Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst.

Jacob Merckx, K.U.Leuven

Promotor: Patrik Vankrunkelsven, K.U.Leuven

Co-promotor: Jan De Lepeleire, K.U.Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst.

Haio: Jacob MERCKX

Promotor: Patrik VANKRUNKELSVEN

Copromotor: Jan DELEPELEIRE

Praktijkopleider: Johan WUYTS

Context: Dit onderzoek komt voort uit de recente veranderingen in de organisatie van de wachtdiensten in Vlaanderen met de oprichting van de huisartsenwachtposten. Het recente KCE rapport van het kenniscentrum voor de gezondheidszorg, de geplande overheveling van de organisatie van wachtdienst naar het regionale niveau en de controverse omtrent deze wachtposten maken dit tot een hot topic in heel wat wachtkringen.

Onderzoeksvraag: Via een kwalitatieve analyse gaan we na wat de noden en verwachtingen zijn bij huisartsen in 3 verschillende regio's, in demografie gelijk maar verschillend in de huidige toekomstvisie betreffende de organisatie van de wacht. Daarbij trachten we eventuele verschillen in houding betreffende de wachtdienst in het algemeen en het concept van de wachtpost in het bijzonder aan het licht te brengen en verbanden onderling op te sporen. Tot slot worden deze attitudes gespiegeld aan de verwachtingen van de huisarts voor de wachtdienst van de toekomst.

Methode (literatuur & registratiewijze): Enerzijds, bestaat ze uit een literatuurstudie met nazicht van al verricht onderzoek naar "after hours" eerstelijns gezondheidszorg in Vlaanderen en gelijkaardige Europese alternatieven. Hierbij gaat specifieke aandacht naar de noden, de verwachtingen en houding van de huisarts hieromtrent en over het concept van de huisartsenwachtpost in het bijzonder. Anderzijds wordt een bevraging verricht bij huisartsen uit drie verschillende regio's over diezelfde aandachtspunten van de wachtdienst. Hierbij werd gebruik gemaakt van de meest geschikte vragenlijst die vanuit het literatuuronderzoek werd verkregen.

Resultaten: 134 artsen namen deel aan de studie, met een passende demografische verdeling en conform het gemiddelde in Vlaanderen. Er werd zowel een frequentie als een correlatieanalyse uitgevoerd op de antwoorden met volgende bevindingen: Het principe van de continuïteit van de zorg blijft overeind, maar de bereidheid tot het uitvoeren van de nachtpermanentie begint te tamen en stemmen tot uitbesteding van de wachtdienst komen op. Dit vooral bij de groep huisartsen die de wacht niet meer als een kerntaak beschouwen. Bij hen en bij een grote groep oudere mannelijke soloartsen is de verknochtheid aan het eigen kabinet groot, is de motivatie tot samenwerking beperkt en is er een afwijzen van nieuwe initiatieven voor de wacht die meer omkadering en veiligheid voor de arts kunnen bieden. Er is dan ook een belangrijke polarisatie in opinie tussen hen en jongere artsen, vrouwelijk artsen of artsen werkzaam in een samenwerkingsverband over het concept van de huisartsenwachtpost. Een verschil in verdeling van dit profiel verklaart ook de waargenomen regionale verschillen en kan aan de basis liggen van hun huidige uiteenlopende toekomstvisie betreffende de organisatie van de wacht. Uniformiteit is er wel op vlak van andere alternatieven als een uitstapregeling voor oudere artsen, een betere verloning en het geven van de mogelijkheid aan de arts om van een huisbezoek af te zien.

Conclusies: De evolutie naar meer huisartsenwachtposten in Vlaanderen mag geen revolutie worden. Daarvoor is bij bepaalde groepen het verzet te groot en riskeren we ons te verslikken in de lokale geplogenheden, welke vaak aangepaste maatregelen vereisen. Het is dan ook noodzakelijk elke wachtregio zijn tijd en ruimte te geven, maar wel met één belangrijke voorwaarde: Elke regio moet namelijk inzien dat indien er geen gehoor geven wordt aan de oproep tot verdere professionalisering van de wachtdienst, onze sterke positie in de continuïteit van de zorg onhoudbaar wordt. Het zou zeer spijtig zijn, mochten we als huisarts deze kerntaak en dit verworven voorrecht verliezen.

E-mail: jacob.merckx@student.kuleuven.be

Inhoudsopgave

Abstract 2

Inhoudsopgave 3

1.1.Doelstelling en onderzoeksvraag 4

2. Literatuurstudie 5

3. Onderzoeksmethodiek 9

3.1. Onderzoeksmiddel 9
3.2. Onderzoekspopulatie 10
3.3. Ethische aspecten betreffend de studie 10
3.4. Methode van gegevens verwerking 10

4. Resultaten 11

4.1. Demografische gegevens 11
4.2. Vergelijking tussen de verschillende regio's 13
4.3. Frequentie analyse 14
4.3.1. Attitude over de wachtdienst 14
4.3.2. Attitude over het concept van de huisartsenwachtpost 15
4.3.3. Tevredenheid over de huidige wachtdienst 15
4.3.4. Tevredenheid over hun beroep 16
4.3.5. Alternatieven voor de huidige organisatie van de wachtdienst 16
4.4. Correlatie analyse 17
4.4.1. Volgens profiel 17
4.4.2. Volgens attitude over de wachtdienst 22
4.4.3.Volgens attitude betreffende de huisartsenwachtpost 27
4.4.4.Volgens de tevredenheid over de huidige wachtdienst 29
4.4.5.Regionale verschillen 30

5. Bespreking 32

5.1. Demografische gegevens 32
5.2. Attitude over de wachtdiensten 33
5.3. Attitude over het concept van een huisartsenwachtpost 34
5.4. Tevredenheid over de huidige wachtdienst 36
5.5. Alternatieven voor de huidige organisatie van de wachtdienst 37

6. Conclusie 38

6.1. Naar de toekomst toe 39
6.2. Dank 39

7. Bronnen 40

Bijlage 1. De Enquête 41

Bijlage 2. De tabellen 46

Bijlage 3: Tabellen correlatie test 55

1. Inleiding

De gezondheidszorg is permanent in verandering. Ze gaat mee met het evolueren van de maatschappij, waarvoor ze ter beschikking staat. Dit is noodzakelijk om een gezondheidszorg te kunnen blijven bieden die op maat is van zowel de arts als de patiënt. Eén van de recente evoluties in de gezondheidszorg op het vlak van de huisartsengeneeskunde, is het meer en meer ontstaan van huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Deze werkmethode voor het uitvoeren van de wachtpermanentie bij huisartsen deed zijn intrede in 2003 met de eerste oprichting van een huisartsenwachtpost in de regio Deurne Borgerhout. Sindsdien is op 10 jaar tijd voor meer dan 15% van de Vlaamse bevolking de wachtdienst al georganiseerd via wachtposten. Deze wachtposten zijn telkens voort gekomen uit lokale initiatieven van de respectievelijke wachtkringen. Ze zijn een navolging van eerdere samenwerkingsverbanden elders in Europa, want een duidelijke beleidsvisie omtrent de organisatie van de wachtdiensten ontbreekt in België. Hier lijkt geleidelijk verandering in te komen bijvoorbeeld met het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg(KCE), al blijft dit rapport zeer vaag over welke richting we met onze wachtdiensten dienen in te slagen en komen de adviezen rijkelijk laat. Te laat zelfs, want met de zesde Staatshervorming worden de regels in 2014 weer veranderd en zal het regionaal niveau instaan voor de organisatie van de wachtdiensten. Hoewel, onze complexe staatsstructuur en de inherente traagheid ervan, heeft juist zijn voordeel. Het liet de wachtkringen toe om zelf van onderuit de toekomstige wachtdienst van zijn eigen regio tot stand te brengen, aangepast aan lokale noden, attitudes en verwachtingen.

