Hoe kan de arts-shiftenverdeling tijdens wachtdiensten geoptimaliseerd worden?

Laura Duchi, UGent

Promotor: Prof. De Sutter A., UGent

Co-promotor: Dr. Van de Velde B., UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

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.

Voorwoord

Tijdens mijn opleiding tot huisarts werd ik geboeid door de verschillende visies over de rol van de huisarts in de continuïteit van de zorg. Daaruit groeide het idee om hieraan mijn masterproefonderzoek te wijden. Samen met mijn promotor, copromotor en praktijkopleider kwamen we tot het onderwerp van deze studie. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek leerde ik niet alleen veel bij over het onderwerp en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, maar ik leerde ook de artsen van de regio kennen, samenwerken en ik ontdekte gaandeweg ook meer over mijn eigen identiteit als huisarts en mens achter de huisarts. Dit project was dus op verschillende vlakken een leerrijke uitdaging.

Het uitvoeren van een masterproefonderzoek in combinatie met de praktijkopleiding was niet altijd evident. Op de weg naar het eindproduct kwam ik soms eens wat kiezelsteentjes tegen, dan weer grote rotsblokken. Ik ben dan ook heel dankbaar dat ik onderweg kon rekenen de hulp en ondersteuning van de mensen rondom mij. Ik wil hen hiervoor hartelijk bedanken.

Graag bedank ik de artsen van de huisartsenkring “Huisartsen van ’t Oosten van West-Vlaanderen” voor hun bereidwillige en massale medewerking aan het onderzoek. Zonder hun input was deze studie niet mogelijk geweest.

Daarnaast dank ik ook van harte de wachtpostcoördinatoren An-Sofie Vermeulen en Michel Van Daele. Het grote enthousiasme waarmee zij me vooruit geholpen hebben en meezochten naar oplossingen en ideeën heeft mijn werk een pak lichter gemaakt.

Mijn promotor professor De Sutter en copromotor dokter Van de Velde wil ik eveneens bedanken voor hun adviezen en begeleiding. Ik kon steeds rekenen op vlotte respons en opbouwende feedback, waardoor ik op mijn eigen tempo kon verder werken.

Mijn praktijkopleider dokter Vanclooster verdient meer dan een dankwoord. De opbouwende feedback, oprechte belangstelling, maar vooral de motiverende kracht hebben ervoor gezorgd dat deze masterproef vorm gekregen heeft. Op momenten dat de moed ver te zoeken was, wist hij die terug te vinden.

Als laatste, maar zeker niet het minste, wens ik mijn ouders, zus en broer te bedanken. Zij steunden me niet alleen bij het uitwerken van dit onderzoek, maar zijn doorheen mijn hele groeiproces tot huisarts als een rots in de branding geweest. Ze hebben steeds in me geloofd, ik kon altijd op hun onvoorwaardelijke steun rekenen. Zonder hen was het me niet gelukt.

Inhoudstafel

Abstract 6
Context 6
Methodologie 6
Resultaten 6
Conclusie 6
Inleiding 7
Methodologie 9
Literatuurstudie 9
Vragenlijsten 9
Statistiek 10
Resultaten 11
Literatuurstudie 11
Organisatie zorgcontinuïteit in de eerste lijn 11
Organisatie van een huisartsenwachtpost 12
Welbevinden van de huisarts 13
Huidige situatie België 13
Vragenlijst 14
Demografie en praktijkorganisatie 14
Openingsuren wachtpost, shiftduur en shiftaantal 14
Impact work-life-balance 18
Werken vanuit wachtpost 19
Continuïteit van de zorg 20
Centralisatie van de weekwacht 21
Discussie 22
Openingsuren wachtpost, shiftduur en shiftaantal 22
Work-life-balance 23
Werken vanuit wachtpost 24
Continuïteit van de zorg 24
Sterktes en zwaktes 25
Aanbevelingen 25
Conclusie 27

Bronnen 28
Bijlages 31
Bijlage 1: Oriënterend interview 31
Bijlage 2: Informed consent oriënterend interview 31
Bijlage 3: Vragenlijst 34
Bijlage 4: Informed consent vragenlijst 39
Bijlage 5: Protocol 42
Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie 46

Abstract

Context

In België kampen we met een dreigend huisartsentekort en men ziet ook een toename van het aantal huisartsen met burn-out. In een KCE-rapport over burn-out bij huisartsen staat te lezen dat een goed georganiseerde wachtdienst belangrijk is in de preventie van burn-out. In de huisartsenkring HAOWVL (Huisartsen van 't Oosten van West-Vlaanderen) werd op 15 november 2020 een huisartsenwachtpost geopend, waardoor de wachtdienst tijdens het weekend en op feestdagen sindsdien vanuit de wachtpost georganiseerd wordt. In de voorbereiding van de reorganisatie van de wachtdienst werden door de artsen bezorgdheden geuit omtrent de impact op de praktijk en persoonlijke levenssfeer. Om na te gaan wat deze bezorgdheden zijn en wat mogelijke oplossingen zouden kunnen zijn, werd deze studie uitgevoerd.

Methodologie

De studie bestaat enerzijds uit een literatuuronderzoek, waarin wordt bekeken welke modellen voor het organiseren van continuïteit van de eerstelijnszorg bestaan. Anderzijds wordt een vragenlijst afgenomen bij de artsen van de huisartsenkring HAOWVL, waarin gepeild wordt naar de beleving van de wachtdienst en de factoren die deze beleving beïnvloeden. De bevindingen van de vragenlijsten worden teruggekoppeld aan de literatuur en op basis van de resultaten worden aanbevelingen gedaan voor toekomstige shiftverdelingen en onderzoek.

Resultaten

De vragenlijst werd door 48 van de 61 huisartsen actief binnen de wachtdienst ingevuld. 79% van de artsen waren tevreden met de huidige shiftduur. Hierbij leek de gezinssituatie de belangrijkste beïnvloedende factor. 54% van de artsen was tevreden met het aantal shiften. De shift die de voorkeur van de arts genoot, werd vooral bepaald door persoonlijke factoren; praktijk gerelateerde factoren hadden dan weer een grotere impact op de shift die de arts het minst graag deed. Over de openingsuren waren de meningen verdeeld. Vooral solisten vonden dat de wachtpost te vroeg opende omwille van de impact op hun eigen praktijk. De tevredenheid over het sluitingsuur werd meer beïnvloed door de gezinssituatie. Artsen met jonge kinderen kenden een hogere tevredenheid met het sluitingsuur ten opzichte van artsen zonder jonge kinderen. 66% van de artsen gaven aan dat het oprichten van de wachtpost een gunstige impact had op de work-life-balance. Dit was meer uitgesproken bij jongere artsen (tot 45 jaar) en artsen met jonge kinderen. Een betere triage en co-lokalisatie bij een spoedgevallendienst zijn factoren die het werken op de wachtpost voor de huisarts zouden kunnen verbeteren.

Conclusie

De tevredenheid over de oprichting van de wachtpost en de bijhorende organisatie van de shiftverdeling is vrij hoog. Het oprichten van de wachtpost heeft voor de meerderheid een gunstige impact op de work-life-balance en heeft voor de meerderheid ook een acceptabele en te organiseren impact op de eigen praktijkwerking. In de toekomst zou het zinvol kunnen zijn rekening te houden met de praktijkvorm van de arts bij het opstellen van de shiftverdeling. Daarnaast is een verdelingssysteem met desiderata en voorkeursshiften wenselijk om op die manier de persoonlijke agenda van de artsen te kunnen respecteren, dit vooral voor artsen met jonge kinderen. Net als in een voorgaande studie, blijkt dat bezorgdheden omtrent de shiftverdeling voor de oprichting van de wachtpost bij de meesten verdwijnen eenmaal de wachtpost opgericht is.

Inleiding

De laatste jaren verschenen geregeld berichten in de media dat ons land te kampen heeft met een dreigend huisartsentekort en meerdere regio's als huisartsarm worden beschouwd. Talrijke factoren dragen hiertoe bij. Eén daarvan is een te lage instroom van nieuwe huisartsen om de uitstroom op te vangen. Dit tonen ook de statistieken gepubliceerd door het RIZIV: de gemiddelde leeftijd van de praktiserende Belgische huisarts in 2016 was 52.7 jaar, in Vlaanderen was dit 52.0 jaar. Deze leeftijd ligt bij huisartsen hoger dan in andere specialismen. Dit is enerzijds omdat huisartsen langer werken, anderzijds door de lagere instroom van nieuw afgestudeerde artsen ten opzichte van in de specialismen. In 2016 was 44.9% van de praktiserende huisartsen ouder dan 55 jaar, dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van het jaar 2000, toen dit percentage nog 24.1% was. Het Europees gemiddelde ligt op 34.5%. Het huisartsenberoep heeft de laatste decennia aan populariteit moeten inboeten. Geneeskundestudenten kiezen minder voor deze specialisatie omwille van minder aanzien en verdiensten ten opzichte van andere specialisaties. Zo was in 2016 het aandeel afgestudeerde artsen die kozen voor het huisartsenberoep 31%, dit is reeds een lichte stijging ten opzichte van het begin van het decennium, toen dit percentage minder dan 25% bedroeg, maar nog steeds te weinig om de uitstroom op te vangen en aan de toenemende vraag te voldoen. Artsen die reeds jaren in het vak staan, overwegen een carrièreswitch omdat ze een te hoge werklast ervaren, de impact van de job op het privéleven groot is, uit onvrede met het inkomen en de onvoldoende ondersteuning. Ook de verplichte deelname aan wachtdiensten heeft een negatieve impact op de job tevredenheid bij huisartsen. (1–3)

Het (dreigende) tekort aan huisartsen heeft ook een impact op de continuïteit van de zorg. De Belgische wetgeving schrijft immers voor dat "iedere huisarts verplicht is deel te nemen aan de medische permanentie in de zone waar hij zijn beroep uitoefent. Om aan deze plicht te voldoen, neemt de huisarts deel aan de medische permanentie georganiseerd door een erkend functioneel samenwerkingsverband van huisartsen dat afspraken maakt omtrent de medische permanentie in de betrokken zone". Daarnaast staat in het Strafwetboek dat "een huisarts medische bijstand moet verlenen aan elke persoon waarvan de arts weet dat hij/zij in gevaar is". (4,5) De interpretatie en implementatie van deze wetgeving door de huisartsen en huisartsenkringen zorgt ervoor dat de druk op de huisartsen verder toeneemt en wachtdiensten door velen als een stressor ervaren worden. In landelijke gebieden loopt het aantal wachturen op tot meer dan 600 uur per jaar en bedraagt het aantal nachtshiften in sommige regio's tot 4 per maand. In meer stedelijke gebieden is de werkdruk ten gevolge van wachtdiensten voor de huisarts veelal lager. (6) In Duitsland kampt men eveneens met een nijpend tekort aan huisartsen. In een studie over de job tevredenheid en stressoren tijdens wachtdiensten gaf een kwart van de actieve artsen aan stress te ervaren tijdens wachtdiensten omwille van de zorg voor bejaarden en de zorg in woonzorgcentra (WZC). Ze geven aan dat de tevredenheid over hun job zou toenemen als het aantal wachturen zou afnemen of hun inkomen hoger zou zijn. Als mogelijke oplossingen wordt in de studie voorgesteld te investeren in een professionalisering van de wachtdienst, de aanpak van oneigenlijk gebruik van de wachtdienst, de vele huisbezoeken en bezoeken aan WZC, verhoging van het inkomen en vermindering van het aantal wachtdiensten. (7)

In de KCE richtlijn Burn-Out staat te lezen dat studies over burn-out bij huisartsen aankaarten dat een goed georganiseerde wachtdienst essentieel is ter preventie van burn-out. Huisartsen ervaren immers een hoge werkdruk in de dagelijkse praktijk, onder andere door de vele administratieve taken en de patiënten die mondiger en veeleisender zijn dan vroeger. Ze ervaren een druk om steeds beschikbaar te zijn en in te dienen staan voor de continuïteit van de zorg. Dit in combinatie met de wens een goede huisvader of -moeder te zijn en tijd te maken voor hun dierbaren leidt er steeds vaker toe dat de

huisarts het hoofd niet meer boven water houdt. Daarom wordt er naar oplossingen gezocht om de werklast van de huisarts te verminderen. Enkele daarvan zijn de administratieve last verminderen door het inschakelen van administratief personeel, het oprichten van groepspraktijken, maar ook het organiseren van een performant wachtdienstsysteem. (8)

In het kader van deze maatschappelijke veranderingen en problematiek werd in deze masterthesis een onderzoek uitgevoerd waarin nagegaan werd hoe de shiftenverdeling van de artsen werkend in een wachtpost zou kunnen geoptimaliseerd worden. Daarvoor werd gezocht naar de factoren die een impact hebben op de beleving van de shiftenverdeling bij artsen.

De studie werd uitgevoerd bij de huisartsenkrijg HAOWVL (Huisartsen van 't Oosten van West-Vlaanderen). Deze kring omvat de huisartsen van vier kleinere wachtgebieden, namelijk Meulebeke – Oostrozebeke, Ruiselede – Dentergem, Tielt – Pittem en Wingene – Zwevezele en telt in totaal 61 huisartsen die deelnemen in het wachtsysteem. Van deze 61 huisartsen werken 16 artsen in een solo-praktijk, 13 artsen in een duo-praktijk en 32 in een groepspraktijk – al dan niet samen met artsen die niet meer actief zijn in het wachtsysteem. Het wachtgebied staat in de voor zorg voor de inwoners van Dentergem, Gottem, Grammene, Meulebeke, Oostrozebeke, Pittem, Ruiselede, Tielt, Wingene en Wontergem. Dit gaat over in totaal ongeveer 78000 inwoners, verspreid over een oppervlakte van 273 km². In 2022 bedroeg het aantal wachtoproepen op weekend- en feestdagen 8758 waarvan 25% huisbezoeken, 71% raadplegingen en 4% telefonische consulten.

De wachtpost werd geopend op 15 november 2020, voordien werden de wachten georganiseerd per deelgebied en werkte de arts vanuit de eigen praktijk. De wachtdienst duurde 24 uur en de huisarts stond zelf in voor de organisatie (aannemen van oproepen, organisatie van raadplegingen en huisbezoeken). Er waren al langere tijd plannen om de wachten te centraliseren en over de vier deelgebieden heen te organiseren, maar door de coronapandemie kwam de realisatie hiervan in een stroomversnelling. Op 15 november 2020 opende dan ook de eerste, voorlopige wachtpost van de kring de deuren en werd vanaf dat moment de wachtdienst tijdens het weekend en op feestdagen vanuit de wachtpost georganiseerd. Op 30 september 2022 verhuisde de wachtpost naar haar definitieve locatie naast de spoedgevallendienst. De wachtdienst tijdens weekwachten werd op het moment van het onderzoek nog vanuit de kleinere wachtgebieden georganiseerd, maar wordt sinds 1 maart 2023 ook centraal vanuit de wachtpost georganiseerd en gecoördineerd.

