van onthaalmedewerkers. De rekrutering zal gebeuren vanuit de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). Teneinde geïnteresseerde praktijken te identificeren zal een uitnodigingsmail uitgestuurd worden.

Elk interview zal naar schatting ongeveer 60 minuten duren. Bij voorkeur zullen de interviews face-to-face doorgaan. Wanneer de gezondheidssituatie (m.b.t. COVID-19) dit echter niet toelaat of wanneer deelnemers het verkiezen, kan het interview ook virtueel, via een videovergadering, plaatsvinden. Hiervoor zou gebruik gemaakt worden van Microsoft Teams. De audio van de interviews zal worden opgenomen om nadien te worden uitgeschreven en gepseudonimiseerd. Na verwerking worden de opnames vernietigd. De onderzoeksresultaten zullen verwerkt worden o.b.v. thematische analyse. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van NVivo als kwalitatief dataverwerkingsprogramma.

Finaal wordt getracht te achterhalen hoe de onthaalmedewerkers het best worden ingezet en ondersteund, teneinde de zorg voor en door onthaalmedewerkers op een goede en duurzame manier te organiseren.

Referenties

1. Van Bergen J, Huibers L, Vandevelde P, Philips H, Remmen R. Informele telefonische triage in een huisartsenwachtpost. Hoe schatten secretaresses de urgentie in? Huisarts Nu 2013;42:31-5.
2. Derkx HP, Rethans JJ, Maiburg BH, Winkens RAG, Muijtjens AM, van Rooij HG, Knottnerus JA. De kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten. Huisarts Wet 2009;52(7):326-32.
3. Van Dijk Eef. Telefonische triage: laat diagnostische denktrant los. Huisarts Wet 2013;56(11):570-2.
4. Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007;50:656-9.

2. Bijlage 2 - Gunstig advies Ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-09120	NVT	07/12/2020	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Ervaringen met telefonische triage in de Vlaamse Wijkgezondheidscentra: perspectieven van onthaalmedewerkers en huisartsen - MaNaMa De Pestel Emma"

B.U.N.: B6702020001112

* Adviesaanvraagformulier dd. 25/11/2020
* Begeleidende brief dd. 30/11/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 24/11/2020
* Rekruteringsmateriaal Versie 1 dd. 24/11/2020 Uitnodigingsmail
* Protocol Versie 1 dd. 23/11/2020 Interviewgids

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. An De Sutter

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 04/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 04/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 04/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 04/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/12/2020.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/12/2020.

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Caliewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

3. Bijlage 3 - Methodologie literatuurstudie

In februari 2020 werd een eerste verkennende literatuurzoektocht gedaan. De zoektermen 'telephone triage' werden ingebracht in PubMed. Er werd enerzijds gekeken naar de meest recente artikels (most recent), wat 1126 resultaten opleverde. Daarnaast werd ook gekeken naar de meest relevante artikels (best match). Dit leverde 1191 resultaten op.

Opnieuw aan de hand van titel en abstract werden in totaal dertien artikels weerhouden. Via related citations werd nog één extra artikel weerhouden.

De initiële resultaten werden gescreend op basis van titel en abstract, hierbij werden initieel dertien artikels weerhouden. Deze geselecteerde artikels werden nadien volledig gelezen en indien relevant weerhouden voor de literatuurstudie. Hierna werden in totaal vier artikels weerhouden. Een groot deel van de artikels met betrekking tot telefonische triage was te diepgaand en had eerder betrekking op de impact hiervan op de arts (eerder dan op de onthaalmedewerker). Dit valt echter buiten de scope van dit onderzoek.

Er werden geen artikels geëxcludeerd op basis van land van publicatie. Het is echter wel belangrijk de informatie van andere landen in hun context te zien, daar elk land een andere structuur heeft wat betreft de organisatie van de gezondheidszorg.