Deze studie wil juist dit proces aan de oppervlakte brengen. Daarnaast wil het aantonen dat, naargelang het profiel van de huisarts, de regio waarin hij of zij werkzaam is en de ervaringen met de wachtdienst, de houding kan verschillen tegenover de huidige wachtdienst en deze van morgen.

1.1. Doelstelling & onderzoeksvraag

Via een kwalitatieve analyse gaan we na wat de noden en verwachtingen zijn bij huisartsen in 3 verschillende regio's, in demografie gelijk maar verschillend in de huidige toekomstvisie betreffende de organisatie van de wacht. Daarbij trachten we eventuele verschillen in houding over de wachtdienst in het algemeen en het concept van de wachtpost in het bijzonder aan het licht te brengen en verbanden onderling op te sporen. Tot slot worden deze attitudes gespiegeld aan de verwachtingen van de huisarts voor de wachtdienst van de toekomst.

2. Literatuurstudie:

Nazicht van al uitgevoerd onderzoek naar oprichting van huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Vergelijking met andere gelijkaardige Europese alternatieven.

Voor de literatuurstudie werden 4 zoekvragen opgesteld. Alle vier bekijken ze een ander spectrum van dit onderzoek. Er werd telkens gebruik gemaakt van een zoekvraag volgens het SPICE/PICO acroniem, zodat op een gerichte manier de beschikbare literatuur geconsulteerd kon worden. Er werd hierbij gekeken in de officiële databanken beschikbaar via CEBAM.

In Vlaanderen

Eerst en vooral keken we naar het onderzoek dat al verricht werd van de bestaande modellen van "after hours" eerstelijnsgezondheidszorg in België en meer specifiek in Vlaanderen.

Dit kon volgens het SPICE/PICO-zoekstramien opgedeeld worden in

		Nederlandstalige zoekvraag	Engelstalige zoekvraag
S	Setting	België/Vlaanderen.	Belgium/Flanders
P	Perspective/Patiënt	Eerstelijnsgeneeskunde/ Huisartsgeneeskunde	General practice, primary health care, family practice
I	Intervention	Wachtdiensten	out-of-hours services, after-hours care, GP co-operative
C	Comparison/Control	andere type Wachtdiensten	out-of-hours services, after-hours care, GP co-operative
E/O	Evaluation/Outcome	Kwaliteit van zorg	Quality of care

Gezien de beperkte setting en ter inclusie van lokaal onderzoek, werd er eveneens gebruik gemaakt van een Nederlandstalige zoekvraag. Dit werd niet herhaald in het Frans, gezien er werd verondersteld dat richtlijnen die van toepassing zijn op beide landsregio's eveneens in beide landstalen beschikbaar zijn.

De eerste belangrijke vondst van onderzoek naar wachtdiensten in Vlaanderen werd echter niet via deze zoekvraag bekomen maar bezorgd door de copromotor van deze studie.

Het betrof een thesis werk van Hilde Philips(1), waarin zij een studie maakt van de ervaringen, keuzes en het gedrag van patiënten bij medische hulpverlening buiten de kantooruren. Ook het verschil in werkbelasting van spoedgevallendiensten met de huisartsenwachtdiensten komt aan bod en de verandering die er optreedt bij oprichting van een huisartsenwachtpost.

Wat betreft deze werkbelasting bij de artsen stelt ze een toename vast. Hiervoor geeft ze diverse factoren aan, zoals een toename van de hulpvraag bij de patiënt, de vervrouwelijking van het beroep, de toename van deeltijds werk en een krimpend aantal praktijkvoerende huisartsen. In verband met

de perceptie van de patiënt, vermeldt ze het belang van het duidelijk ter beschikking stellen van correcte informatie aan de steeds veranderende patiëntpopulatie. Dit is noodzakelijk om in het toch wel zeer diverse landschap van de zorg, de patiënt vertrouwd te laten worden met de huidige evoluties in wachtdiensten. Daarbij wordt ook de discussie over het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten aangehaald. Tot slot oppert ze dat het beperken van wachttijden, het streven naar een persoonlijkere zorg en het garanderen van de continuïteit van die zorg ons kan helpen om deze patiënten opnieuw naar de eerstelijnsgezondheidszorg te overhalen.

Als tweede studie, bekomen via bovenvermelde zoekvraag, is er het recente en zeer uitgebreide rapport 171A van 30 december 2011 van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg.(2) Het rapport werd opgesteld als gevolg van de steeds luidere vraag van artsen naar de verdere realiseerbaarheid van een kwaliteitsvolle wachtdienstverlening.

Dit werk biedt een sluitend antwoord op de zoekvraag, daar elke verschenen studie wat betreft wachtdiensten in België werd weerhouden en geëvalueerd.

In het werk wordt eerst en vooral een uitgebreide analyse gemaakt van het huidige Belgische model van wachtdienstverlening en de kwaliteit ervan. Daarbij worden verscheidene knelpunten en wettelijke hinderpalen aangehaald, die zowel nu als in de toekomst het goed functioneren van de wachtdiensten in de weg kunnen staan. De standpunten van belangengroepen van beide zijden van de taalgrens worden besproken. Vervolgens wordt er in de literatuur op zoek gegaan naar alternatieven voor het huidige permanentiesysteem.

Hierbij wordt er gekeken naar initiatieven die al in België opgestart werden. Ook de voornaamste alternatieven vanuit het buitenland worden aangehaald en besproken.

Al dit omslachtig werk brengt geen eenduidige conclusie. Zo luidt het dat er werk moet gemaakt worden van een nieuw plan van aanpak. Er moet verder gekeken wordt naar de specifieke samenstelling van de regio's, de noden van de patiënt en de verzuchtingen van de artsen. Daarbij dient de mogelijkheid van samenwerking met andere zorgverstrekkers te worden nagegaan en dit alles in een betaalbaar gezondheidszorgsysteem.