De centralisatie van de wacht werd onder de artsen van de kring met wisselend enthousiasme onthaald. Dit deed bij het bestuur van de kring de vraag rijzen welke motieven hierachter schuil gingen. Gaat het om persoonlijke factoren, praktijk gebonden factoren, maatschappelijke factoren? Kan een aanpassing in de shiftenverdeling, rekening houdend met deze factoren, de neuzen in dezelfde richting brengen?

Methodologie

Methodologisch kunnen twee onderdelen onderscheiden worden in deze studie. Enerzijds een verkennende literatuurstudie, waarin bekeken wordt hoe de wachtorganisatie in andere landen verloopt, welke voor- en nadelen van de wachtorganisatie in de literatuur naar voor komen en wat er gekend is over de relatie tussen het welbevinden van de huisarts en het voorzien in continuïteit van de zorg. Deze bevindingen vormen een aanzet voor het andere luik van de studie, namelijk een bevraging bij de artsen van de huisartsenkring HAOWVL.

Literatuurstudie

Ter oriëntatie werden eerst de volgende KCE rapporten doorgenomen: Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen (1), Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak (8) en Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen (6). Daarnaast werd ook gezocht in de databank van masterproeven van voorgaande Huisartsen in Opleiding (HAIO). Hieruit werden geen literatuurbronnen weerhouden.

De eigenlijke literatuurstudie werd uitgevoerd in Pubmed. De Mesh-termen “After-Hours Care” en “Primary Health Care” werden ingevoerd en leverden 433 zoekresultaten op. Artikels gepubliceerd vanaf het jaar 2000, volledig beschikbaar in Engels, Frans, Duits of Nederlands en handelend over eerstelijnszorg werden weerhouden. Inhoudelijk werd een selectie uitgevoerd op basis van de titel: deze moest relevant blijken voor het onderwerp van deze studie, nl. kaderen binnen de organisatie van de continuïteit van de zorg en/of hieraan gerelateerd welbevinden bij huisartsen. Hierbij werden 74 artikels weerhouden. Van deze 74 artikels werd de abstract gelezen om meer gedetailleerd inhoudelijk te kunnen selecteren. Hierbij werden 28 artikels weerhouden voor volledige lezing. Na volledig lezen werden 21 artikels definitief weerhouden. Op deze artikels werd de sneeuwbalmethode toegepast, waarbij gekeken werd in de literatuurlijst of er nuttige bronnen te vinden zijn voor de studie. Ook hier gebeurde initiële selectie op basis van titel, beschikbaarheid, taal en publicatiedatum van de artikels, gevolgd door het lezen van de abstract en nadien volledig doornemen van de bron. Hierbij werden nog 7 extra artikels gevonden.

Dezelfde zoektermen werden nadien ingegeven op Google Scholar, maar dit leverde geen extra artikels op. De zoekterm “wachtpost” met als bijkomend criterium artikels vanaf het jaar 2000 of jonger leverde nog 4 extra artikels op. De 39 geselecteerde artikels vormden de basis voor de literatuurstudie.

Vragenlijsten

Voor het opstellen van de vragenlijst werd rekening gehouden met de bevindingen in de KCE rapporten en de literatuur en werden ook een aantal oriënterende interviews afgenomen bij artsen van huisartsenkring HAOWVL. Er werd een algemene oproep gedaan vanuit de kringcoördinator met de vraag tot deelname aan een interview. Uit de artsen die bereid waren deel te nemen werd een selectie gemaakt op basis van geslacht, leeftijd, gezinssituatie en praktijkvorm. Er werden in totaal 11 interviews afgenomen. Na deze 11 interviews was er saturatie van de respons. Gezien deze interviews enkel werden gebruikt om meer zicht te krijgen op de bezorgdheden die leefden rondom de wachtorganisatie en vooral dienden als een extra bron van inspiratie voor de vragenlijsten, werden deze niet op gestructureerde wijze verwerkt, opgenomen of gecodeerd. De inhoud wordt niet in de resultatensectie gerapporteerd.

De literatuurstudie en reactie van de respondenten vormde de basis voor het ontwikkelen van een vragenlijst. Via het kringbestuur werden de artsen op de hoogte gebracht van het onderzoek en gevraagd deel te nemen. De vragenlijsten werden afgeprint en in de wachtpost ter beschikking gesteld, zodat alle wachtdoende artsen een vragenlijst konden invullen. Alle artsen actief in het wachtgebied

hadden een shift tijdens de periode waarin de vragenlijst beschikbaar werd gesteld. Tijdens de periode van de studie werd er eveneens een algemene vergadering binnen de kring georganiseerd. Ook daar werd de lopende studie vermeld en waren vragenlijsten ter beschikking die de artsen konden invullen. De vragenlijst kon anoniem ingevuld worden. Vragenlijst en informed consent werden in aparte boxen verzameld. Contactgegevens van de onderzoeker waren beschikbaar. Er werden in totaal 48 vragenlijsten ingevuld. Inclusiecriteria voor deelname aan de vragenlijst waren: werken in een praktijk binnen het wachtgebied Molenland en deelnemen aan de wachtdiensten. Huisartsen-in-opleiding konden ook deelnemen aan de studie.

Statistiek

Na codering van de gegevens uit de vragenlijst werd een databank opgesteld in 'IBM SPSS Statistics 28'. Na het proces van data-cleaning werden een aantal variabelen gehercodeerd om tot een meer werkbare en praktisch meer zinvolle databank te komen. Nadien werd de beschrijvende statistiek uitgevoerd. Deze bestond hoofdzakelijk uit het genereren van frequentietabellen van de persoonlijke en praktijk gerelateerde karakteristieken van de deelnemende artsen. Voor het vergelijken van gemiddelden werd gebruik gemaakt van de ongepaarde t-toets. Vervolgens gingen we op zoek naar correlaties tussen deze karakteristieken. Voor 2 X 2 tabellen werd de Fisher Exact test toegepast om te zoeken naar significantie, voor 2 X 3 tabellen werd de Fisher Freeman Halter Exact toets toegepast. Het significantieniveau werd vastgelegd op 0.05.

Resultaten

Literatuurstudie

Organisatie zorgcontinuïteit in de eerste lijn

In de literatuur worden verschillende modellen teruggevonden die in andere landen aangewend worden om de continuïteit van de zorg in de eerste lijn te organiseren. Enkele daarvan worden ook in België toegepast.

Een eerste model is het inrichten van praktijkwachten. Dit is een systeem waarbij elke arts de continuïteit van de zorg voor zijn eigen patiënten voorziet. Dit impliceert dat de arts 24/7 beschikbaar is voor zijn eigen patiënten. Voordelen zijn dat de arts zijn patiënten goed kent en de toestand kan opvolgen. Deze praktijkvoering heeft echter grote implicaties op het privéleven van de arts. Hierdoor wordt dit systeem steeds minder toegepast. In de literatuur wordt dit systeem nog in de meeste landen beschreven, echter in kleine aantallen. Vooral in landelijke gebieden komt dit nog vaak voor. (9,10)

Een tweede model is het werken met rotatiesystemen. Dit is een model waarbij een aantal artsen van eenzelfde regio samenwerken om elk om de beurt de zorgcontinuïteit voor hun patiënten te voorzien vanuit hun eigen praktijk. De patiënten kunnen de wachtdoende arts telefonisch bereiken, deze voorziet op basis van korte telefonische anamnese een consultatie of huisbezoek. Tussen de artsen onderling worden afspraken gemaakt naar rapportering over de geleverde prestaties. Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen kleine groepen artsen, meestal 5 tot 10 artsen per rotatiegroep. Hierdoor zijn de artsen vrij vaak van wacht. Het aantal oproepen per wacht is echter relatief beperkt. Dit systeem wordt onder andere gebruikt in Amerika, Turkije en Denemarken. (9,11,12)

Een derde model is het principe van de huisartsenwachtpost. Hierbij gaat een grotere groep artsen, meestal verbonden via een huisartsenkring, samenwerken om de zorg voor de populatie van een grotere regio vanuit een wachtpost te voorzien. Dit systeem is op heden dominant in Nederland, waar 90% van de bevolking continuïteit van de zorg verkrijgt op deze manier. Er zijn nog grote verschillen in accommodatie, personeelsbezetting en triage. In de literatuur wordt in verschillende studies aangehaald dat artsen een onveilig gevoel ervaren bij huisbezoeken. Sommige wachtposten vangen dit op door huisbezoeken te organiseren met een chauffeur en een volledig uitgeruste wagen met medisch materiaal. Deze factor kan de job tevredenheid bij de artsen verhogen, maar heeft ook financiële implicaties. (2,9,13–18)

Een variant op het wachtpostsysteem zijn de eerstelijnscentra waar naast huisartsen ook verpleegkundigen consultaties doen. Patiënten kunnen er ook met kleine problemen terecht. In de experimentele studie leek dit systeem vrij goed te werken, zonder problemen met veiligheid van de zorg en zonder impact op de kosten voor de maatschappij. Men zag wel een licht oplopende wachttijd voor de patiënten door de lagere productiviteit van de verpleegkundigen ten opzichte van de artsen en een grotere complexiteit van de casussen bij de artsen. Daarnaast kregen de artsen er ook de superviserende taak bij, al bleek dit laatste geen grote belasting bij de artsen teweeg te brengen. (19,20)

In bepaalde landen, zoals het Verenigd Koninkrijk en Australië, wordt de wacht voorzien door zorgbedrijven die los staan van de reguliere eerste lijn. Deze worden uitgebaat door zorgprofessionals die enkel wachtdienst doen. De patiënten dienen hier niet extra voor te betalen, de dienst is vlot toegankelijk en helpt ook patiënten verder met niet-urgente zaken. Dit heeft als gevolg dat er een over-gebruik ontstaat van dergelijk systeem, met grote inkomsten voor de zorgverstrekkers en managers van dergelijke zorginstellingen, maar ook een belangrijke toename in kosten voor de maatschappij. (9,21)

In sommige landen, zoals Iran, bestaat geen wachtsysteem. Patiënten met urgente problemen buiten de reguliere uren kunnen enkel terecht op een spoedgevallendienst. Welke momenten als niet-reguliere uren worden beschouwd, verschilt bovendien van land tot land. Uit de literatuur blijkt dat landen zonder (vb. Iran) of met een gebrekkig uitgewerkt wachtsysteem (vb. VK) met een grote toeloop van patiënten op de spoedgevallen kampen, wat leidt tot een niet efficiënte en niet-effectieve werking van de gezondheidszorg. Zo leverde NHS Direct in het Verenigd Koninkrijk niet het gewenste effect op. NHS Direct was bedoeld om de triage van urgente medische zorgvragen uit te voeren en patiënten te begeleiden naar het correcte zorgniveau. Het netwerk bleek echter te ingewikkeld en de motivatie om wachtdiensten op te nemen bij de artsen verbonden aan de eerste lijn te laag, waardoor het systeem faalde. (9,17,22,23)

Organisatie van een huisartsenwachtpost

Triage

Over de triage bestaat er nog veel verdeeldheid in de literatuur. Triage gebeurt in verschillende landen door een receptioniste of verpleegkundige, al dan niet ondersteund met protocollen en/of supervisie van een arts of door de huisarts zelf. (12,13,16) In sommige landen heeft men specifiek opgeleide verpleegkundigen en laten wettelijke bepalingen toe dat zij telefonisch advies kunnen verlenen en het benodigde zorgniveau inschatten. (16,24–26) In België is dit laatste nog niet mogelijk, gezien een aanpassing van het wettelijk kader in de bevoegdheden van een verpleegkundige nodig is om dit juridisch mogelijk te maken, maar ook de benodigde protocollen en training niet voorhanden zijn. Een verbetering van het triagesysteem zou volgens de literatuur bijdragen tot een verbetering van de job tevredenheid en een vermindering van de werklast bij de artsen, die aangeven ontevreden te zijn met oneigenlijk gebruik van de wachtdienst en de hierdoor stijgende werkdruk als stressor ervaren. Er zijn echter nog onvoldoende studies die de veiligheid van dergelijk triagesysteem gevalideerd hebben. (25–27) Triage via een algemeen oproepnummer zou ook een mogelijkheid zijn. Hierbij wordt de oproep behandeld door een dispatching aan de hand van protocollen, of door een arts, en wordt dan op basis van de noden van de patiënt de gepaste verwijzing voorzien. Ook dit zou een gunstige impact hebben op de tevredenheid en het welbevinden van de artsen, maar ook hier moeten veiligheidsaspecten en financiële implicaties nog verder onderzocht worden. (6)

Telefonisch advies

In Australië maakt men in sommige regio's gebruik van huisartsen die naast hun gewone praktijkactiviteit enkele uren per week telefonische triage en advies verlenen van thuis uit. De artsen hierin werkzaam zien er de voordelen van in: zo wordt bespaard op consulten, kan men van thuis uit werken, kan advies gegeven worden aan mensen met kleine / banale hulpvragen en ze ervaren ook een nauwe samenwerking met hun collega's. De nadelen die men aangeeft zijn: de druk van het management om de telefoons kort te houden, het gebrek aan follow-up van de oproepers en het gebrek aan waardering onder collega's niet betrokken in het systeem. Algemeen zien we in de literatuur dat in verschillende landen geëxperimenteerd wordt met het verlenen van telefonische adviezen en telefonische consultaties. Dit heeft vooral als doel de werkdruk bij de arts te verminderen. De meningen over de effectiviteit en veiligheid hiervan zijn verdeeld. De tevredenheid van de patiënten met deze vorm van dienstverlening is volgens de studies eveneens laag. (12,17,27–29)

Lokalisatie van de wachtpost

Deze wachtpost kan gelokaliseerd zijn bij een spoedgevallendienst, maar kan ook los van het ziekenhuis gelegen zijn. Voordelen van een co-lokalisatie aangehaald in de literatuur zijn het gemeenschappelijk gebruik van technische onderzoeken, de mogelijkheid van gemeenschappelijke triage en het in stand houden van de poortwachter functie van de huisarts, alsook het laagdrempelig overleg en verwijzing, met mogelijkheid tot directe feedback. Op die manier worden huisartsen verder getraind in de herkenning en aanpak van urgenties. Een nadeel aangehaald in de literatuur is de hogere werkdruk, omdat patiënten die zich spontaan aanbieden op spoed van daaruit naar de huisartsenwachtpost kunnen verwezen worden. (25,30)

Welbevinden van de huisarts

Algemeen blijkt uit de studies dat er veel verschillende modellen zijn, maar dat bij elk model het vinden van artsen gemotiveerd om te werken tijdens een wachtdienst de belangrijkste beperking vormt. Artsen ervaren reeds een hoge werkdruk in de dagelijkse praktijk en wensen ook tijd voor het gezin en de persoonlijke ontplooiing. In sommige studies wordt gesproken over wachtartsen, artsen die enkel werkzaam zijn in het wachtdienst-circuit. Dit is op heden echter in België nog niet mogelijk gezien hiervoor geen wettelijk kader bestaat. Artsen geven bovendien aan het belangrijk te vinden dat elke patiënt na een wachtdienst terugkeert naar een vaste arts en dat er een goede doorstroom is van informatie tussen de wachtdienst en het reguliere eerstelijnsnetwerk. (9,17,21)

Uit de literatuur kunnen we besluiten dat huisartsen het eens zijn dat de continuïteit van de zorg in de eerste lijn gegarandeerd moet worden. (12,15) Huisartsen vinden het belangrijk dat patiënten een vaste arts hebben die steeds van hun medisch dossier op de hoogte is en die de patiënt van dichtbij opvolgt. De hoge werkdruk in de praktijk, het hoge aantal zorgvragen tijdens wachtdiensten, de nood aan een goede work-life-balance en het dalende aantal artsen actief in het wachtsysteem leiden er echter toe dat huisartsen hun wachtdiensten als een extra stressor ervaren en verkiezen minder vaak van wacht te zijn. (10,25) Daarom wordt gezocht naar oplossingen om de wachtdiensten beter af te stemmen op het welbevinden van de artsen en de noden van de patiënt. In de literatuur zijn echter weinig studies beschikbaar waarin men nagaat welke factoren zouden kunnen leiden tot een betere verdeling van de wachtdiensten en een toegenomen welbevinden bij de artsen. Het is onduidelijk welke bezorgdheden heersen bij de artsen die weigerachtig staan tegenover het veranderen van het wachtsysteem. Daarom werd naar aanleiding van de recente omschakeling van rotatie-systeem naar wachtpostsysteem in de huisartsenkring “Huisartsen van ‘t oosten van West-Vlaanderen (HAOWV)” deze masterproef uitgevoerd.