In mei 2021 werd de literatuurzoektocht ruimer genomen en werden artikels gezocht met betrekking tot alle verantwoordelijkheden die de onthaalmedewerker op zich neemt, en niet enkel het aspect telefonische triage. De gebruikte zoektermen waren 'general practice receptionist' en 'medical receptionist', dit leverde een 200-tal resultaten op. Er werd op dezelfde manier te werk gegaan zoals hierboven beschreven. Na screening van titel en abstract werden dertien artikels weerhouden. Van vier artikels was geen full text beschikbaar, deze vielen dus af. Na het lezen van de overige negen artikels vielen nogmaals twee artikels af. Via related citations werd een bijkomend artikel geselecteerd.

4. Bijlage 4 - Interviewgids

0) Introductie van mezelf en masterproef

1) Vertel eens over het wijkgezondheidscentrum waar je werkt
    a. Grootte (patiënten, artsen, collega's)
    b. Disciplines
    c. …

2) Hoe ziet jouw werkdag eruit?
    a. Verschillende taken en verantwoordelijkheden
    b. Werkdruk
    c. Opleiding
    d. …

3) Met betrekking tot de IFIC functieomschrijving
    a. Wat is van toepassing?
       Wat is niet (meer) van toepassing?
       Wat ontbreekt?
    b. Zijn er taken waar je zelf iets over wil vertellen?
    ⇨ Hier dieper op ingaan adhv achtergrondkennis uit literatuur

4) Jobbeleving
    a. Waarom doe je jouw job graag?
    b. Wat maakt voor jou het verschil / Waar probeer jij het verschil te maken?

5) Op welke uitdagingen bots je bij het uitvoeren van jouw job?
    a. Hoe probeer je hiermee om te gaan? Welke oplossingen zou jij hiervoor aanbrengen? Op welke manier zouden deze uitdagingen, volgens jou, kunnen worden aangepakt?
    b. Welk aandeel heeft de COVID crisis hierin gehad? Zijn er zaken in positieve zin veranderd, die je graag zou behouden?

6) Heb je nog iets toe te voegen / Wil je nog iets kwijt?

5. Bijlage 5 - Informatie- en toestemmingsformulier interview

Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers

Ervaringen met telefonische triage in de Vlaamse Wijkgezondheidscentra: perspectieven van onthaalmedewerkers en huisartsen

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort een uitnodiging ontvangen voor een kwalitatief interview. Dit zal naar schatting ongeveer 60 minuten duren.

De Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg voert een onderzoek uit naar ervaringen met telefonische triage.

Huisartsenpraktijken krijgen veel telefonische oproepen te verwerken. In een groot deel van de praktijken zijn onthaalmedewerkers werkzaam die de telefonische oproepen beantwoorden en doorverwijzen of afhandelen. Hierbij worden zij met variërende hulpvragen geconfronteerd. De taken die de onthaalmedewerkers toebedeeld krijgen, kunnen verschillen van praktijk tot praktijk.

In elke setting worden onthaalmedewerkers onder andere ook geconfronteerd met telefonische triage. Hierbij moet de onthaalmedewerker een inschatting maken van de ernst van een medisch probleem. Daaraan gekoppeld zal hij/zij moeten bepalen of de patiënt gezien moet worden (op consultatie of op huisbezoek) en hoe snel dit dient te gebeuren.

Het doel is om aan de hand van interviews te achterhalen hoe onthaalmedewerkers hun werk doen, welke taken zij toebedeeld krijgen en of daar eventueel ook telefonische triage aan te pas komt. Er wordt gepeild naar jobtevredenheid, gevoel van veiligheid en de mate waarin ondersteuning voorhanden is. De perspectieven van onthaalmedewerkers en huisartsen worden hiervoor opgespoord.

Dit onderzoek vindt plaats onder begeleiding van Dr. Pauline Boeckxstaens, van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, en Jessica Fraeyman en Nele Gerits, van de Vereniging voor Wijksgezondheidscentra.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. De Sutter An.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragen te beantwoorden zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten in de ervaringen met telefonische triage in België.

4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende

of de door hem/haar aangestelde vervanger. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. De Sutter An. Haar onderzoeks-team zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker. ☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker* De Pestel Emma	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) 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.	