Als aanbeveling stelt het rapport zonder voorkeur verscheidene mogelijkheden voor. Deze alternatieven werden in de bevraging opgenomen. Naast het concept van de huisartsenwachtpost gaat het hier over de samenvloeiing van wachtregio's tijdens de kalme periodes en over nauwere samenwerking met spoedgevallendiensten. Daarnaast is er de optie van het telefonisch consultatie voeren en zelfs het laten uitvoeren van consultaties door verpleegkundig personeel.

Voor de uitvoering van deze alternatieven worden vooral wettelijke bezwaren weerhouden, die bij de twee laatste voorstellen vooral betrekking hebben op de aansprakelijkheid.

Het verder uitklaren van zowel de verplichtingen van de arts als de rechten van de patiënt tijdens een wachtdienst wordt dan ook als één van de belangrijkste opdrachten gezien voor een verbeterd systeem van zorgpermanentie.(3)

In Europa

Een verdere uitbouw van een gestructureerde eerstelijnsgezondheidszorg in al zijn facetten is nuttig, waar dan ook. Dit wordt bevestigd in het wereld gezondheidsrapport van 2008. (4) Hierin worden steeds hechtere samenwerkingsverbanden tussen artsen aangehaald als het middel om de continuïteit van de zorg en zo de kwaliteit ervan te garanderen. Onderzoek hiernaar wordt dan ook in andere landen dan het onze verricht.

Met de tweede zoekvraag wordt er verder ingegaan op de analyse uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum over de verschillende Europese systemen voor wachtdiensten.(2) Onze Setting bij de SPICE zoekvraag wordt dan ook naar al de westerse landen met een gelijkaardig gezondheidszorgsysteem uitgebreid.

In Huibers et al wordt er een doorlichting uitgevoerd van de verschillende wachtdienst systemen in 25 westerse landen, waarbij de sterktes en zwaktes worden besproken.(5) Het systeem van wachtdienstposten wordt hierbij geprezen voor zijn toepasbaarheid in dens bevolkte regio's, voor zijn hoge toegankelijkheid en voor de sterke garantie tot continuïteit van de zorg. Daarbij wordt er ook een grotere werktevredenheid weerhouden dan bij het meer voorkomende rotatie systeem. Dezelfde argumenten komen terug in de bespreking van Van Uden et al over de evolutie van de wachtdienst organisatie in Nederland van een rotatiesysteem naar huisartsenwachtposten. (6) In deze studie wordt zelfs een verdere vereniging van het wachtsysteem met dat van de tweedelijns gezondheidszorg aangeraden. Een beleidsvisie die ook door de Nederlandse dienst volksgezondheid wordt ondersteund. (7)

Een ander land met een gelijkaardige eerstelijns gezondheidszorg, waar zich recent een drastische omschakeling voltrok in het permanentiesysteem is Denemarken(8). Hier werd eveneens overgegaan van het rotatiesysteem naar een systeem van wachtpost. Echter de nadruk ligt hierbij op het telefonisch consultatie voeren door de arts. Enkel in uiterste nood wordt er een huisbezoek uitgevoerd of kan de patiënt tijdens de wacht op consultatie gaan. Ook hier wordt zowel bij arts als patiënt een hoge tevredenheid weerhouden, zonder dat op de kwaliteit van zorg wordt ingeboet.

Naar attitude & needs

De derde zoekvraag spitst zich verder toe op de houding van de huisarts ten opzichte van de verschillende type wachtdiensten en wat hun noden en verwachtingen zijn naar de toekomst. Met deze zoekvraag benaderen we dan ook meer en meer de kern van dit werk. Er werd wederom gebruik gemaakt van een PICO zoekvraag, ditmaal met als Outcome meer specifiek de houding en tevredenheid van de huisarts ten opzichte van wachtdiensten (attitude, needs & satisfaction.)

Eén van de eerste studies waarin gepeild werd naar de houding van de arts, is een studie van Saisbury et al. (9) Dit onderzoek werd uitgevoerd in de marge van een uitgebreider onderzoek naar de tevredenheid van de patiënt bij een nieuw opgerichte huisartsenwachtpost. Hierbij wordt vergeleken met het al langer bestaande systeem van privé wachtdiensten in Londen. Dat de huisartsen via de wachtpost zelf kunnen instaan voor de goede kwaliteit van zorg buiten de uren en dit zonder de eigen werkbelasting te moeten verhogen, wordt als belangrijk pluspunt van de huisartsenwachtpost weerhouden.

Dit onderzoek wordt dan ook opgenomen in het werk van Leibowitz et al.(10) In deze systematic review wordt gekeken naar het effect van verschillende wachtdienst modellen op 4 verschillende uitkomsten, waaronder de arts tevredenheid. Uit deze review blijkt dat ieder nieuw initiatief de werklast kon doen verlagen, zonder dat er verschillen waren in "clinical outcome". Andere onderlinge voordeel konden niet aangetoond worden, buiten de lagere patiënt tevredenheid bij telefonische consulten. Wel kon er een zwakke link gelegd worden tussen het werkzaam zijn in een huisartsenwachtpost en een betere samenwerking van artsen en een verbeterde gezondheidstatus.

Deze link wordt eveneens bevestigd bij een rondvraag door O'Dowd et al in Ierland. (11) Ze bemerken hierbij wel dat de positieve houding ten opzichte van de oprichting van wachtposten afnam met de anciënniteit van de arts. Ook werd er een hogere appreciatie waargenomen in stedelijke regio's in vergelijking met landelijke.

Een andere toetsing wordt uitgevoerd door Van Uden et al.(12) In hun werk gaan ze eveneens opzoek naar de tevredenheid en het standpunt van artsen over de huisartsenwachtpost. Echter ditmaal maken ze een vergelijking tussen een externe wachtpost en een huisartsenwachtpost geïntegreerd in een ziekenhuis. Uit hun analyse blijkt dat de globale tevredenheid sterk in relatie staat met de opvatting van de huisarts over het al dan niet beschouwen van wachtdiensten als zijnde een kerntaak. Ook een positievere ervaring van werklast en de garantie van het uitvoeren van een poortwachtfunctie dragen bij tot een hogere tevredenheid bij de artsen. En hoewel deze poortwachtfunctie meer ervaren wordt door artsen werkzaam in de interne posten, blijkt de algemene tevredenheid in de externe posten toch significant hoger te zijn. Een echte verklaring hiervoor kon echter niet worden achterhaald.

Tot slot komen we aan het onderzoek uitgevoerd in Vlaanderen. Hiervoor komen we terug op een onderdeel van de thesis van Hilde Philips, waarin de resultaten worden besproken van een tevredenheidonderzoek 1 jaar na de oprichting van de allereerste Vlaamse huisartsenwachtpost in Deurne. (1,13) Ook in deze studie ervaart de meerderheid van de deelnemende artsen de oprichting als zijnde een verbetering. Wel wordt er bij vermeld dat het hier gaat over een retrospectieve studie gezien er niet naar de opinie voorafgaand aan de oprichting werd gepeild. Dit geldt trouwens voor geen enkel van de voorafgaande studies die naar de houding van de arts ten opzichte van een nieuw wachtinitiatief peilen.(9 tot 13) Een echte prospectieve studie, waarbij objectief gepeild wordt naar de houding van de arts zowel voorafgaand, als na de oprichting van de huisartsenwachtpost ontbreekt. Deze masterproef is dan ook een aanzet tot invulling van deze ontbrekende schakel.