Huidige situatie België

In België zijn er momenteel twee systemen om de continuïteit van de eerstelijnszorg te voorzien. Enerzijds het rotatiesysteem binnen de huisartsenkringen, waarin lokale huisartsenkringen samenwerken om via een beurtrol de zorg voor het wachtgebied te voorzien. Dit vanuit de praktijk van de wachtdoende arts. Naast de geïnde honoraria, krijgt de wachtdoende arts ook een wachtvergoeding. Sinds 2003 bestaat daarnaast ook het systeem van een wachtpost. Dit kwam er vooral met als doel de werkcondities van de huisarts te verbeteren. De oprichting van de wachtposten gebeurde niet echt op gecoördineerde manier, waardoor de verdeling over het land initieel willekeurig was. In 2018 waren er 39 wachtposten in Vlaanderen, 40 in Wallonië en 5 in Brussel. Doordat er geen centrale coördinatie was, was de werking ook lokaal bepaald en dus verschillend, onder andere wat betreft de openingstijden, ligging en aanmeldprocedure. Daarom probeert men vanuit de overheid sinds 2017 de werking en oprichting van de wachtposten meer te coördineren en streeft men naar een gelijke spreiding van de wachtposten over het hele land, overeenstemmende openingsuren, meer co-lokalisatie met spoeddiensten en een duidelijk oproepbeleid van de wachtpost. De co-lokalisatie met

spoed heeft ook als doel de spoedgevallendiensten te ontlasten. Men stelt immers vast dat het openen van wachtposten in 2003 niet leidde tot minder patiënten op de spoedgevallendiensten. (6,31–34)

In België werd het nummer 1733 ingevoerd. Via dit nummer kan de burger de huisarts van wacht contacteren voor niet-dringende medische hulp op weekend- en feestdagen. De laatste cijfers (1 juni 2021) tonen dat 503 gemeenten aangesloten waren op dit systeem. Via dit centrale oproepnummer komt men in 270 van de 503 gemeenten terecht in de 112-centrale, alwaar men dan met triageprotocollen luistert naar de klacht en de oproeper doorverwijst naar de meest adequate zorgverlener (eigen huisarts, huisarts van wacht, spoed- of MUG-dienst). In de overige 233 gemeentes bereikt men via dit nummer een medewerker van de wachtpost of de huisarts van wacht zelf. De medewerkers van de wachtposten zijn momenteel nog niet opgeleid om via de triageprotocollen te werken, omdat hiervoor nog niet voldoende middelen zijn. Deze proberen zo goed mogelijk de klacht in te schatten en de correcte zorgverlener te voorzien. Men is verder onderzoek aan het uitvoeren om te kijken wat de effectiviteit van het nummer 1733 is en of dit het mogelijk maakt om in de toekomst alle gemeenten met de 112-centrale te verbinden. Hiervoor zullen echter meer opgeleide operatoren voor nodig zijn, waar momenteel mensen en middelen voor ontbreken. (31,35)

Vragenlijst

Demografie en praktijkorganisatie

De participatiegraad voor het invullen van de vragenlijst bedroeg 79% (48/61), waarvan 42% van de artsen mannen waren. Artsen uit de verschillende kleinere wachtgebieden waren vertegenwoordigd in de studie: Tielt – Pittem (19), Meulebeke – Oostrozebeke (14), Ruiselede – Dentergem (10) en Wingene – Zwevezele (4). De rijtijd van praktijk tot wachtpost bedroeg voor 41% (20/48) van de artsen minder dan tien minuten. Nagenoeg iedereen (97% - 47/48) kon de wachtpost in minder dan 20 minuten bereiken.

Er zijn verschillende praktijkvormen vertegenwoordigd in de studie. Bijna een kwart van de artsen (23% - 11/48) werkt als solist, 21% (10/48) is werkzaam in een duo-praktijk en ruim de helft (56% - 27/48) is deel van een groepspraktijk met drie of meer artsen. In de regio zijn ook meerdere huisartsen-in-opleiding (HAIO) actief, 44% van de deelnemende artsen gaven aan dat er minstens één HAIO werkzaam was binnen de praktijk. Het grootste deel van de bevraagde artsen (83% - 40/48) werkte in een praktijk die ondersteund wordt door paramedisch en/of administratief personeel, nl. een secretariaat en/of verpleegkundige aanwezig in de eigen praktijk. De werklast in eigen praktijk werd in kaart gebracht door een schatting van het aantal patiëntencontacten per week te bevragen. Hierbij zag de helft van de artsen (23/46) gemiddeld 80 – 120 patiënten per week, 7% van de artsen heeft wekelijks gemiddeld 40 – 80 patiëntencontacten, een kleine minderheid (4% - 2/46) ziet gemiddeld meer dan 200 patiënten per week.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende artsen was 41 jaar. De jongste deelnemende arts was 25 jaar, de oudste deelnemende arts was 64 jaar. Artsen vanaf 65 jaar werden niet geïncludeerd in de studie gezien deze niet meer verantwoordelijk zijn voor het opnemen van shiften binnen de wachtdienstorganisatie. De artsen werden bevraagd naar hun gezinssituatie. Daarbij gaf 10% (5/47) aan alleenstaand te zijn. Bijna de helft van de bevraagde artsen (46% - 22/48) had kinderen waarvoor opvang diende voorzien te worden tijdens een wachtdienst.

Openingsuren wachtpost, shiftduur en shiftaantal

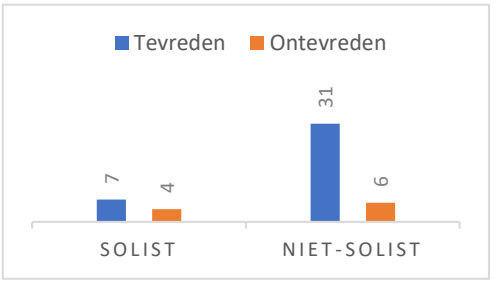
De wachtpost Molenland is in het weekend geopend van vrijdagavond 18 uur tot maandagmorgen 8 uur en op feestdagen van 18 uur de avond voor de feestdag tot 8 uur de ochtend na de feestdag. De eerste shift duurt steeds 14 uur, de shiften tijdens de rest van de wachtdienst zijn 12 uur lang. Overdag zijn steeds twee artsen van dienst: één arts voor de consultaties op de wachtpost, één arts voor de

huisbezoeken. Overdag is er ook een derde arts die in de voormiddag een shift van vier uur doet, gezien het grotere aantal contacten in de voormiddag ten opzichte van de rest van de dag. De overige acht uur van de shift is de arts achterwacht en kan hij de wachtpost verlaten. Deze arts kan eventueel worden ingeschakeld bij een te groot werkvolume. 's Nachts is één arts aanwezig op de wachtpost. Deze doet zowel de consultaties als de huisbezoeken. 's Nachts is er een arts die achterwacht heeft, deze dient echter enkel aanwezig te zijn bij onvoorziene omstandigheden die de dienstdoende arts niet in staat stelt om zijn/haar shift op te nemen.

Shiftduur

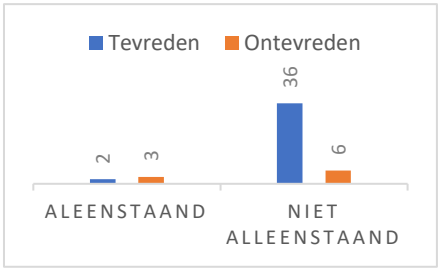
Met uitzondering van de eerste nachtshift, bedraagt de duur van de shift gewoonlijk twaalf uur. In de vragenlijst werd de mening van de artsen gevraagd omtrent deze shiftduur. De meerderheid (79% - 38/48) was tevreden met de bestaande shiftduur. Een vijfde van de artsen (19% - 9/48) zou een kortere shift verkiezen. Slechts één arts zou een langere shiftduur een verbetering vinden. De meerderheid vindt dat de shiftduur geen impact heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg (60% - 29/48) of de eigen praktijkwerking (79% - 38/48), maar wel een impact heeft op het bioritme (52% - 25/48) en het gezinsleven (56% - 27/48).

In dit onderzoek werd nagekeken of er een verband bestond tussen de tevredenheid over de shiftduur enerzijds en praktijkvorm, leeftijd, gezinssituatie of geslacht anderzijds. Ten eerste werd nagegaan of er een verschil was in tevredenheid over de shiftduur tussen solisten en artsen werkzaam in een duo- of groepspraktijk (figuur 1). Dit was in deze studie niet het geval (p = 0.2064). Er kon met andere woorden geen significant verschil in tevredenheid over de huidige shiftduur aangetoond worden tussen solisten en niet-solisten.



Figuur 1 Shiftduur - praktijkvorm

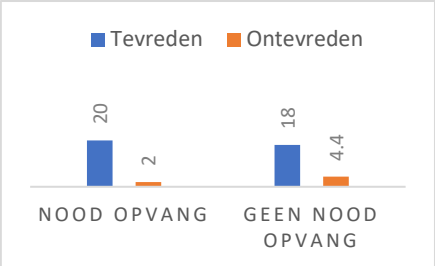
Daarnaast werd bekeken of er een significant verschil was in de leeftijdsverdeling tussen de groep artsen die een shift korter dan de huidige shiftduur verkiezen en deze die tevreden zijn met de huidige shiftduur. De gemiddelde leeftijd in de groep die een kortere shift verkiest was 45 jaar (standaarddeviatie 17.5 jaar), deze in de groep die tevreden is met de huidige shiftduur was 40 jaar (standaarddeviatie 12.2 jaar). Met de ongepaarde t-toets kon geen significant verschil in leeftijdsverdeling gevonden worden (p = 0.361). Artsen die een kortere shift verkiezen verschillen dus niet significant in leeftijd ten opzichte van artsen die tevreden zijn met de huidige shiftduur.



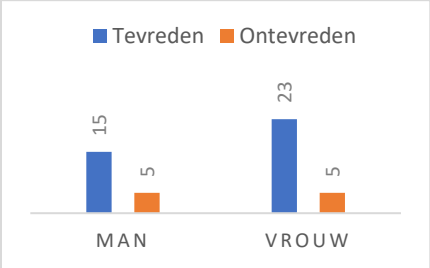
Figuur 2 Shiftduur - gezinssituatie

Een andere parameter die onderzocht werd in het kader van de perceptie van de shiftduur is de gezinssituatie van de arts. Zo werd nagekeken of er een significant verschil in tevredenheid over de shiftduur is tussen alleenstaande artsen en artsen met een gezin (figuur 2). Hierbij werd vastgesteld dat de tevredenheid bij artsen met een gezin significant (p = 0.0417) verschillend is ten opzichte van de alleenstaande artsen, met een lagere tevredenheid bij de alleenstaande artsen.

De impact van kinderen waarvoor opvang voorzien moet worden, werd ook bekeken (figuur 3). De tevredenheid over de shiftduur tussen artsen met kinderen waarvoor opvang voorzien moet worden en artsen zonder kinderen die opvang behoeven was niet significant verschillend in deze studie (p = 0.1442).



Figuur 3 Shiftduur - nood opvang



Figuur 4 Shiftduur - geslacht

Tot slot werd ook nagegaan of het geslacht een impact had op de perceptie van de shiftduur (figuur 4). We keken na of de tevredenheid over een shift van twaalf uur significant verschillend was bij mannelijke artsen ten opzichte van vrouwelijke artsen. Ook hier kon geen significant verschil worden aangetoond (p = 0.7209).

Shiftaantal

Een kleine meerderheid van de artsen (54% - 26/48) is tevreden met het huidige aantal shiften. Geen enkele arts is van mening dat te weinig shiften gepresteerd moeten worden. De meesten vinden dat het aantal shiften geen impact heeft op de kwaliteit van de zorg (90% - 43/48) en op de eigen praktijkwerking (69% - 33/48), maar wel een duidelijke impact heeft op het gezinsleven (90% - 43/48) en het persoonlijk welbevinden (54% - 26/48).

De artsen werden gevraagd welke shift hun voorkeur genoot en welke shift ze het minst graag deden. Welke shift ze het liefst doen, wordt vooral beïnvloed door de persoonlijke agenda en het gezin – de werking van de eigen praktijk en werk-gerelateerde zaken lijken hier minder invloed op te hebben. De shift die ze liever niet doen, wordt wel in grotere mate bepaald door de werking van de eigen praktijk, maar ook hier heeft de impact op de persoonlijke levenssfeer en het welbevinden een belangrijke invloed.

Openingsuren wachtpost

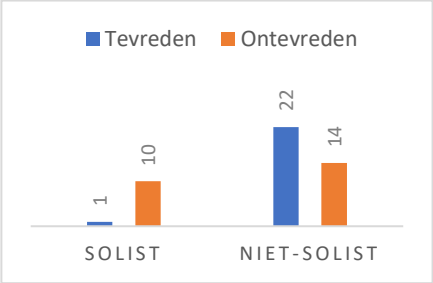
Iets meer dan de helft (51% - 24/47) vindt het openingsuur van de wachtpost te vroeg als de arts dit bekijkt vanuit het standpunt van de wachtdoende arts, niemand vindt dat de wachtpost te laat opent. Indien men zelf de wachtdienst niet uitvoert, is 69% (31/45) van de artsen tevreden met het openingsuur en vindt slechts één arts dit openingsuur te laat. De meesten (83% - 38/46) vinden dat het openingsuur een impact heeft op de werking in eigen praktijk, maar bij de meerderheid van hen (76% - 29/38) is deze impact op te vangen. Het openingsuur heeft bij de meerderheid van de artsen (72% - 34/47) ook een weerslag op de persoonlijke agenda, die echter ook voor de meesten van hen (82% - 28/34) op te vangen is.

Geen enkele arts geeft aan dat de wachtpost te vroeg sluit. Een duidelijke meerderheid (64% - 30/47) is tevreden met het sluitingsuur van de wachtpost als men van wacht is. Als men niet zelf van wacht is, zijn nog meer artsen (80% - 36/45) tevreden over het sluitingsuur. Drie kwart van de bevraagde artsen (74% - 34/46) ondervindt een impact op de praktijkwerking, die bij de meesten (82% - 28/34) wel op te vangen is. De aanwezigheid van een collega in de praktijk en/of het beschikken over een secretariaat spelen hier een belangrijke rol in. Bij 60% (29/48) van de artsen heeft het sluitingsuur ook een impact op de persoonlijke agenda .

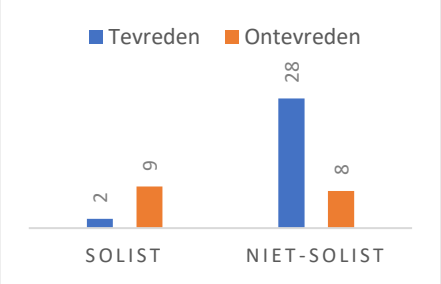
Er lijkt een belangrijke eensgezindheid te bestaan over het uur van de shiftwissel: 92% van de deelnemende artsen (44/48) is tevreden met het tijdstip van de shiftwissel.

In deze studie werd nagegaan of er persoonlijke en/of praktijk gerelateerde karakteristieken waren die de mening van de arts over de openingsuren zouden kunnen beïnvloeden. Er werd concreet gekeken naar de impact van de praktijkvorm, leeftijd en aanwezigheid van kinderen in het gezin waarvoor opvang voorzien diende te worden.

Het verschil in waardering van de openingsuren tussen solisten en artsen werkzaam in een duo- of groepspraktijk werd bekeken (figuur 5 en figuur 6). Hierbij werd een significant verschil in tevredenheid vastgesteld zowel omtrent het openingsuur van de wachtpost ($p = 0.0044$) als omtrent het sluitingsuur ($p = 0.006$). Solisten zijn beduidend minder tevreden over deze uren als we dit vergelijken met artsen werkend in een medisch team.

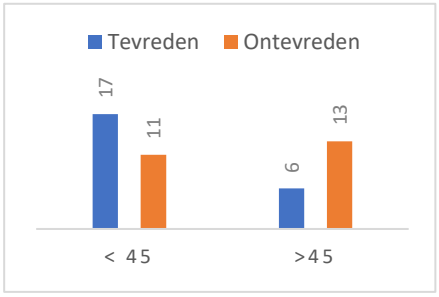


Figuur 5 Openingsuur - praktijkvorm

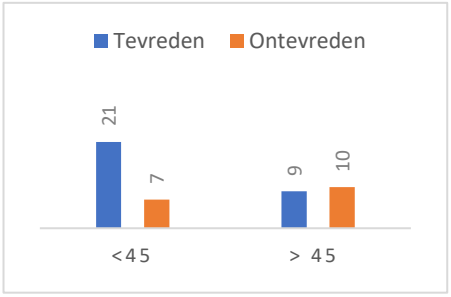


Figuur 6 Sluitingsuur - praktijkvorm

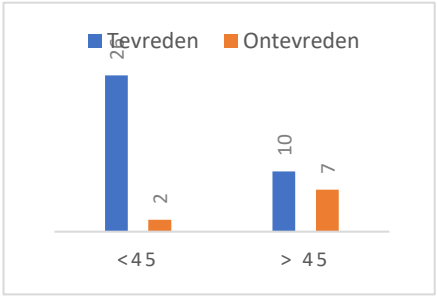
Een andere vraag was wat de impact van de leeftijd op de beleving van de openingsuren was. Hiervoor werden de artsen arbitrair ingedeeld in een groep artsen tot en met 45 jaar en een groep artsen ouder dan 45 jaar. Er werd geen significant verschil in tevredenheid met het openingsuur (figuur 7) vastgesteld tussen de beide groepen ($p = 0.0753$). Ook de tevredenheid over het sluitingsuur (figuur 8) was niet significant verschillend ($p = 0.069$) tussen de twee leeftijdsgroepen. Er kon wel een significant ($p = 0.0169$) verschil vastgesteld worden in tevredenheid over het sluitingsuur indien men zelf de wacht niet diende te doen. Daarbij waren artsen tot en met 45 jaar significant meer tevreden over het sluitingsuur in vergelijking met artsen ouder dan 45 jaar (figuur 9).



Figuur 7 Openingsuur - leeftijd

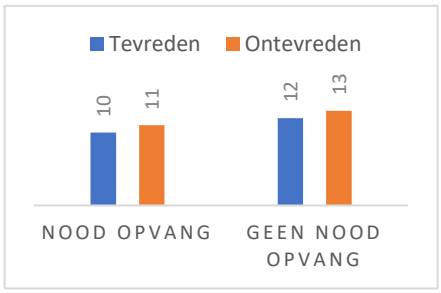


Figuur 8 Sluitingsuur - leeftijd

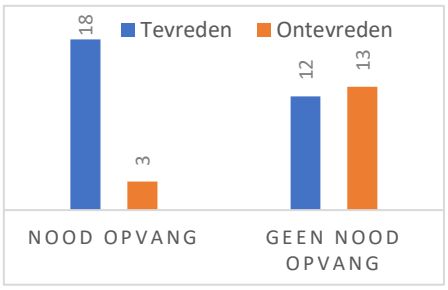


Figuur 9 Sluitingsuur - leeftijd

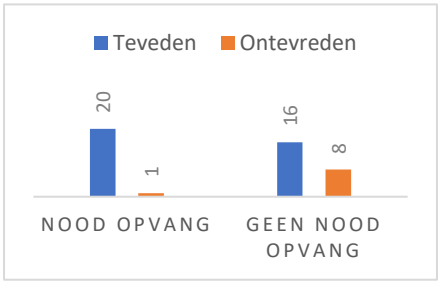
De aanwezigheid van kinderen in het gezin die opvang nodig hebben kan mogelijks een impact hebben op de beleving van de openingsuren van de wachtpost. Er was geen significant (p = 1) verschil in tevredenheid over het openingsuur bij de wachtdoende artsen (figuur 10), maar wel een significant (p = 0.0122) verschil vast te stellen was in de tevredenheid over het sluitingsuur (figuur 11). Artsen met kinderen waarvoor opvang nodig was, waren beduidend meer tevreden over het sluitingsuur in vergelijking met artsen die geen opvangnood voor de kinderen hadden. Dit verschil kon niet alleen vastgesteld worden bij de arts die de wachtdienst diende te werken, maar ook bij de artsen die niet verantwoordelijk waren voor de shift (p = 0.0247) (figuur 12).



Figuur 10 Openingsuur - nood opvang



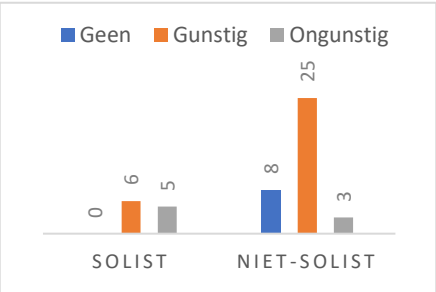
Figuur 11 Sluitingsuur - Opvangnood



Figuur 12 Sluitingsuur - opvangnood

Impact work-life-balance

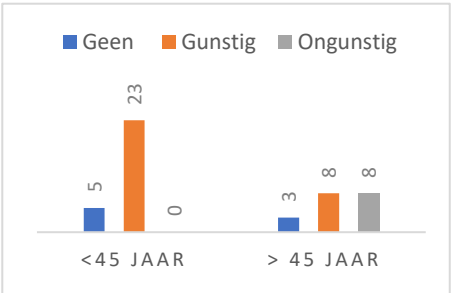
Een verandering in structuur en organisatie van het werk kan een impact hebben op de balans tussen werken en persoonlijke leefsfeer. Dit werd als een belangrijk topic beschouwd in deze studie en daarom ook in de vragenlijst bevraagd. Het overschakelen naar een wachtdienst georganiseerd vanuit de wachtpost heeft voor 66% van de artsen (31/47) een gunstige impact op de work-life balance betekend. Slechts 17% ervaart hierdoor een negatieve impact. Bijna drie kwart van de artsen (71% - 34/48) geeft aan sinds de omschakeling minstens evenveel of zelfs meer tijd voor zijn naasten te hebben.



Figuur 13 Work-life-balance - praktijkvorm

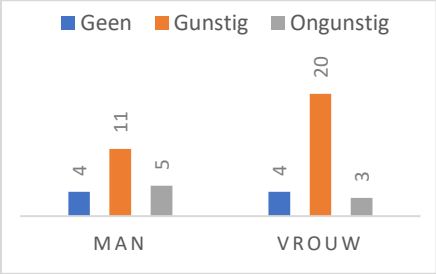
Enkele persoonlijke en praktijk gerelateerde karakteristieken werden bekeken om na te gaan of deze een invloed hebben op de ervaren impact op de work-life-balance door de omschakeling. In eerste instantie werd nagegaan wat de impact van de praktijkvorm waarin de arts werkt is. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen solisten en artsen actief in een duo- of groepspraktijk (figuur 13). Er werd een significant (p = 0.00976) verschil gevonden tussen solisten en niet-solisten. Niet-solisten lijken vaker een gunstige impact te ervaren dan solisten.

Een andere factor die in kaart gebracht werd, is de leeftijd van de arts. Er werd bekeken of artsen tot en met 45 jaar een zelfde impact op work-life-balance ervaren als artsen ouder dan 45 jaar (figuur 14). De test is significant (p < 0.001), waarbij artsen tot en met 45 jaar vaker een gunstige impact op work-life-balance lijken te ervaren dan artsen ouder dan 45 jaar.



Figuur 14 Work-life-balance - leeftijd

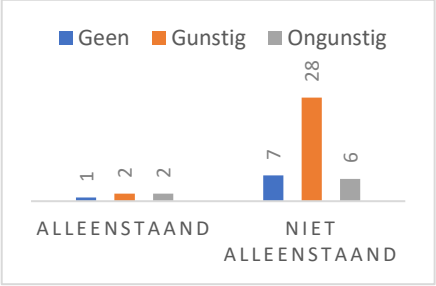
Omwille van bovenstaande vaststellingen, werd nagekeken of de leeftijdsverdeling binnen de groep solisten significant verschillend was ten opzichte van de leeftijdsverdeling binnen de groep artsen werkzaam in een duo- of groepspraktijk. Bij de groep solisten bedroeg de gemiddelde leeftijd van 53.4 jaar (standaard deviatie 12.19 jaar), met een 28-jarige arts als jongst deelnemende solist en een 63-jarige arts als oudste deelnemende solist. Bij de groep artsen werkend in duo- of groepspraktijkverband bedroeg de gemiddelde leeftijd van 37.8 jaar (standaard deviatie 11.60) met een minimale leeftijd van 25 jaar en maximale leeftijd van 64 jaar. Bij toetsen blijkt de leeftijdsverdeling tussen beide groepen significant (p = 0.002) verschillend te zijn. De vraag of er een verschil is in keuze praktijkvorm tussen artsen tot en met 45 jaar en artsen ouder dan 45 jaar levert een zelfde vaststelling op. Ook daarbij is er een significant (p <0.001) verschil. Artsen tot en met 45 jaar lijken meer te kiezen voor duo- of groepspraktijken ten opzichte van artsen ouder dan 45 jaar.



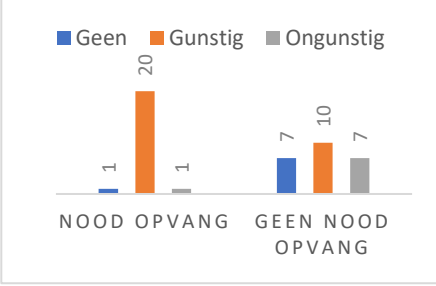
Figuur 15 Work-life-balance - geslacht

Er werd nagegaan of er een verschil in impact op work-life-balance was tussen artsen van het mannelijke versus vrouwelijke geslacht (figuur 15). Er kon hierbij geen significant (p = 0.384) verschil worden aangetoond.

Een andere belangrijke factor is de impact van de gezinssituatie. Enerzijds werd de vraag gesteld of alleenstaanden een andere impact op de work-life-balance ervoeren door de omschakeling ten opzichte van niet-alleenstaanden (figuur 16). Dit was niet het geval (p = 0.221). Anderzijds werd bekeken of artsen met kinderen waarvoor opvang voorzien diende te worden een andere impact ervoeren ten opzichte van artsen zonder kinderen waarvoor opvang voorzien moest worden. Hier kon wel een significant (p = 0.001) verschil worden vastgesteld. Artsen met kinderen waarvoor opvang voorzien moet worden, ervoeren duidelijk een meer gunstige impact ten opzichte van artsen zonder kinderen waarvoor opvang voorzien moet worden (figuur 17).



Figuur 16 Work-life-balance - gezinssituatie



Figuur 17 Work-life-balance - Opvangnood

Werken vanuit wachtpost

De verandering van het wachtsysteem brengt met zich mee dat de arts niet meer werkt vanuit de eigen praktijk. De arts werkt in de wachtpost of gaat op huisbezoek, begeleid door een chauffeur en met een wagen uitgerust door de wachtkring. De patiënten nemen niet meer rechtstreeks contact op met de arts, maar bellen het nummer 1733, waarna men telefonisch geholpen wordt door een onthaalmedewerker van de wachtpost Molenland. Deze beslist op basis van een korte bevraging van de patiënt of de zorg kan uitgesteld worden tot de volgende werkdag bij de eigen huisarts, de patiënt op consultatie kan komen naar de wachtpost, een huisbezoek wordt afgesproken, een telefonische consultatie met de huisarts van wacht wordt afgesproken of de patiënt verwezen wordt naar de spoedgevallendienst of 112-centrale.

Artsen geven aan dat hun beleving van de overschakeling vooral beïnvloed wordt door de impact op hun persoonlijke sociale leven (gezin/naasten) en de organisatie van de wachtpost (shiftverdeling, secretariaat, chauffeur). De aanwezigheid van een secretariaat en chauffeur wordt door de artsen als een meerwaarde onthaald. Enkelen geven aan hier geen meerwaarde van te ondervinden ’s nachts. Desondanks geeft toch 30 % van de artsen (14/46) aan meer stress te ervaren door te werken vanuit de wachtpost. Bij de overige artsen lijkt de aanwezigheid van een secretariaat, chauffeur en het werken op afspraak alsook het feit dat de shiftduur afgebakend is, de stress rondom de wachtdienst te verminderen. De accommodatie op de wachtpost en het feit dat men niet werkt vanuit het eigen kabinet brengt voor respectievelijk 34% (15/44) en 48% (21/44) meer stress met zich mee. Merk wel op dat de vragenlijst werd afgenomen op de eerste locatie van de wachtpost, wat een tijdelijk ingerichte praktijkruimte was. Sinds 30 september 2022 bevindt de wachtpost zich op een nieuwe, meer centrale en beter uitgeruste locatie.