Een eerste tussentijdse stap voor het creëren van zo een prospectieve studie werd reeds gezet door collega Tine Van Wijnsberghe.(14) In haar masterproef wordt een zelfde rondvraag verricht bij huisartsen in een regio enerzijds met en anderzijds zonder huisartsenwachtpost. Als basis voor de rondvraag maakt ze gebruik van een afgeleide van de vragenlijst uit de eerdere studie van Hilde Philips.(13) Door beide groepen te vergelijken gaat ze de verschillen in waardering van de wachtdienst na. Hieruit wordt aangetoond dat hoewel de huisartsenwachtpost in het algemeen aangenomen wordt als meerwaarde, de positieve waardering hoger ligt onder de groep artsen die al ervaring hebben met een wachtpost. Dat dit rechtstreeks het gevolg is van het creëren van de wachtpost, kan enkel via een prospectieve studie aangetoond worden.

Opstellen van een questionnaire voor huisartsen.

In de laatste zoekvraag gaan we de al beschikbare literatuur na betreffende het uitvoeren van een bevraging bij huisartsen. Immers het doel van de studie is om op een zo objectief mogelijke en wetenschappelijk onderbouwde manier naar het standpunt van artsen te peilen.

De eerste PICO zoekvraag die hiervoor wordt opgesteld, met als setting de after-hours primary care en verder als P: Standpunt van huisarts I: Questionnaire C: andere questionnaire O: Hoogste validiteit en betrouwbaarheid, geeft geen resultaten. Zo is er enkel de systematic review van Garrat et al waarbij het standpunt van de patiënt en niet dat van de arts wordt geëvalueerd.(15) Dit onderzoek geeft wel weer hoe er een gebrek is aan een wetenschappelijk onderbouwde questionnaire voor de evaluatie van een wachtdienst. In verder onderzoek van deze zelfde groep vorsers wordt er dan ook op zoek gegaan naar een gestandaardiseerde evaluatie methode, dit zowel voor arts als patiënten. (16-17-18) Dit onderzoek is echter nog gaande en de questionnaires zijn nog niet beschikbaar gesteld, zodat ze in deze masterproef niet toegepast worden. Een andere vragenlijst die ook gebruikt wordt in het werk van Hilde Philips en Tine Van Wijnsberghe, is de questionnaire die gebruikt werd in de studies van Van Uden et al. (12, 13, 19). Hierbij worden stellingen aangehaald die peilen naar de tevredenheid met de wachtdienstorganisatie en de perceptie van de werkomstandigheden in de huidige organisatie. Daarnaast zijn er vragen die dieper ingaan op de persoonlijke opinie en professionele filosofie van de arts ten opzichte van de wachtdienst. Tot slot komen ook vragen aan bod die evalueren naar de samenwerking onderling en met specialisten en die nagaan wat de visie van de artsen is met betrekking tot de wachtdienstverlening in de toekomst. Bij het opstellen van de lijst werd via statistische methode gepeild naar de respectievelijke relevantie van elke vraag om een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst te bekomen. Hoewel deze vragenlijst niet als de standaard kan beschouwd worden, is ze wel het meest gebruikte en wetenschappelijk best onderbouwde instrument van bevraging bij artsen in Vlaanderen. In afwachting van een gestandaardiseerde evaluatie methode, is een afgeleide van deze vragenlijst dan ook wetenschappelijk het meest correct. Mede, daar dit het mogelijk maakt om de resultaten van deze studie met eerder onderzoekswerk in Vlaanderen te vergelijken.

3. Onderzoeksmethodiek

3.1. Onderzoeksmiddel: Vragenlijst

Naast het literatuur onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een vragenlijst. Als basis hiervoor is gebruik gemaakt van de aangepaste questionnaire van Van Uden et al. uit het onderzoek van Dr. Hilde Philips (12). Als bijkomend werden de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum inzake mogelijke aanpassingen van de wachtdienst in Vlaanderen mee opgenomen in de bevraging. (2)

Na bevraging van enkele algemene gegevens, betreffend het profiel van de huisarts worden enkele stellingen aan de huisarts voorgesteld. Hij of zij kan hierover zijn mening geven gebruik makend van de Likert scale, met als volgende antwoordmogelijkheden: helemaal akkoord / akkoord / niet akkoord / helemaal niet akkoord.

In dit gedeelte van de vragenlijst wordt opeenvolgend gepeild naar de houding van huisartsen over de wachtdienst, over het concept van een huisartsenwachtpost in hun regio en tot slot over de

tevredenheid van de huisartsen over de huidige wachtdienst en hun werk als huisarts in het algemeen.

Tot slot wordt er ook een waarde oordeel gevraagd betreffend enkele alternatieven voor de huidige organisatie van de wachtdienst. Hiervoor wordt een analoge waarde schaal gebruikt, waarbij gevraagd wordt een rangschikking te maken van deze mogelijke aanpassingen voor de wachtdienst van best {1} tot slechtst denkbare {7}.

Deze vragenlijst werd opgesteld in het programma enquetemaken.be® en aan de doelpopulatie voorgesteld via een gelinkte URL (uniform resource locator) meegeleverd in een oproepbrief van de wachtdienstcoördinator gericht aan de huisartsen. Er was geen mogelijkheid de enquête in te dienen zonder de verschillende onderdelen ervan volledig te doorlopen.

De uiteindelijk gebruikte vragenlijst bevindt zich in bijlage 1.

3.2. Onderzoekspopulatie: Huisartsen

Deze vragenlijst werd voorgelegd aan de huisartsen van drie verschillende huisartsenregio's in Vlaanderen. Alle drie de regio's stemmen qua demografie overeen en beschikken bij start van het onderzoek over het standaard rotatiesysteem voor hun wachtdienst. Met dit verschil dat hun standpunt naar aanpassing van het huidige systeem verschillend is. Zo betreft het enerzijds een regio, welbepaald de regio HAZOH die op de vooravond staat van de invoering van het systeem van huisartsenwachtposten. Anderzijds de regio Mortsel, waar op het moment van het uitvoeren van de studie al overleg plaats vond in verband met een eventuele aanpassing van het wachtdienstsysteem. Echter, alles voorlopig zonder concreet ontwerp noch plan tot implementatie. Tot slot als derde regio betreft het de regio ZuiderKempen, alwaar alsnog zich bij de groep huisartsen geen concrete vraag tot aanpassing van het huidige wachtdienstsysteem vooropstelt.

3.3. Ethische aspecten betreffend de studie

Het betreft hier een studie uitgevoerd bij huisartsen. Hun deelname in hierbij volledig vrijwillig en zowel de gegevens invoer als de verwerking verloopt anoniem. Deze aspecten van de studie werden in een korte inleiding medegedeeld aan de potentiële deelnemers. Het verder invullen van de vragenlijst wordt dan ook beschouwd als bewijs van toestemming voor deelname aan het onderzoek. Het ontwerp van de studie en de studieopzet werd voorgelegd aan de commissie medische ethiek van de KULEUVEN en goedgekeurd.

3.4. Methode van gegevensverwerking

De vragenlijst peilt naar een persoonlijk waardeoordeel van de deelnemers. De resultaten zijn dan ook kwalitatief en beschrijvend van aard. Dit beperkt de mogelijkheden van statistische analyse. Er werd gebruik gemaakt van het statistisch programma IBM SPSS Statistics 21® voor de verwerking van de gegevens, welke onder de vorm van een Excell-file® konden worden bekomen. Hierbij werd enerzijds de resultaten van alle deelnemers aan een beschrijvende analyse onderworden. Anderzijds werd er bij de deelnemers opzoek gegaan naar een mogelijke correlatie in de antwoorden tussen verschillende onderdelen in de enquête. Zo werd het profiel van de arts gespiegeld met de houding

die er is tegenover de wachtdienst in het algemeen en de visie over een huisartsenwachtpost meer specifiek. Daarnaast werden volgens dit profiel van de arts ook de verschillende alternatieven ter verbetering van de wachtdienst vergeleken.

Er werd ook op zoek gegaan naar een correlatie tussen het verschil in houding tegenover een de wachtdienst en een eventueel verschillende houding over huisartsenwachtposten en andere alternatieven voor de wachtdienst. Dit om een eventueel verschil in visie als oorsprong van een andere houding ten opzichte van de toekomst van de wachtdiensten bloot te leggen.

Tot slot werd er gekeken of er eveneens een verband is tussen de tevredenheid van de huisarts betreffende het huidige systeem en de houding tegenover de wachtdienst, een eventuele wachtpost of andere alternatieven voor de wachtdiensten.

Om deze eventuele correlatie aan het licht te brengen werd gebruik gemaakt van de Pearson's Chi^2-test. Dit, gezien niet aan de voorwaarde kon voldaan worden bij andere vormen van statistische analyse voor het aantonen van een correlatie, als de Fisher's exact test en de McNemar'test. Echter ook in het geval van de Pearson's Chi^2-test was bij verdere analyse de test niet steeds toepasbaar. Immers bij uitvoeren van de analyse in een kruistabel mogen hoogstens 20% van de verwachte frequenties kleiner zijn dan 5 en moet de minimale verwachte frequentie minstens 1 zijn. Daarom dan ook dat enkel de relevante waarden worden weergegeven (Tabel 1.) en enkel werd ingegaan op de bekomen waarden met een significatie van ≥ 95%. (Vetgedrukte waarden van tabel 1.)

4. Resultaten

Totaal:

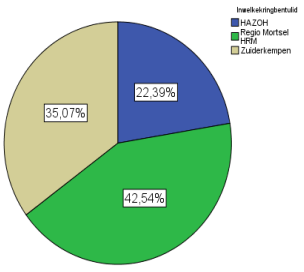
In totaal hebben 134 artsen deelgenomen aan de volledige enquête. Met uitzondering van de laatste vraag welke apart geëvalueerd werd, werden alle vragen door al de deelnemers beantwoord.

4. 1. Demografische gegevens:

Voor procentuele gegevens cfr Taartdiagrammen.

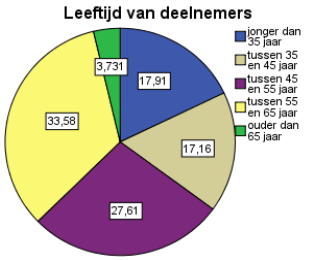
(Diagram 1) Bij aanvang van de enquête werd bevraagd naar huisartsenkring waartoe de deelnemers behoorden. Het grootste aantal artsen dat deelnam kwam uit de Huisartsenkring van de Regio Mortsel(HRM). Dit gevolgd door de deelnemers uit de huisartsenkring Zuiderkempen. Tot slot waren als kleinste groep de artsen uit de HuisArtsenkring Zuid Oost Hageland.

Diagram 1: Regio waarvan lid.



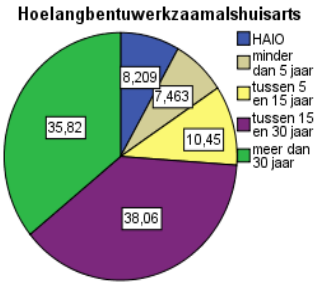
(Diagram 2) Zowel in leeftijd als anciënniteit wordt er een opdeling gemaakt in 5 verschillende groepen. De grootste leeftijdsgroep onder de deelnemers zijn zij die tussen 55 en 65 jaar zijn, dit gevolgd door de groep tussen 45 en 55jaar. De populatie jonger dan 35jaar en de groep tussen 35 en 45jaar is ongeveer gelijk en komt op een gedeelde derde plaats. Tot slot was slechts een klein gedeelte van de artsen ouder dan 65jaar. Deze leeftijdsverdeling komt bij vergelijking met de statistieken van FOD overeen met het gemiddelde in Vlaanderen. Enkel de groep van 65plusser is minder vertegenwoordigd, 3,7% tegenover 16 % in het nationale gemiddelde.(20)

Diagram 2: Leeftijd



(Diagram 3) De verdeling in anciënniteit is ongeveer analoog aan deze van de leeftijd. Met dit verschil dat er een onderscheid werd gemaakt van de HAIO, waardoor de groep van jonger dan 35jaar werd opgesplitst. Deze beide groepen komen gedeeld laatste. Als grootste groep zijn zij die tussen 15 en 30jaar praktijk hebben, een groep voortkomend uit de grote groep deelnemers tussen 45 en 55jaar, die hoofdzakelijk wordt aangevuld met huisartsen van tussen de 35 en 35jaar. Vervolgens is er de grote groep van deelnemers met meer dan 30jaar ervaring op ruime afstand gevolgd door zij die nog maar een 5 tot 10jaar werkzaam zijn.