Financiële overwegingen hebben weinig impact op de beleving van het wachtgebeuren. Slechts 15% (7/47) zou meer wachtdiensten presteren als deze financieel aantrekkelijker zouden zijn. 62% van de artsen (28/45) vindt de verloning van een wachtdienst te laag. De meerderheid (81% - 39/48) vindt een betaling met vaste vergoeding een goed systeem voor verloning van de wacht. 72% van de artsen (33/46) is bereid een deel van de geïnde honoraria te spenderen aan het uitwerken van een kwalitatieve wachtpostorganisatie. Zo zou 88% van de artsen (42/48) het werken op de wachtpost aangenamer vinden met getraind triagepersoneel.

Ruim driekwart van de artsen (78% - 35/45) denkt dat de werking van de wachtpost meer optimaal zou zijn indien gewerkt zou worden met een aansluiting bij 1733 met centrale triage, in plaats van triage vanop de wachtpost door de onthaalmedewerker. Als een aansluiting bij het 1733-systeem er zou komen, vindt een vijfde van de bevraagden (22%) het overbodig dat er nog een lokaal secretariaat op de wachtpost aanwezig zou zijn.

Drie kwart (76%) van de artsen vinden een wachtpost gelokaliseerd aan de spoedgevallendienst beter ten opzichte van een losstaande wachtpost elders. Factoren die hierin een belangrijke rol spelen zijn de meer laagdrempelige mogelijkheid tot het aanvragen van technische onderzoeken met snel gekende resultaten, het vlot kunnen verwijzen en de betere bereikbaarheid / vindbaarheid voor de patiënt. Daarbij zou 66% van de bevraagde artsen een gemeenschappelijke triage voor de huisartsenwachtpost en spoedgevallen een verbetering vinden ten opzichte van het huidige systeem. Men denkt voornamelijk dat dit de samenwerking met de tweede lijn zou bevorderen en zo ook de kosteneffectiviteit van de zorg zou verbeteren, slechts een vijfde (19%) van de huisartsen denkt dat dit nadelig zou zijn.

Continuïteit van de zorg

Uit de bevraging kwam naar voor dat 67% (31/46) van de deelnemende artsen het voorzien van continuïteit van de zorg overdag als een kerntaak van de huisarts ziet. In de diepe nacht, in dit onderzoek gedefinieerd als het deel van de nacht tussen 23 uur ’s avonds en 6 uur ’s ochtends, vindt slechts 30% (14/46) dat ook hier de huisarts een sleutelrol speelt. Uitzondering hierop vormen de woonzorgcentra en voorzieningen. Hier vindt ruim de helft van de artsen (53% - 25/47) dat de huisarts zowel overdag als in de diepe nacht de meest aangewezen zorgverlener is om de continuïteit te voorzien.

In de studie werd bekeken of de praktijkvorm en de leeftijd van de arts een impact heeft op de visie van continuïteit van de zorg als kerntaak van de huisarts. Er kon hierbij geen significant ($p = 0.672$) verschil vastgesteld worden tussen solisten en artsen werkend in duo- of groepspraktijk, alsook geen significant ($p = 1.0$) verschil tussen artsen tot en met 45 jaar en artsen ouder dan 45 jaar. Ook voor de

zorg voor WZC en voorzieningen kon geen significant verschil vastgesteld worden op basis van praktijkvorm (p = 0.718) of leeftijd (p = 0.215).

Artsen lijken niet te twijfelen aan de kwaliteit van de zorg geleverd via het wachtpostsysteem: 85% van de artsen (41/48) vinden de continuïteit van de zorg door het organiseren van centrale wachtdiensten even goed (44%) of zelfs beter (42%) tegenover kleinere regiowachten.

Centralisatie van de weekwacht

Bij de bevraging omtrent het organiseren van de weekwacht via de wachtpost was 45% (21/47) voorstander voor een centralisatie, voor 38% van de artsen (18/47) zou dit een verslechtering zijn. Een vermindering van het aantal weekwachten per arts had een sterke invloed op de mening over het centraliseren, alsook de beschikbaarheid van een chauffeur. In mindere mate speelde het beschikken over een secretariaat hierin een rol. Het verblijf op de wachtpost en de impact op persoonlijke agenda en gezin waren andere factoren die mee in de balans werden gelegd bij de overwegingen rondom centralisatie.

Discussie

Het organiseren van continuïteit van de zorg binnen de eerste lijn brengt voor huisartsen een zekere impact op zowel het professionele als het persoonlijke functioneren en welbevinden teweeg. In de literatuur worden verschillende organisatiemodellen voorgesteld, elk met eigen voor- en nadelen. In België zijn er twee dominante systemen, namelijk het organiseren van continuïteit via een rotatiesysteem enerzijds en het werken via centrale wachtpost anderzijds. (6,31) Het systeem met wachtposten wint de laatste jaren steeds meer terrein. In deze studie werd nagegaan hoe huisartsen van de wachtkring HAOWVL de omschakeling van rotatie- naar wachtpostsysteem ervaren en welke factoren deze ervaring beïnvloeden, zodat eventueel aanbevelingen kunnen gedaan worden om de shiftverdeling te optimaliseren.

Met ruim drie kwart van de artsen die de vragenlijst invulden, werd een vrij goede participatiegraad bereikt. Er was een representatieve verdeling van geslacht, leeftijd, praktijkligging en praktijkvorm. De bekomen resultaten zijn daardoor waarschijnlijk een vrij realistische weerspiegeling van de beleving van de artsen in het wachtgebied.

Openingsuren wachtpost, shiftduur en shiftaantal

In de studie over de wachtpost van Deurne - Borgerhout zag men dat de meeste artsen tevreden waren met een shiftduur van 12 uur. Ook in dit onderzoek kwamen we tot de vaststelling dat de meerderheid tevreden is met deze shiftduur. De tevredenheid is groter bij artsen die leven binnen een gezin in vergelijking met alleenstaande artsen. De leeftijd, het geslacht, het hebben van kinderen waarvoor opvang voorzien moet worden of de praktijkvorm waarin de arts werkzaam is, lijkt geen invloed te hebben op de beleving van de shiftduur. Weinig artsen verkiezen langere shiften. Men is tevreden met het aantal shiften, maar zou niet méér shiften willen doen. Daarom is de shiftduur van 12 uur een goed compromis volgens de meerderheid van de deelnemers. Artsen vinden dat de shiftduur en het aantal shiften een impact heeft op het persoonlijke functioneren, maar niet zozeer op het professionele functioneren. (33)

De openingsuren van de wachtpost zijn voor een kleine meerderheid voor verbetering vatbaar. Als wachtdoende huisarts vindt de helft van de artsen dat het openingsuur te vroeg is. Men vindt dit vooral storend omwille van de impact op de eigen praktijkwerking. De impact op de persoonlijke agenda valt ook niet te ontkennen. De meesten geven aan dat zowel de professionele als persoonlijke impact op te vangen is. De tevredenheid over het sluitingsuur is iets hoger, al ervaart men ook daar een belangrijke impact op de eigen praktijkwerking, in mindere mate ook op de persoonlijke agenda. Gezien de artsen aangeven dat voornamelijk de impact op de praktijkwerking zorgt voor een ontevredenheid over de openingsuren, werd de impact van de praktijkvorm op de tevredenheid bekeken. Hier bleek dat solisten beduidend minder tevreden waren dan artsen werkend in groepsverband. Men dient immers de praktijk vroeger te sluiten of later te openen en kan op die manier niet de gewenste continuïteit bieden aan de eigen patiënten.

Artsen tot 45 jaar en artsen met kinderen waarvoor opvang voorzien moest worden, waren meer tevreden over het sluitingsuur van de wachtpost in vergelijking met oudere artsen en artsen zonder kinderen waarvoor opvang nodig was en dit ook vooral als men zelf niet van wacht is. Dit heeft vermoedelijk te maken met het feit dat men op die manier in staat is de kinderen nog te zien of klaar te maken voor school/opvang en de continuïteit voor de patiënten nog voorzien wordt door de wachtdienst.

Work-life-balance

Uit de literatuur blijkt dat de belangrijkste parameter in het welslagen van de continuïteit van de zorg het vinden van tevreden en gemotiveerde artsen is. Daarom is het welbevinden van de huisarts met het wachtdienstsysteem een cruciale factor. De hoge werkdruk die huisartsen ervaren, zowel in de dagelijkse praktijk als door de taak om voor continuïteit te zorgen, kan immers leiden tot burn-out bij de huisarts en het verlaten van het huisartsenberoep. In deze studie gaf 66% van de artsen aan dat het organiseren van de continuïteit van de zorg via een wachtpostsysteem een gunstige impact had op hun work-life-balance. Dit stelt men ook vast in de studie over de wachtpost van Deurne-Borgerhout en andere internationale studies. Met dit onderzoek werd een beduidend hogere tevredenheid bij artsen werkend in een duo- of groepspraktijk in vergelijking met artsen werkzaam als solist vastgesteld. Dit is in duidelijk contrast met de bevindingen in de wachtpost Deurne-Borgerhout, waar men juist een significant hogere tevredenheid over work-life-balance vond bij artsen werkend als solist sinds de opstart van de wachtpost. Meer zelfs, deze artsen waren een vragende partij om tijdens weeknachten de wachtpost te openen. Er is onvoldoende data voorhanden om te bekijken waaraan deze contrasterende bevindingen toe te schrijven zijn. (30,32,33,36,37)

In deze studie werd ook een hogere tevredenheid over de work-life-balance gevonden als gekeken werd naar de leeftijd van de artsen: artsen tot en met 45 jaar ervoeren een beduidend gunstigere impact op work-life-balance sinds de omschakeling in vergelijking met artsen ouder dan 45 jaar. Dit verschil is ook in de literatuur terug te vinden. Mogelijks kadert dit in het minder vertrouwd zijn met de pathologie of het werken in dergelijk systeem, het langer gewoon zijn van te werken in het rotatiesysteem. (38) Artsen met kinderen die opvang nodig hebben tijdens een wachtdienst waren meer tevreden ten opzichte van artsen zonder kinderen die nood hebben aan opvang. Geslacht en gezinssituatie leken geen impact te hebben op de beleving van work-life-balance.

Bovenstaande vaststellingen zouden op verschillende zaken kunnen wijzen: enerzijds hebben artsen tot en met 45 jaar vaker jongere kinderen, waarvoor opvang nodig is tijdens de wachtdienst. Voor hen is een afgebakende shift van 12 uur op de wachtpost mogelijks beter te plannen en te organiseren, met ook meer tijd over voor het gezin dan de shiften in het vroegere systeem. Anderzijds kan met dit onderzoek niet met zekerheid gesteld worden dat de praktijkvorm bepalend is voor de impact op work-life-balance. De leeftijdsverdeling van artsen werkend in een duo- of groepspraktijk blijkt immers significant verschillend te zijn ten opzichte van deze bij solisten. In de groep solisten ligt de leeftijd significant hoger. Er kan met andere woorden niet onderscheiden worden of het gevonden verschil in welbevinden toe te schrijven is aan het feit dat solisten het organisatorisch moeilijker hebben om te functioneren vanop een wachtpost in vergelijking met collega's werkend in groepsverband, of als het verschil gevonden in deze groep toe te schrijven is aan de trend die gezien wordt bij artsen ouder dan 45 jaar, die aangeven dat het werken in het nieuwe systeem een minder gunstige impact heeft dan bij de jongere leeftijdscategorie. Uit de gesprekken voorafgaand aan het opstellen van de vragenlijst kwamen immers een aantal argumenten naar voor. Zo benadrukten jongere artsen, al dan niet met kleine kinderen, vooral tevreden te zijn om op een vaste plek met ondersteuning (secretariaat, chauffeur, goede uitrusting) een in tijd duidelijk afgebakende shift te kunnen doen en nadien volledig voor het gezin beschikbaar te kunnen zijn. Een aantal artsen die ruime tijd in het vorige wachtsysteem gewerkt hadden, gaven daarentegen aan het spijtig te vinden niet van thuis uit te kunnen werken, omdat ze zo op rustige momenten tussen de oproepen niet konden samen zijn met het gezin of tijdens hun wacht geen administratief werk in de eigen praktijk konden doen. Ook gaven sommigen aan door te werken op de wachtpost minder controle te hebben over de patiëntenstroom en dit als een nadeel te ervaren.

Werken vanuit wachtpost

Risicofactoren voor burn-out zijn onder andere stress en administratieve overlast. Dit geldt ook tijdens de wachtdiensten. De meerderheid van de artsen gaf dan ook aan dat de ondersteuning van een secretariaat een verbetering is in de beleving van de wachtshift. Een chauffeur op huisbezoek had ook voor velen een gunstige impact. Ook dit is in analogie met de eerder uitgevoerde studie in Deurne-Borgerhout. Artsen in dit onderzoek zijn zelfs bereid om een deel van hun honorarium af te staan om de organisatorische ondersteuning te optimaliseren. Dit is ook terug te vinden in de literatuur. Verschillende studies tonen aan dat artsen belang hechten aan een goede kwaliteit van triage tijdens de wachtdienst. Dit zowel om de kwaliteit van de zorg voor de patiënten te verbeteren, alsook om het werken aangenamer te maken. In de literatuur worden verschillende oplossingen naar voor geschoven, zoals telefonische triage door opgeleid personeel of verpleegkundige, of artsen die enkel telefonische consultaties doen en zo gericht kunnen triëren, eventueel met het verschaffen van zelfzorgadvies. Op heden zijn hier in België echter nog onvoldoende middelen en geen correct wettelijk kader voor beschikbaar. Als er een betere triage zou komen, zou dit zowel volgens de literatuur als volgens de resultaten van dit onderzoek het welbevinden van de huisarts ten goede komen. (14,15,17,27,28,39,40)

Uit de literatuurstudie komt naar voor dat huisartsen voorstander zijn van co-lokalisatie bij de spoedgevallendienst. Dit komt ook in deze studie naar voor. Dezelfde argumenten die men in de literatuur aanhaalt, namelijk meer mogelijkheid tot technische onderzoeken, betere samenwerking en meer kosteneffectieve zorg komen ook uit onze vragenlijst naar voor. Bovendien vinden artsen een betere bereikbaarheid voor de patiënten een grote meerwaarde. Een gemeenschappelijke triage met de spoedgevallendienst zou zowel volgens onze vragenlijst als volgens de literatuur een meerwaarde zijn, al zou een hogere en onvoorspelbare werkdruk dan weer een negatieve impact op het welbevinden van de huisarts kunnen hebben. Tot op heden heeft het oprichten van wachtposten bij een spoedgevallendienst echter nog niet geleid tot een vermindering van de werkdruk bij de spoedartsen en blijft de gewenste impact op de kosteneffectiviteit uit. (25,26,30)

Continuïteit van de zorg

Ondanks de hoge werkdruk die huisartsen ervaren, blijft een duidelijke meerderheid het erover eens dat het voorzien van continuïteit een kerntaak van de huisarts is. De diepe nacht, in deze studie gedefinieerd als het deel van de nacht tussen 23 uur en 6 uur, vormt hierop de uitzondering. In die tijdspanne vindt ruim de helft dat de huisarts de meest aangewezen persoon is voor hulpvragen vanuit voorzieningen en woonzorgcentra, maar dat de zorg voor de algemene bevolking op dat moment geen duidelijke kerntaak van de huisarts is. Huisartsen gaven in de gesprekken aan dat mits goede triage de problemen die zich in die tijdsperiode voordeden ofwel uitgesteld konden worden tot de volgende ochtend, ofwel niet tot het competentiedomein van de huisarts behoorden en beter onmiddellijk naar de tweede lijn verwezen werden. Woonzorgcentra en voorzieningen vormden hierop een uitzondering omdat de zorgdoelen en de aard van de hulpvraag vaak anders is en daarom de huisarts in de diepe nacht wel vaak gepaste hulp kan bieden. In de literatuur stelt men wel vast dat de zorg voor ouderen in het woonzorgcentrum tijdens de wachtdiensten wel een belangrijke factor is in de werkdruk die men tijdens de wachtdienst ervaart en de negatieve impact die dit heeft op hun welbevinden. (2,7,10)

De leeftijd en de praktijkvorm waarin de arts werkt lijkt geen impact te hebben op de perceptie omtrent de kerntaak van de huisarts in het voorzien van continuïteit. De studie in Deurne-Borgerhout stelde net als wij vast dat huisartsen een wachtpost beschouwden als een meerwaarde voor de eerste lijn. (33)

Sterktes en zwaktes

De participatiegraad van de studie was relatief hoog en we bereikten een gevarieerd publiek. Een hoger aantal ingevulde enquêtes zou echter een nog beter en representatiever beeld brengen. Ondanks de vrij hoge participatiegraad blijven we immers met een relatief kleine steekproef werken, wat lage frequenties in bepaalde antwoorden oplevert, waardoor reële verschillen door de lage power mogelijks verborgen blijven. Bovendien blijft het motief van de non-responders onbekend en zou de visie van deze artsen mogelijks een interessante kijk op de wachtpostorganisatie kunnen bieden.