Diagram 3: Anciënniteit



(Diagram 4) Bij de geslachtsverdeling is er een duidelijk overwicht van mannelijke huisartsen. Deze is in vergelijking met het gemiddelde in Vlaanderen iets minder uitgesproken 58,2% tegenover 65,9%.(20)

Diagram 4: Geslacht

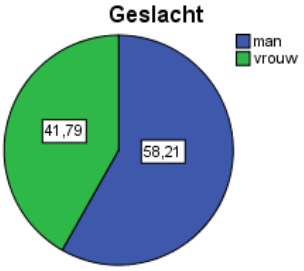


Diagram 5: Praktijkvorm

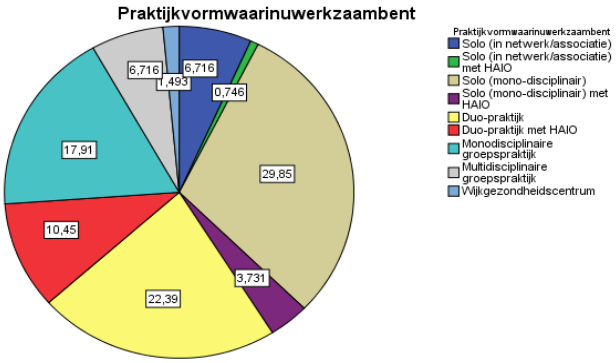
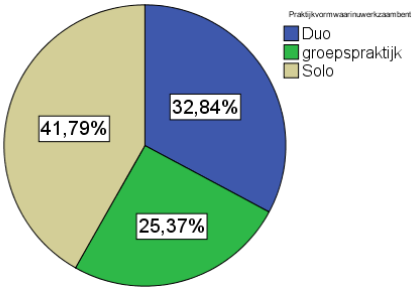


Diagram 6: Praktijkvorm



(Diagram 5) Bij het opstellen van het onderzoek werd elke courante vorm van praktijkvorm weergegeven als mogelijke keuze. Hierdoor bekwamen we een onevenredige verdeling van 9 praktijkvormen. De meest voorkomende groepen betroffen de standaard solopraktijk gevolgd door

de gewone duopraktijk en de monodisciplinaire groepspraktijk. Vervolgens zijn het de duopraktijk met HAIO, soloartsen in een associatie en multidisciplinaire groepspraktijken. Tot slot is er nog slechts een klein percentage werkzaam in een praktijk van een soloarts met een HAIO. Slechts enkelingen zijn werkzaam in een wijkgezondheidscentrum of is er sprake van een solopraktijk van een arts in associatie met bijkomend een HAIO.

(Diagram 6) Gezien dit veelvoud van opties en om de verdere statistische verwerking mogelijk te maken, werd er abstractie gemaakt van deze veelheid aan praktijkvormen. Zo werden de praktijken opgedeeld in drie groepen. Als meest frequent voorkomende is er de groep van de Solopraktijken. Hiertoe behoort elke praktijkvorm van een soloarts met of zonder HAIO. De volgende in volgorde is de groep van de Duopraktijken met of zonder HAIO. Tot slot worden in de kleinste groep al de praktijkvormen waar in feitelijk groepsverband wordt samengewerkt opgenomen.

Diagram 7: Ervaring met wachtpost

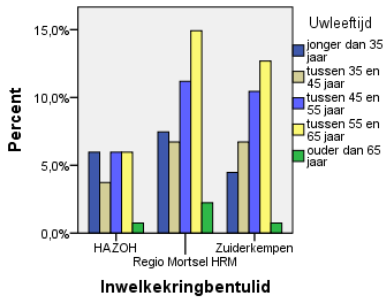


(Diagram 7) Als laatste parameter in de beschrijving van onze populatie werd aan de deelnemers gevraagd of zij reeds in contact waren gekomen met de werking van een huisartsenwachtpost. Uit de gegevens blijkt dit bij slechts een kleine groep, 14,18% van de deelnemers, het geval te zijn.

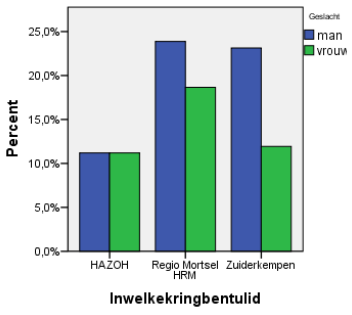
4.2. Vergelijking tussen de verschillende regio's: Correlatie analyse

Er werd opzoek gegaan naar een verschil in samenstelling van het profiel van de deelnemers uit de verschillende regio's.
Hoewel de grafieken een verschil weergeven tussen de regio's op vlak van leeftijdsverdeling, geslacht en praktijkvorm werden de resultaten bij uitvoeren van een Pearson Chi² test onvoldoende significant beschouwd.

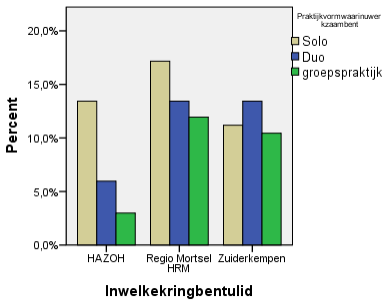
Grafiek 1A: Leeftijd



Grafiek 1B: Geslacht



Grafiek 1C: Praktijkvorm



Correlatie analyse	In welke kring bent u lid?
Leeftijd	Ch² 3.537 P 0.896
Anciënniteit	/
Geslacht	Ch² 2.091 P 0.351
Praktijkvorm	Ch² 6.546 P 0.162

Zowel in de regio Zuiderkempen als in de regio Mortsel geeft de grafiek een groter aandeel aan van artsen tussen de 45 en 65 jaar. Dit terwijl de leeftijdsverdeling bij HAZOH eerder gelijkmatig is.(grafiek 1A) Het zelfde geldt voor de geslachtsverdeling van de deelnemers van HAZOH, ook hier is

het aantal gelijk, daar waar er een overwicht is bij de regio's Mortsel en Zuiderkempen van mannelijke artsen. Dit overwicht komt overeen met het regionale gemiddelde, hoewel het aandeel mannelijke deelnemers uit de regio Zuiderkempen wel uitgesproken is.(grafiek 1B) Op vlak van verdeling in praktijkvormen hebben we bij HAZOH een zeer groot en bij de regio Mortsel een groot overwicht van artsen uit een solopraktijk. Voor beide regio's komt de duopraktijk op de tweede plaats. De regio Zuiderkempen is dan weer gelijkmatiger verdeeld met een licht overwicht van deelnemers uit een duopraktijk.(grafiek 1C)

4.3. Frequentieanalyse

Voor al de resultaten zie bijlage 2.

Attitude van huisartsen over de wachtdiensten

- Garanderen van de continuïteit:
Uit rondvraag blijkt dat het overgrote deel van de huisartsen akkoord gaat om continuïteitsgarantie te zien als een taak van de huisarts. De overeenstemming hiervoor is zeer groot (>97%) voor tijdens de werkuren en groot (respectievelijk >92% en >87%) voor 's avonds en in het weekend. Enkel 's nachts is de bereidheid hiervoor beduidend minder (namelijk <66%).

- Werkdruk, leeftijdsgrens en werkduur:
Een groot deel van de deelnemers (66,4%) is gematigd akkoord dat de wachtdienst best druk mag zijn. Het zelfde geldt voor het invoeren van een leeftijdsgrens tot deelname aan de wachtdiensten. 88% van de deelnemers is hiervan voorstander, met een voorkeur bij de ondervraagde populatie voor ontheffing van wachtverplichting vanaf de leeftijd van 60jaar. De meest ideale duur van de wachtdienst wordt bij bijna 75% van de deelnemers vastgelegd op 12u. Slechts een tiental procent van de deelnemers wenst de werkduur ofwel korter of langer te houden.