Daarnaast zou het inhoudelijk zinvol zijn om de studie uit te breiden naar nog andere huisartsenkringen in andere provincies en/of in meer stedelijk gelegen gebieden. Deze studie werd immers gedaan in een West-Vlaamse, vrij landelijk gelegen regio. Een studie in een stedelijk gebied en/of andere provincie zou misschien andere resultaten opleveren. Enerzijds zou nagekeken kunnen worden of de patiëntenpopulatie en het patiënten aantal een impact heeft op de beleving van de arts en anderzijds zou gekeken kunnen worden of er regionale verschillen zijn in beleving van de wachtdienst.

De studie werd uitgevoerd anderhalf jaar na de oprichting van de wachtpost. Alle deelnemers hadden op het moment van het invullen al enkele wachtdiensten achter de rug. De meesten hadden zowel in het vorige rotatiesysteem als in het huidige wachtpostsysteem shiften vervuld. Dit stelde de meeste artsen dus in staat een vergelijking te maken tussen vroeger en nu. Een zwakte zou echter kunnen zijn dat de enquête uitgevoerd werd in de tijdelijke wachtpost. De definitieve wachtpost met volledig aangepaste en uitgeruste accommodatie was op het moment van de studie nog in aanbouw. De accommodatie, ligging / opstelling van het onthaal en co-lokalisatie met de spoedgevallendienst en beschikbaarheid van technische onderzoeken was met andere woorden niet optimaal en niet volledig representatief. Deze factoren kunnen mogelijks een impact hebben op het welbevinden van de artsen. Het zou zinvol zijn de vragenlijst te herhalen één of enkele jaren later, om te zien hoe de visie evolueert na de verhuis en na enkele jaren ervaring met het systeem.

De studie werd afgenomen tijdens de zomermaanden. Dit is een periode waarin het rustiger is op de wachtpost, maar ook in de dagelijkse praktijk van de arts zelf, in vergelijking met de wintermaanden. Het is ongekend wat de impact hiervan is op de respons van de artsen.

Aanbevelingen

De artsen in deze studie waren globaal gezien tevreden met de shiftduur en het aantal shiften. Het lijkt dus aanbevolen om de huidige shiftduur van 12 uur in de toekomst te behouden. Uit de studie kwam naar voor dat vooral solisten moeilijkheden ervaren met het uitvoeren van shiften aansluitend op de werkweek. Het zou dus een gunstige impact op de tevredenheid kunnen hebben om deze shiften eerder te voorzien voor artsen werkend in groepsverband. Het sluitingsuur blijkt voor artsen met kinderen een goede balans te bieden. Gezien men hoopt in de toekomst meer jonge artsen aan te trekken, lijkt het dus aan te bevelen dit sluitingsuur te behouden. Het werken in wachtpostsysteem heeft voor de meeste artsen een gunstige impact op de work-life balance, in het bijzonder ook voor artsen met jonge kinderen. Het is naar de toekomst toe aan te bevelen om dit systeem te behouden. De meesten zijn tevreden over de verdeling zoals dit nu gebeurt, met de mogelijkheid tot het opgeven van voorkeuren en het wisselen van shiften. Deze werking wordt aldus best gecontinueerd.

Gezien de praktijkvorm verschillende malen een beïnvloedende factor lijkt te zijn in het bepalen van de beleving van de wachtdienstorganisatie, lijkt het wenselijk om in een volgende studie onderzoek te doen naar de karakteristieken van een arts die de keuze van praktijkvorm bepalen. Hierbij kan zowel naar context- en demografische factoren (vb. leeftijd, geslacht, familiale context, praktijkligging, ligging t.o.v. ziekenhuis e.d.) als naar karaktereigenschappen / gedragskenmerken (vb. belang gehecht aan autonomie, communicatie, multidisciplinariteit enz.) gekeken worden. Uit deze studie kan immers niet

eenduidig geconcludeerd worden dat de praktijkvorm de bepalende factor is in het verschil in perceptie, gezien mogelijks onderliggende karakteristieken van de arts, bepalend voor de keuze van praktijkvorm, mee de perceptie van de wachtorganisatie kleuren. Dergelijke studie zou zinvol zijn om de resultaten van deze studie beter en verder te interpreteren, maar zou bijvoorbeeld ook een aanzet kunnen zijn tot modellen die startende artsen helpen zoeken naar de best passende praktijkvorm.

Conclusie

In analogie met een eerder uitgevoerde studie in Deurne - Borgerhout werd in dit onderzoek bevestigd dat er algemeen een tevredenheid is over het oprichten van wachtposten om de continuïteit van de zorg tijdens weekends en feestdagen te voorzien. Bij aankondiging van de omschakeling komen bezorgdheden naar boven, maar deze verdwijnen vaak doorheen het verdere verloop. Bij het opstellen van de shiftverdeling zou het een meerwaarde kunnen zijn rekening te houden met de praktijkvorm van de arts. Het systeem waarbij artsen een voorkeur kunnen opgeven voor shiften die men liever wel en liever niet wenst te doen, lijkt voor het organiseren van de persoonlijke agenda, onder andere voor ouders met jonge kinderen, een meerwaarde.

Bronnen

1. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, et al. Huisartsgeneeskunde: Aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. Brussel; 2008.

2. Roksund G. [Future of out-of-hours primary health care services]. Tidsskr Nor Laegeforen. 17 mei 2007;127(10):1334.

3. Naar een gezond België. Duurzaamheid van het gezondheidssysteem [Internet]. Gezondbelgië.be. 18 juni 2021 [Geraadpleegd op 25 februari 2023]. Beschikbaar via https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/duurzaamheid-van-het-gezondheidssysteem.

4. Art. 39, Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Wet van 22 april 2019. Belgisch staatsblad (14 mei 2019).

5. Art. 422 bis, Enkele gevallen van schuldig verzuim. Strafwetboek 6 januari 1961.

6. Jonckheer P et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? Brussel; 2011 dec.

7. Leutgeb R, Frankenhauser-Mannuß J, Scheuer M, Szecsenyi J, Goetz K. Job satisfaction and stressors for working in out-of-hours care – a pilot study with general practitioners in a rural area of Germany. BMC Fam Pract. 22 december 2018;19(1):95.

8. 'Jonckheer P, 'Stordeur S, 'Lebeer G, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Brussel; 2011.

9. Salemi M, Aryankhesal A, Jafari M. The response of health systems to after-hours primary cares in Iran and the selected countries. Int J Health Plann Manage. 16 oktober 2019;34(4).

10. Cuddy NJ, Keane AM, Murphy AW. Rural general practitioners' experience of the provision of out-of-hours care: a qualitative study. Br J Gen Pract. april 2001;51(465):286–90.

11. O'Malley AS, Samuel D, Bond AM, Carrier E. After-Hours Care and its Coordination with Primary Care in the U.S. J Gen Intern Med. 1 november 2012;27(11):1406–15.

12. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General Practice and Primary Health Care in Denmark. The Journal of the American Board of Family Medicine. 1 maart 2012;25(Suppl 1):S34–8.

13. Smits M, Colliers A, Jansen T, Remmen R, Bartholomeeusen S, Verheij R. Examining differences in out-of-hours primary care use in Belgium and the Netherlands: a cross-sectional study. Eur J Public Health. 1 december 2019;29(6):1018–24.

14. Leutgeb R, Walker N, Remmen R, Klemenc-Ketis Z, Szecsenyi J, Laux G. On a European collaboration to identify organizational models, potential shortcomings and improvement options in out-of-hours primary health care. European Journal of General Practice. 24 september 2014;20(3):233–7.

15. Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. GPs' experiences with out-of-hours GP cooperatives: A survey study from the Netherlands. European Journal of General Practice. 25 september 2014;20(3):196–201.

16. Margolius D, Bodenheimer T. Redesigning After-Hours Primary Care. Ann Intern Med. 19 juli 2011;155(2):131.

17. Grol R, Giesen P, van Uden C. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models. Health Aff. november 2006;25(6):1733–7.

18. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands. Ann Intern Med. 16 mei 2017;166(10):737.

19. Biezen M van der, Wensing M, Burgt R van der, Laurant M. Towards an optimal composition of general practitioners and nurse practitioners in out-of-hours primary care teams: a quasi-experimental study. BMJ Open. 30 mei 2017;7(5):e015509.

20. van der Biezen M, Adang E, van der Burgt R, Wensing M, Laurant M. The impact of substituting general practitioners with nurse practitioners on resource use, production and health-care costs during out-of-hours: a quasi-experimental study. BMC Fam Pract. 13 december 2016;17(1):132.

21. Longden T, Hall J, van Gool K. Supplier-induced demand for urgent after-hours primary care services. Health Econ. oktober 2018;27(10):1594–608.

22. Coombes R. How to fix out of hours care. BMJ. 27 april 2016;i2356.

23. Salemi M, Aryankhesal A, Jafari M. The response of health systems to after-hours primary cares in Iran and the selected countries. Int J Health Plann Manage. 16 oktober 2019;34(4).

24. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. Ann Intern Med. 19 juli 2011;155(2):108.

25. van Uden CJT, Giesen PHJ, Metsemakers JFM, Grol RPTM. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Fam Med. september 2006;38(8):565–9.

26. Dunt D, McKenzie R. Solutions Not Problems: A New Era in After-Hours Care? Ann Intern Med. 16 mei 2017;166(10):752.

27. Keizer E, Maassen I, Smits M, Wensing M, Giesen P. Reducing the use of out-of-hours primary care services: A survey among Dutch general practitioners. European Journal of General Practice. 2 juli 2016;22(3):189–95.

28. McKenzie R, Williamson M. The league of extraordinary generalists: a qualitative study of professional identity and perceptions of role of GPs working on a national after hours helpline in Australia. BMC Health Serv Res. 22 december 2016;16(1):142.

29. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam Pract. juni 2003;20(3):311–7.

30. van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. BMC Health Serv Res. 31 december 2005;5(1):27.

31. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health systems in transition, 2020. 2020.

32. Merckx J, de Lepeleire J, Vankrunkelsven P. Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst. Leuven; 2013 jan.

33. Philips H, Renders R, Remmen R, van Royen P. Huisartsenwachtpost Deurne - Borgerhout. Hoe tevreden zijn de huisartsen? Huisarts Nu . 2004;33(10):592–7.

34. Boogaerts T, Bossaert H, Maertens K, Neyrinck A, vanden Bussche I, Vanderhoydonck J, e.a. Opstart en management van een huisartsenwachtpost. Een kwalitatief onderzoek in zestien vlaamse huisartsenwachtposten. Huisarts Nu. 2015;44:114–21.

35. Directoraat Generaal Gezondheidszorg. Blikvanger gezondheidszorg. Dringende, medische en psychosociale hulpverlening. Editie 2021. Brussel; 2021.

36. de Vries M, Dendooven L, Wuyts T, van Baelen S, Schoenmakers B. Evaluatie van de nieuwe wachtpost Oost-Brabant. Vergelijkende studie over de werking en tevredenheid van huisartsen en patiënten. Huisarts Nu. 29 augustus 2015;44:121–7.

37. Mc Loughlin M, Armstrong P, Byrne M, Heaney D, O'Brien N, Murphy A. A comparative study on attitudes, mental health and job stress amongst GPs participating, or not, in a rural out-of-hours co-operative. Fam Pract. 1 juni 2005;22(3):275–9.

38. O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A, O'Kelly F. Out-of-hours co-operatives: General practitioner satisfaction with governance and working arrangements. European Journal of General Practice. 11 januari 2006;12(1):15–8.

39. Neimanis I, Kaczorowski J, Howard M. After-hours services in capitation-funded primary care practice: use and satisfaction. Can Fam Physician. oktober 2009;55(10):1008-9.e1-6.

40. Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskår S, Blinkenberg J, Thesen J, e.a. [Organization of Norwegian out-of-hours primary health care services]. Tidsskr Nor Laegeforen. 17 mei 2007;127(10):1335–8.

Bijlages

Bijlage 1: Oriënterend interview

- Algemene gegevens: type praktijk, consultatiesysteem, ondersteuning, afstand praktijk tot wachtpost, leeftijd arts, geslacht, gezinssituatie, werkuren.
- Welke impact heeft het wachtsysteem op de praktijkvoering binnen uw eigen praktijk in casu op de vrijdag voor het weekend en de maandag na het weekend?
- Wat vind u van de shiftverdeling? Zou u hieraan iets veranderen? Zo ja, wat en waarom?
- Welke zijn voor uw lievelingsshiften en welke wil je zoveel als mogelijk vermijden? Waarom?
- Hoe beleeft u het werken op de wachtpost?
- Zou u iets veranderen aan de bestaffing van de wachtposten, zo ja, wat?
- Heeft u ooit in een ander wachtpostsysteem gewerkt? Zo ja, welk systeem geniet uw voorkeur en waarom? Zo nee, zou u in een ander systeem willen werken, en waarom?
- Vindt u het zorgen voor de continuïteit 24/7 taak van de huisarts? Waarom wel/niet? (beetje polsen naar systeem van artsen die enkel wachtdiensten doen)

Bijlage 2: Informed consent oriënterend interview

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Hoe kan de arts-shiftenverdeling tijdens wachtdiensten geoptimaliseerd worden?

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 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.

BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort een oriënterend interview over de shiftverdeling van de huisartsenwachtdiensten hebben.

De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de UGent voert een onderzoek uit naar de perceptie van huisartsen over de huidige arts-shiftenverdeling bij wachtdiensten. Het doel is te achterhalen wat hierbij als plus- en minpunten wordt ervaren en hoe de verdeling volgens de artsen eventueel zou kunnen geoptimaliseerd worden. Deze input zal gebruikt worden om in een volgende fase van het onderzoek vragenlijsten op te stellen om bij het grotere publiek aangehaalde punten te toetsen. De verzamelde observaties kunnen nadien meegenomen worden naar toekomstige aanpassingen in de planningsstrategie.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om hierover een gesprek met de onderzoeker te voeren. Dit zal ongeveer 30 minuten van uw tijd in beslag nemen.

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 Ann.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het interview 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.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een optimalisatie van de arts-shiftenverdeling, met een betere work-life balans en betere continuïteit van de zorg binnen- en buiten uw praktijk.

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 geanonimiseerd worden Enkel de geanonimiseerde 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. De Sutter Ann (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

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 interview 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 kopie 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 arts-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.	
2. Ik stem ermee in dat het interview wordt opgenomen.	
3. Ik stem ermee in dat de input van het interview gebruikt wordt voor de opmaak van vragenlijsten kaderend in dit onderzoek.	
4. Ik stem ermee in dat mijn email adres gebruikt wordt voor het versturen van een vragenlijst horend bij een tweede luik van deze studie.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	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.	

Bijlage 3: Vragenlijst

Huisartsenwachtpost Molenland:
Hoe kan de arts-shiftenverdeling geoptimaliseerd worden
Masterproefproject MaNaMa huisartsgeneeskunde

PERSOONLIJKE GEGEVENS EN PRAKTIJKGEGEVENS

1. Wat is uw geslacht?
   - O Man
   - O Vrouw
   - O Andere: ……
2. Wat is uw leeftijd? ……..
3. Wat is uw huidige gezinssituatie?
   - O Alleenstaand zonder kind(eren) waarvoor opvang voorzien moet worden
   - O Alleenstaand met kind(eren) waarvoor opvang voorzien moet worden
   - O Samenwonend / gehuwd zonder kind(eren) waarvoor opvang voorzien moet worden
   - O Samenwonend / gehuwd met kind(eren) waarvoor opvang voorzien moet worden
   - O Andere:
4. Ligging praktijk:
   - O Meulebeke – Oostrozebeke (Markegem, Meulebeke, Oeselgem, Oostrozebeke, Wakken)
   - O Ruiselede – Dentergem (Aarsele, Dentergem, Gottem, Grammene, Kanegem, Ruiselede en Wontergem)
   - O Tielt – Pittem (Egem, Pittem, Schuiferskapelle en Tielt)
   - O Wingene – Zwevezele (Wingene en Zwevezele)
5. Afstand praktijk – wachtpost:
   - O < 10 minuten
   - O 10 – 20 minuten
   - O 20 – 30 minuten
   - O > 30 minuten
6. Type praktijk:
   - O Solopraktijk zonder HAIO (huisarts in opleiding)
   - O Solopraktijk met HAIO
   - O Duopraktijk zonder HAIO
   - O Duopraktijk met HAIO
   - O Groepspraktijk zonder HAIO
   - O Groepspraktijk met HAIO
7. Aantal artsen werkzaam in de praktijk (HAIO niet inbegrepen):
   - O 1
   - O 2
   - O 3
   - O 4 of meer
8. Praktijkondersteuning (meerdere opties mogelijk):
   - O Fysiek secretariaat
   - O Tele-secretariaat
   - O Verpleegkundig medewerker
   - O Andere:
9. Type consultaties (indien gewijzigd door corona-maatregelen, respons op basis van voorspelde werking in post-coronatijdperk)
   - O Uitsluitend vrij consultaties
   - O Uitsluitend consultaties op afspraak
   - O Zowel vrije consultaties als consultaties op afspraak
10. Indien (gedeeltelijk) werking op afspraak: hoe maakt patiënt afspraak (meerdere opties mogelijk)
    - O Telefonisch via arts
    - O Telefonisch via (tele)secretariaat
    - O Online

WACHTPOST

11. De huidige duur van een shift is 12 uur (met uitzondering van vrijdagnacht). Voor mij is dit

- O Te lang
- O Te kort
- O Goed

Factoren die hierin meespelen zijn:

- O Kwaliteit van de geleverde zorg
- O Gezinsleven / familie
- O Bioritme / persoonlijk welbevinden
- O Werk in eigen praktijk

12. Het gemiddeld aantal toegewezen wachten op weekend- en feestdagen bedraagt momenteel 9 (effectief) + 4 (achterwachten). Voor mij is dit
    - O Te veel
    - O Te weinig
    - O Goed

    Factoren die hierin meespelen zijn:

    - O Kwaliteit van de geleverde zorg
    - O Gezinsleven / familie
    - O Bioritme / persoonlijk welbevinden
    - O Werk in eigen praktijk
13. De wijziging naar het wachtpostsysteem heeft ten opzichte van het oude systeem een
    - O Gunstige impact op mijn work-life balance
    - O Ongunstige impact op mijn work-life balance
    - O Geen impact op mijn work-life balance
14. Het werken tijdens wachtdiensten met een wachtpost bezorgt me ten opzichte van het werken vanuit eigen praktijk
    - O Meer stress
    - O Minder stress
    - O Evenveel stress
    - O Geen stress (ik ervaar geen stress tijdens mijn wachtdiensten)

    Factoren die hiertoe bijdragen: (+ toename, 0 geen impact, - afname)

    …. Secretariaat (aannemen telefoons, regelen van de agenda)
    …. Chauffeur
    …. Aanwezigheid van collega huisarts op wachtpost
    …. Accommodatie / uitrusting van de wachtpost
    …. Werken op afspraak
    …. Afgebakende duur wachtdienst
    …. Zich bevinden op een wachtpost (tov zich bevinden in de eigen praktijk – eigen omgeving)

15. Op vrijdagen of avonden voor een feestdag, is het openingsuur van de wachtpost 18u00.

    A. Ik vind dit <u>als arts die de wacht doet</u>
    - O Te vroeg
    - O Te laat
    - O Goed

    B. Ik vind dit <u>als arts die de wacht niet doet</u>

    - O Te vroeg
    - O Te laat
    - O Goed
16. De impact van dit openingsuur op mijn eigen praktijk (als arts die de wacht doet) is
    - O Nihil
    - O Reëel, maar op te vangen
    - O Reëel en storend/moeilijk op te vangen
    - O Werkelijk problematisch

    Factoren die hiertoe bijdragen (0: geen invloed, 5 zeer sterke invloed)

    …. Aanwezigheid van collega-huisarts in de praktijk
    …. Aanwezigheid van HAIO in de praktijk

…. Afstand tot de wachtpost
…. Secretariaat / telefoniehulp in eigen praktijk
…. Patiëntgebonden factoren

17. De impact van dit openingsuur op mijn privéleven (als arts die de wacht doet) is
    - O Nihil
    - O Reëel, maar op te vangen
    - O Reëel en storend / moeilijk op te vangen
    - O Werkelijk problematisch
18. Op maandagen of ochtend na een feestdag, is het sluitingsuur van de wachtpost 8 uur.
    A. Ik vind dit <u>als arts die de wacht doet</u>
    - O Te vroeg
    - O Te laat
    - O Goed

    B. Ik vind dit als arts die de wacht niet doet

    - O Te vroeg
    - O Te laat
    - O Goed
19. De impact van dit sluitingsuur hiervan op mijn eigen praktijk (als arts die de wacht doet) is
    - O Nihil
    - O Reëel, maar op te vangen
    - O Reëel en storend/moeilijk op te vangen
    - O Werkelijk problematisch

    Factoren die hiertoe bijdragen (0: geen invloed, 5 zeer sterke invloed)

    …. Aanwezigheid van collega-huisarts in de praktijk
    …. Aanwezigheid van HAIO in de praktijk
    …. Afstand tot de wachtpost
    …. Secretariaat / telefoniehulp in eigen praktijk

20. De impact van dit sluitingsuur hiervan op mijn privéleven (als arts die de wacht doet) is
    - O Nihil
    - O Reëel, maar op te vangen
    - O Reëel en storend / moeilijk op te vangen
    - O Werkelijk problematisch
21. Het wisseluur van de 12-urenshift is om 8 en om 20 u. Ik vind dit als arts die de wacht doet
    - O Te vroeg
    - O Te laat
    - O Goed

    Factoren die hiertoe bijdragen (0: geen invloed, 5 zeer sterke invloed)

    …. Gezinsleven
    …. Persoonlijke activiteiten
    …. Bioritme
    …. Verkeersdrukte
    …. Drukte op de wachtpost

22. Mijn lievelingsshift is
    - O Vrijdagnacht / nacht voor feestdag
    - O Zaterdag overdag
    - O Zaterdagnacht
    - O Zondag overdag
    - O Zondagnacht / nacht van de feestdag

    Factoren die deze voorkeur beïnvloeden zijn (0: geen invloed, 5: zeer sterke invloed)

    …. Werking eigen praktijk
    …. Persoonlijke agenda
    …. Gezinsleven / familie
    …. Type pathologie

…. Bioritme
…. Drukte op de wachtpost
…. Bestaffing van de wachtpost
…. Verloning van de wachtdienst

23. De shift die ik het minst graag doe, is
    - O Vrijdagnacht / nacht voor feestdag
    - O Zaterdag overdag
    - O Zaterdagnacht
    - O Zondag overdag
    - O Zondagnacht / nacht van de feestdag

    Factoren die deze keuze beïnvloeden zijn (0: geen invloed, 5: zeer sterke invloed)

    …. Werking eigen praktijk
    …. Persoonlijke agenda
    …. Gezinsleven / familie
    …. Type pathologie
    …. Bioritme
    …. Drukte op de wachtpost
    …. Bestaffing van de wachtpost
    …. Verloning van de wachtdienst

24. De aanwezigheid van een secretariaat op de wachtpost vind ik
    - O Positief, een meerwaarde
    - O Neutraal
    - O Negatief, een nadeel
25. De aanwezigheid van een chauffeur voor de huisbezoeken vind ik OVERDAG
    - O Positief, een meerwaarde
    - O Neutraal
    - O Negatief, een nadeel
26. De aanwezigheid van een chauffeur voor de huisbezoeken vind ik ’S NACHTS
    - O Positief, een meerwaarde
    - O Neutraal
    - O Negatief, een nadeel
27. Ik ben bereid te investeren (ten koste van deel honorarium) in logistieke ondersteuning op de wachtpost (secretariaat, verpleegkundige, chauffeur…).
    - O Akkoord
    - O Niet akkoord
28. Een aansluiting bij het triagesysteem 1733 – fase 2 (bij opbellen 1733 komen burgers terecht in bij een operator in de noodcentrale. Aan de hand van een aantal vragen, beslist de operator om een huisbezoek in te boeken of om de burger (zonder afspraak) naar de wachtpost te laten begeven), zou de werking voor de artsen van de wachtpost verbeteren.
    - O Akkoord
    - O Niet akkoord
29. Een aansluiting bij het triagesysteem 1733 – fase 2 zou een secretariaat op de wachtpost overbodig maken.
    - O Akkoord
    - O Niet akkoord
30. Wat betreft de uitrusting (medisch materiaal) is het werken op de wachtpost ten opzichte van de eigen praktijk
    - O Beter
    - O Even goed
    - O Minder goed
31. Open vraag: welke medisch materiaal ontbreekt of is overbodig op de wachtpost?
32. Wat betreft de uitrusting (medisch materiaal) is het werken voor de wachtpost op huisbezoek ten opzichte van huisbezoeken tijdens de wacht vanuit eigen praktijk
    - O Beter
    - O Even goed
    - O Minder goed
33. Open vraag: welke medisch materiaal ontbreekt of is overbodig bij huisbezoeken?
34. De ligging van de wachtpost bij een spoedgevallendienst vind ik

- O Een meerwaarde
- O Neutraal
- O Een nadeel

Factoren die bij deze mening meespelen (0: geen invloed, 5: zeer sterke invloed)

…. Beschikbaarheid technische onderzoeken (labo, RX)
…. Lagere drempel tot overleg
…. Lagere drempel tot verwijzing
…. Betere bereikbaarheid voor de patiënt
…. Pathologie meer op maat van de huisarts

35. Een gemeenschappelijk triagesysteem voor de huisartsenpost en spoed zou volgens mij
    - O Een meerwaarde / voordeel zijn voor de huisarts
    - O Noch beter, noch slechter zijn voor de huisarts
    - O Een nadeel zijn voor de huisarts

    Factoren die tot deze mening bijdragen zijn (0: geen invloed, 5: zeer sterke invloed)
    …. Niet meer op afspraak / gepland kunnen werken
    …. Drukte niet in te schatten
    …. Nauwere samenwerking / meer overleg 1e en 2e lijn
    …. Efficiënter gebruik van de echelons / kosten-effectiever werken
    …. (financiële) neutraliteit van de triage

36. De aanwezigheid van een verpleegkundige op de wachtpost zou ik
    - O Een meerwaarde vinden
    - O Geen meerwaarde vinden

37. Het aantal wachtartsen overdag actief op de wachtpost is
    - O Goed
    - O Te veel
    - O Te weinig
    - O Wisselend, zou moeten aangepast zijn aan het seizoen

38. Het aantal wachtartsen op weekend – en feestdagnachten actief op de wachtpost is
    - O Goed
    - O Te weinig
    - O Wisselend, zou moeten aangepast zijn aan het seizoen

39. Een centralisatie van de weekwachten via de wachtpost zou voor mij
    - O Een verbetering zijn
    - O Noch verbetering, noch verslechtering zijn
    - O Een verslechtering zijn

    Factoren die tot deze mening bijdragen: (0: geen invloed, 5: zeer sterke invloed)

    …. Aantal weekwachten
    …. Drukte van de weekwachten
    …. Chauffeur
    …. Verblijf op de wachtpost
    …. Secretariaat
    …. Openingsuren wachtpost
    …. Continuïteit werking eigen praktijk
    …. Gezinsleven
    …. Persoonlijke agenda
    …. Levenskwaliteit

40. De bereikbaarheid van een huisartsenwachtdienst buiten de reguliere praktijkuren vind ik
    - O Noodzakelijk elke dag, op ieder uur, voor iedereen
    - O Noodzakelijk elke dag, van 6 u tot 23 u, voor iedereen, buiten deze uren enkel voor WZC en voorzieningen
    - O Noodzakelijk elke dag, van 6u tot 23 u, voor iedereen, daarbuiten via spoed
    - O Niet noodzakelijk voor iedereen, enkel voor WZC en voorzieningen
    - O Niet noodzakelijk
    - O Noodzakelijk, maar niet via de huisartsen werkend in het reguliere systeem (cfr. Wachtartsensysteem)

41. Het werken tijdens wachtdiensten zou aangenamer zijn indien patiënten vooraf getrieerd worden door ervaren triagepersoneel met geprotocolleerd systeem dat ook zelfzorg adviezen kan geven en kan verwijzen naar regulieren zorg.
    - O Akkoord
    - O Niet akkoord
42. Ik zou meer wachten doen als het financieel aantrekkelijker zou zijn.
    - O Akkoord
    - O Niet akkoord
43. Ik vind de verloning van een wachtdienst
    - O Goed
    - O Te laag
    - O Te hoog
44. Ik vind de verloning met vast bedrag
    - O Goed, fair
    - O Niet goed, betaling per patiënt zou beter zijn
    - O Geen mening over
45. Ik vind het huidige wachtpostsysteem ten opzichte van vroegere regiowachten (groter gebied, grotere populatie, minder nauw contact met behandelende arts)
    - O Even goed voor de continuïteit
    - O Beter voor de continuïteit
    - O Minder goed voor de continuïteit

Dit is het einde van de vragenlijst. Bedankt voor uw deelname. De gegeven zullen anoniem verwerkt worden. We hopen hiermee het wachtsysteem te kunnen optimaliseren.