-Omkadering
Een groot deel van artsen is voorstander van een omkadering van de wachtdienst. Zo wenst meer dan 72% van de artsen bijgestaan te worden door een receptionist en/of chauffeur. Deze laatste wordt procentueel minder noodzakelijk beschouwd. Ook voor het uitvoeren van de triage wenst 66% van de artsen beroep te doen op bijkomend personeel. Hierbij is er een voorkeur (37%) voor het uitbesteden van de triage aan een regionale centrale, welke in contact staat met de dienst 100.

- Heroriëntering van eerstelijns pathologie en derdebetalersregel
De overgrote meerderheid van de huisartsen (>86%) vindt het de taak van de huisarts om de eerstelijns pathologie opnieuw te heroriënteren naar de wachtdienst en weg van de spoedgevallendiensten. Hiervoor wordt het gebruik van de derdebetalersregel niet eensluidend gezien als een nuttig instrument, immers slechts 28% van de deelnemers ziet de invoering van het algemeen gebruik ervan de toegankelijkheid van de wachtdienst ten goede komen.

Attitude van huisartsen over het concept van de huisartsenwachtpost:

- Wachtpost als meerwaarde

Als de deelnemers gevraagd wordt of het creëren van een huisartsenwachtpost een meerwaarde zou zijn in vergelijking met de huidige wachtregeling zijn de resultaten zeer uiteenlopend. Zo is “akkoord” wel steeds het meest voorkomende antwoord maar weet deze keuze optie samen met het antwoord “helemaal akkoord” op de Likert-schaal toch niet steeds een meerderheid van de deelnemers te overtuigen. Slechts een nipte meerderheid (51,4%) is voorstander van de stelling dat het een meerwaarde is voor de huisarts. De stelling dat het een meerwaarde zou zijn voor de patiënttoegankelijkheid scoort met 54,2% nauwelijks beter.

De huisartsenwachtpost wordt niet als een meerwaarde beschouwd voor de kwaliteit van de zorg of voor de patiënt wachttijd, dit telkens door een kleine meerderheid van de deelnemers, respectievelijk 51,3% en 55,9%.

- Openingsuren en locatie wachtpost

Als we dan kijken naar de visie van de deelnemers over de openingsuren van een eventuele wachtpost, is er bijna niemand te vinden (3.7%) om deze wachtpost ook overdag in de week open te houden. De voorstanders van het openhouden van de wachtpost tijdens de weekavond en nacht hebben een iets groter aandeel (27%), maar de overgrote meerderheid wenst het toch op het weekend te houden. Er is ook een duidelijke voorkeur (78%) om deze wachtpost niet op een ziekenhuiscampus te vestigen.

Tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst:

- Wachtfrequentie, werkbelasting en verloning:

Zowel over het aantal week en avondwachten als het aantal weekend wachten wordt geen probleem gemaakt door het overgrote deel (76% en 79%) van de deelnemers.

De werkbelasting tijdens deze wachten wordt ook eerder als normaal ervaren (94%), met bij een 68% van deze groep het aanvoelen van de werkbelasting van normaal tot hoog.

Op het vlak van de wedde vindt slechts 57% van deelnemers dat men tijdens de wachtdienst voldoende verloond wordt.

- Veiligheid:

In het algemeen beschouwen de deelnemers zich veilig tijdens het uitvoeren van de wachtdienst. Het gevoel van veiligheid is hierbij wel meer aanwezig tijdens het uitvoeren van een consultatie in zijn kabinet (85%) dan op huisbezoek (70%).

- Familiaal en sociaal leven:

Een groot deel van de huisartsen bevestigt de impact van de wachtdienst op het familiaal en sociaal leven (>82%). Daarbij is er ook een meerderheid (>66%), zij het minder uitgesproken, die een betere integratie ziet van wacht en familiaal en sociaal leven bij het uitvoeren van de wacht vanuit de eigen consultatieruimte.

Tevredenheid van huisartsen over hun beroep:

Op het vlak van de tevredenheid van huisartsen over hun beroep, zijn de deelnemers (gelukkig) bijna allemaal eensluidend positief. Slechts minder dan 2% van de deelnemers vermeldt enige vorm van aversie jegens het beroep. Een iets groter aandeel van de artsen (10%) bevestigt wel de laatste tijd ander werk overwogen te hebben.

Alternatieven voor huidige organisatie van de wachtdienst

Bij navraag naar de alternatieven voor de huidige organisatie van de wachtdienst werden eerst twee opties apart aan de deelnemers voorgelegd.
Zo wordt op de vraag van mogelijkheid tot eventuele uitbesteding van de nachtwacht aan een spoedgevallendienst zeer divers gereageerd. Slechts een kleine meerderheid van iets meer dan 50% maakt hiervan bezwaar, terwijl de absolute voorstanders toch met meer dan 20% zijn.
Een samenbrengen van wachtkringen wordt dan weer als een iets minder goede stap gezien in het behoud van de wachtdiensten. 53% is immers tegenstander.

- Een subjectieve rangschikking van mogelijke aanpassingen voor de wachtdienst.
Gezien hier sprake is van een ordening van 7 verschillende mogelijkheden, is er een veelheid van antwoord mogelijkheden. Namelijk 7! = 5040 verschillende mogelijkheden.
Het is dan ook niet relevant elk van hen onderling te vergelijken, maar wel op zoek te gaan naar een tendens in voorkeur voor elk van deze opties.
Zo zien we dat het standpunt dat er geen aanpassingen nodig geacht worden, zich ofwel helemaal vooraan dan wel achteraan in de rangorde bevindt. Hetzelfde geldt voor de optie van het oprichten van een huisartsenwachtpost. Uit verdere statistische analyse zal blijken dat er tussen beide een zeer sterke omgekeerd evenredige relatie bestaat. (Spearman Correlatie -0,749 zie bijlage 2.tabel en grafiek 2H)
Dit zelfde omgekeerd evenredige verband kan zij het in iets mindere mate aangetoond worden tussen de optie van de wachtpost en het uitbesteden van de wacht aan een privé initiatief. (Spearman Correlatie -0,437 zie bijlage 2.tabel 2I) Kijken we echter naar de algemene tendens in rangschikking bij het alternatief van uitbesteding van de wacht, dan wordt dit voorstel toch eerder als minder geschikt geacht. Het omgekeerde geldt voor het voorstel de huisarts de mogelijkheid te verlenen om de dringendheid van een huisbezoek in te schatten en zo eventueel van een huisbezoek af te zien. Dit voorstel wordt zeer positief onthaald bij de deelnemers.
De opties van het verbeteren van de verloning van de wacht, het aantrekken van extra huisartsen via het systeem van Impulseo I en het oprichten van een centraal triagesysteem worden alle drie gematigd onthaald. Zo bevinden ze zich meestal in het midden tussen best en slechts denkbare alternatief, dit bij discrete voorkeur in de bovenvermelde volgorde als we de staafdiagrammen nader bekijken. (tabel 2F & 2G)

4.4. Correlatie analyse

Hier worden de gegevens uiteengezet, bekomen na uitvoeren van de Pearson Chi² test op de resultaten uit de enquête.
Voor de toepasbaarheid van deze test op kruistabellen voortkomend van de enquête, werd zo noodzakelijk in de antwoordmogelijkheden ingeperkt.
Zo werd als belangrijkste ingreep de Likert schaal aangepast naar de keuzemogelijkheid van akkoord – niet akkoord. Andere aanpassingen om een analyse mogelijk te maken worden in onderstaand tabel weergegeven.