Bijlage 4: Informed consent vragenlijst

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Hoe kan de arts-shiftenverdeling tijdens wachtdiensten geoptimaliseerd worden?

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 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 vragenlijst ontvangen met betrekking tot de shiftverdeling van de huisartsenwachtdiensten.

De vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de UGent voert een onderzoek uit naar de perceptie van huisartsen over de huidige arts-shiftenverdeling bij wachtdiensten. Het doel is te achterhalen wat hierbij als plus- en minpunten wordt ervaren en hoe de verdeling volgens de artsen eventueel zou kunnen geoptimaliseerd worden. De verzamelde observaties kunnen meegenomen worden naar toekomstige aanpassingen in de planningsstrategie.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.

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 Ann.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijsten in te vullen 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.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot een optimalisatie van de arts-shiftenverdeling, met een betere work-life balans en betere continuïteit van de zorg binnen- en buiten uw praktijk.

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 geanonimiseerd worden. In deze studie kunnen ook gegevens verzameld worden via vragenlijst aan de deelnemer. Daartoe zal u gevraagd worden een persoonlijk email-adres te bezorgen waarop u deze vragenlijst wenst te ontvangen. Enkel de geanonimiseerde 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. De Sutter Ann (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

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 arts-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 arts-onderzoeker.	
2. Ik stem ermee in dat mijn email adres gebruikt wordt voor het versturen van vragenlijsten horend bij deze studie.	
3. Ik stem ermee in dat mijn gegevens geanonimiseerd gebruikt worden in overleg met wachtpostmanagers en overheden.	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	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.	

KU LEUVEN · UNIVERSITEIT GENT · Universiteit Antwerpen · Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HOE KAN DE ARTS-SHIFTENVERDELING TIJDENS WACHTDIENSTEN GEOPTIMALISEERD WORDEN?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR
- NAAM: DE SUTTER AN
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT, HUISARTS
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 81 04
- E-MAIL: AN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: WILLEMS SARA

CO-PROMOTOR
- NAAM: VAN DE VELDE BART
- FUNCTIE: HUISARTS, ONDERVOORZITTER HUISARTSENVERENIGING GENT
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): /
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSENPRAKTIJK LEDEBERGPLEIN
- TELEFOONNUMMER: 09 231 28 22
- E-MAIL: BART.VANDEVELDE@HALP.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): /

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: DUCHI LAURA
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0479 12 19 34
- E-MAIL: LAURA.DUCHI@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER PERIODE 1: VANDECAPPELLE JOHAN
- ADRES: VIER UITERSTEN 32, 8200 SINT-ANDRIES BRUGGE
- TELEFOONNUMMER: 050 31 02 88
- E-MAIL: DR.VANDECAPPELLE.JOHAN@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUOPRAKTIJK

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER PERIODE 2: VANCLOOSTER MARC
- ADRES: OOSTKUSTEBEKESTRAAT 30, 8760 MELLEBEKE
- TELEFOONNUMMER: 051 48 58 64
- E-MAIL: MARC.VANCLOOSTER@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLOPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: ...
- NAAM ONDERZOEKER: ...
- DATUM GOEDKEURING: ... (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: VANAF GOEDKEURING (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30 SEPTEMBER 2023

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN [=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME]
- X VRAGENLIJSTEN
- X INTERVIEW

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ☐ WELKE PERIODE: ....

☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ☐ FASE I
  - ☐ FASE II
  - ☐ FASE III
  - ☐ FASE IV
  - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,...)
  - ☐ MEDICAL DEVICE
  - ☐ BLOEDAFNAME, RX,...

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM EEN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

BIJ DE OPSTART VAN EEN NIEUWE HUISARTSENWACHTPOST IN REGIO TIELT KWAM MEN TOT DE VASTSTELLING DAT ER BIJ DE ARTSEN TERUGHOUDENDHEID BESTAAT TEGENOVER HET CONCEPT, ONDER ANDERE WEGENS BEZORGDHEDEN MET BETREKKING TOT DE VERDELING VAN DE SHIFTEN. DEZE BEZORGDHEID WERD IN EEN BREDER KADER GEPLAATST. DEZEN UIT VERSCHILLENDE VOORGAANDE ONDERZOEKEN IN BESTAANDE WACHTPOSTEN SHIFT-GERELATEERDE PROBLEMEN NAAR VOREN KWAMEN. DE VOORNAAMSTE WAREN ENERZIJDS DE AFSTAND VAN PRAKTIJK TOT WACHTPOST EN ANDERZIJDS DE OPENINGSUREN VAN DE WACHTPOST. HET DOEL VAN DIT ONDERZOEK IS VERDER NA TE GAAN WELKE PROBLEMEN EN BEZORGDHEDEN BIJ DE ARTSEN BESTAAN EN WELKE MOGELIJKE ALTERNATIEVEN VOOR DE ARTSEN EEN OPLOSSING KUNNEN BIEDEN. CONCRETE VRAGEN DIE WE BEANTWOORD WILLEN HEBBEN ZIJN: HOE GEBEURT DE VERDELING VAN DE SHIFTEN OP HEDEN? HOE WORDT DIT DOOR DE ARTSEN ERVAREN? WELKE IMPACT HEEFT DE HUIDIGE SHIFTENVERDELING OP DE REGULIERE PRAKTIJKWERKING IN CASU OP DE VRIJDAG VOOR HET WEEKEND EN DE MAANDAG NA HET WEEKEND? WELKE ELEMENTEN IN DE HUIDIGE VERDELING ZIJN VOLGENS DE ARTSEN VOOR VERBETERING VATBAAR? WELKE ELEMENTEN WORDEN DOOR DE ARTSEN ALS GOED ERVAREN? BESTAAT ER EEN VERBAND TUSSEN DE VOORKEURSSHIFTEN EN HET PROFIEL VAN DE ARTS, EN ZO JA, WAT IS DIT VERBAND EN HOE KAN DIT ELEMENT GEBRUIKT WORDEN IN DE TOEKOMSTIGE VERDELING?

OM DEZE DOELSTELLING TE BEREIKEN, VOEREN WE EEN PROSPECTIEVE OBSERVATIONELE STUDIE UIT, BESTAANDE UIT TWEE LUIKEN. EEN EERSTE LUIK BESTAAT UIT ORIËNTERENDE INTERVIEWS BIJ EEN SELECTIEVE STEEKPROEF VAN HUISARTSEN UIT DE GEËINDIGENDE WACHTRINGEN MET ALS DOEL DE HUIDIGE PROBLEEMPUNTEN IN KAART TE BRENGEN. HIERBIJ ZULLEN ARTSEN MET VERSCHILLENDE PROFIELEN BEVRAAGD WORDEN TOT SATURATIE VAN ANTWOORDEN BEREIKT WORDT. IN DEZE FASE ZAL OOK CONTACT OPGENOMEN WORDEN MET PERM@MED, HET SOFTWAREPAKKET WAARMEE DE MEESTE HUISARTSENKRINGEN OP HEDEN WERKEN VOOR DE VERDELING VAN DE SHIFTEN. EN ZAL NAGEGAAN WORDEN WAT DE MOGELIJKHEDEN EN BEPERKINGEN VAN HET SOFTWAREPAKKET ZIJN

EN NIET WELKE VRAGEN ZU GECONFRONTEERD WORDEN. NADIEN VOLGT EEN TWEEDE LUIK WAARIN OP BASIS VAN DE RESPONS UIT DE INTERVIEWS EEN VRAGENLIJST OPGESTELD WORDT OM DE AANGEHAALDE PROBLEMEN TE KWANTIFICEREN EN OP ZOEK TE GAAN NAAR EEN PROFIEL VAN DE ARTS BIJ DE AANGEHAALDE SHIFT-GERELATEERDE PROBLEMEN. IN DE VRAGENLIJSTEN ZULLEN OOK DE MOGELIJKE ALTERNATIEVEN, GEVONDEN IN DE LITERATUUR, AFGETOETST WORDEN BIJ DE ARTSEN NAAR HAALBAARHEID EN AANVAARDING. AAN DE DEELNEMENDE ARTSEN ZAL EEN GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING GEVRAAGD WORDEN. DE ARTSEN ZULLEN VOOR HET AFNEMEN VAN EEN ORIËNTEREND INTERVIEW VOORAF TELEFONISCH GECONTACTEERD WORDEN. HET INTERVIEW ZELF KAN TELEFONISCH, VIA DIGITALE VERGADERING OF IN DE PRAKTIJK VAN DE ARTS AFGENOMEN WORDEN, NAARGELANG DE VOORKEUR VAN DE ARTS. DE VRAGENLIJSTEN ZULLEN ENERZIJDS PER MAIL VERSPREID WORDEN, MAAR OOK TER BESCHIKKING GESTELD WORDEN OP DE HUISARTSENWACHTPOSTEN. OP VRAAG VAN DE ARTS KAN OOK EEN PAPIEREN EXEMPLAAR VOORZIEN WORDEN. DE RESPONS ZAL OPGEVOLGD WORDEN EN BIJ LAGE RESPONSRATIO ZULLEN HERINNERINGEN VERSTUURD WORDEN.

WE HOPEN MET DEZE INPUT AANBEVELINGEN TE KUNNEN DOEN AAN DE HUISARTSENKRINGEN OM DE ARTS-SHIFTVERDELING TE OPTIMALISEREN VANUIT HET STANDPUNT VAN DE HUISARTSEN OM ZO ENERZIJDS DE TEVREDENHEID BIJ DE HUISARTSEN TE VERHOGEN EN ANDERZIJDS DE KWALITEIT EN CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG IN DE EERSTE LIJN TE VERBETEREN.

9. IS HET ONDERZOEK

- X DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☐ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- X NEEN

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: . . .
  - NAAM, ADRES, TEL., FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: . . .

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- X JA
- ☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : . . .

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- X JA
- ☐ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: NAAR SCHATTING +/- 20 VOOR INTERVIEW, DOEL VOOR VRAGENLIJST IS BEREIKEN VAN RESPONSGRAAD VAN 60 – 70 % VAN DE ARTSEN VAN WACHTGEBIED HUISARTSEN VAN 7 OOSTEN VAN WEST VLAANDEREN.

D. LEEFTIJD : 24 – 65

E. GESLACHT : MAN / VROUW / X

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VOOR HET INTERVIEW ZAL SELECTE STEEKPROEF PLAATSVINDEN OP BASIS VAN KARAKTERISTIEKEN ARTS (LEEFTIJD, GESLACHT) EN PRAKTIJK EN INSCHRIJVING IN DE DEELNEMENDE WACHTKRING. VOOR DE VRAGENLIJSTEN WORDEN ALLE ARTSEN VAN DE BETROKKEN WACHTKRING UITGENODIGD EN GEBEURT ZELFSELECTIE.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- X JA
- ☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- X JA
- ☐ NEEN

MONDELING :

- ☐ JA
- X NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? VOOR DE VRAGENLIJSTEN WORDEN DE ARTSEN NIET SYSTEMATISCH TELEFONISCH GECONTACTEERD OF PERSOONLIJK BEZOCHT, DUS IS MONDELINGEN TOELICHTING NIET MOGELIJK. BIJ VRAGEN OF PROBLEMEN KAN DE ONDERZOEKER WEL MONDELINGE TOELICHTING VERSCHAFFEN.

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ☐ JA
- X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? . . .

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? HUISARTSEN IN DEELNEMENDE WACHTKRINGEN.

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
X NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☐ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☐ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EVENOF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ER WERD IN EEN VOORGAAND MASTERPROEFONDERZOEK VAN HEYMANS JONAS REEDS PARTIEEL ONDERZOEK GEDAAN NAAR DE PROBLEMATIEK VAN DEZE STUDIE. DAAR LEG DE KLEMTOON OP DE INVENTARISATIE VAN MOGELIJKE PROBLEEMPUNTEN, MAAR WERD DIT NIET GEKOPPELD AAN HET PROFIEL VAN DE ARTSEN EN WERDEN GEEN CONCRETE OPLOSSINGEN VERDER UITGEDIEPT. DAAROM WORDT HIEROP IN DEZE STUDIE VERDER INGEGAAN. HET BETROF TOEN EVENEENS EEN ANDERE WACHTKRING (MEETJESLAND IVM BRUGGE).

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

X JA: BETERE ORGANISATIE EN KWALITEIT VAN DE ZORG, VERHOGEN WERKCOMFORT ARTS
☐ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☐ JA
X NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)
N/T

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
X NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIOISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ JA

  WELKE ? ...

- ☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN. INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- X NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 23/09/2021
NAAM : Laura Ducht
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 21/09/2021
NAAM : Hans Vandeurten
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING : Annie De Sutter (Signature)

Digitaal ondertekend door Annie De Sutter
Signature
Datum: 2021.09.23 18:37:20 +02'00'

CO-PROMOTOR

DATUM : 15/09/2021
NAAM : Van de Velde Bart
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 23/09/2021
NAAM : Prof. Sara Willems
HANDTEKENING :

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

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-11043	NVT	18/11/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Hoe kan de arts-schiftanverdeling tijdens wachtdiensten geoptimaliseerd worden? Scriptie Laura Duchi"

B.U.N.: B670202103101?

- Begeleidende brief dd. 14/10/2021 (ontvangen dd. 14/10/2021)
- Adviesaanvraagformulier document D (volledig ontvangen dd. 14/10/2021) versie 1 dd. 23/09/2021
- Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier
  - vragenlijst voor de deelnemers Versie 1, dd. 3/5/2021
  - interview voor de deelnemers Versie 1, dd. 2/5/2021
- Vragenlijsten
  - Vlaamse statistieken - Bellius gebiedsindeling - Statistiek Vlaanderen, versie 1, dd. 20/7/2021
- Diverse orienterend interview versie 1, dd. 3/5/2021

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 17/11/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 17/11/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaand 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 17/11/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 17/11/2022, 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).

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité bekentoont 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 effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof dr. R. Daron

SECRETARIS:
Prof dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7532

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
* *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 effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, 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 op 17/11/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (pat.Bntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patientvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	- Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, worden d'office uitgesloten van beoordeling.