Vraag	Antwoord mogelijkheid enquête	→	Aanpassing voor Chi² analyse
Bevraging met Likert schaal	Helemaal akkoord + Akkoord	→	Akkoord
	Niet akkoord + helemaal niet akkoord	→	Niet akkoord
Praktijkvorm	Solo praktijk + Solo praktijk in associatie	→	Solo praktijk
	+ Solo praktijk met HAIO		
	Duopraktijk + duopraktijk met HAIO	→	Duo praktijk
	Multidisciplinaire groepspraktijk + monodisciplinaire groepspraktijk + wijkgezondheidscentrum	→	Groepspraktijk
Anciënniteit	HAIO + < 5 jaar werkzaam als arts	→	HAIO of <5jaar werkzaam als arts
22. Werkbelasting	Te hoog + Normaal tot hoog	→	Hoog
	Te laag + Normaal tot laag	→	Laag
6. Bijstand	Chauffeur + receptionist + Beide	→	Bijstand
7. Triage	Secretariaat + verpleegkundige	→	secretariaat of verpleegkundige

4.4.1. Volgens profiel:

Voor al de resultaten van de statistische analyse zie bijlage 3.

1.A. Correlatie tussen het profiel en de attitude over wachtdiensten.

Pearson Chi²-test voor opsporen van verband tussen het profiel van de arts en de houding die de huisarts heeft ten opzichte van het principe van de wachtdienst.
Voor al de resultaten zie Tabel 3A, de significante waarden worden hieronder besproken. Op de eventuele regionale verschillen wordt later ingegaan.

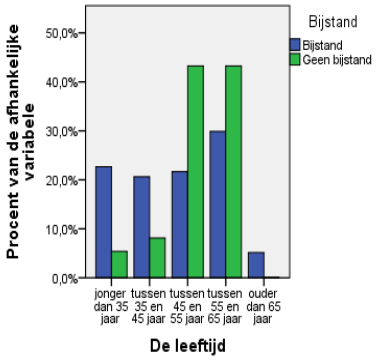
- De Leeftijd van de arts en zijn anciënniteit:

We bemerken een verband tussen de leeftijd van de deelnemer en de visie ten opzichte van het al dan niet nodig zijn van bijstand tijdens de wachtdienst.

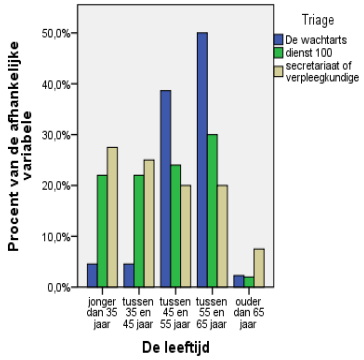
Zo toont grafiek 1 duidelijk aan dat vooral bij de leeftijdgroep tussen 45 en 65 jaar er geen vraag is voor bijstand tijdens de wachtdienst.

Ook op het vlak van wie de triage tijdens de wacht dient uit te voeren, is er een verschil in opinie volgens de leeftijd (grafiek 2). De jongere deelnemers zijn eerder voorstander van uitbesteding van de triage aan een secretariaat, verpleegkundige of een regionale centrale die in contact staat met de dienst 100. Dit terwijl de oudere artsen deze triage liever zelf zouden willen blijven uitvoeren. Een zelfde verdeling is er als gekeken wordt naar het verschil in visie volgens de anciënniteit van de artsen. (Grafiek 3)

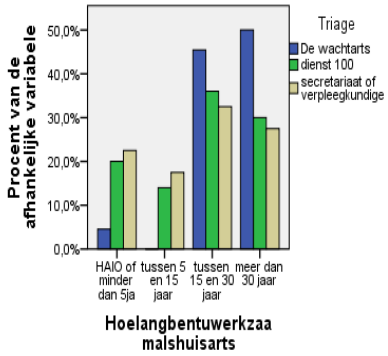
Grafiek 1: Bijstand en leeftijd



Grafiek 2: Triage en leeftijd



Grafiek 3: Triage en anciënniteit

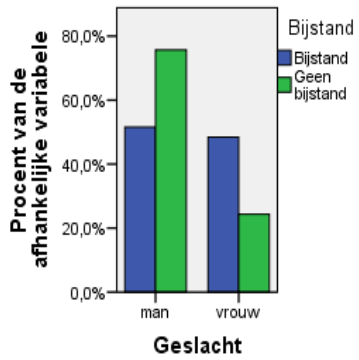


- Het gender aspect:

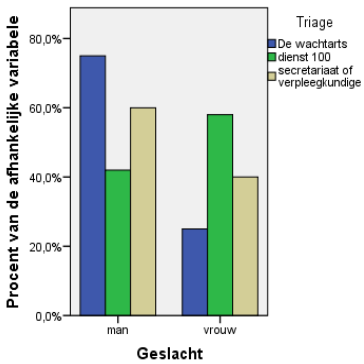
Grafiek 4 en 5 tonen aan dat er ook tussen beide geslachten een verschil is naar visie tegenover bijstand tijdens de wachtdienst en uitbesteding van de triage.

Mannelijke artsen zijn minder geneigd te kiezen voor bijstand en doen de triage daarbij ook liever zelf. Is er toch de keuze voor uitbesteding dan liefst door een secretariaat of verpleegkundige. De vrouwen daarentegen zijn wel een groot voorstander van bijkomende omkadering bij de wachtdienst en van een uitbesteding van de triage, dit bij voorkeur aan een regionale centrale. Zij zijn ook de groep die verhoudingsgewijs het meest bezwaar maken tegen de invoering van de derdebetalersregel om de toegankelijkheid van de wachtdienst te bevorderen.(grafiek 6)

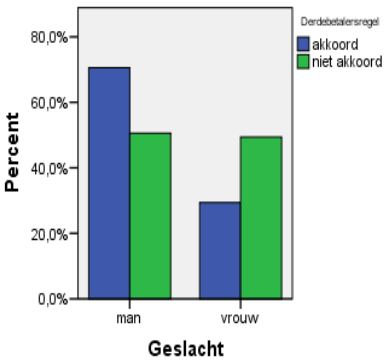
Grafiek 4: Bijstand en geslacht



Grafiek 5: Triage en geslacht



Grafiek 6: Derdebetalersregel en geslacht

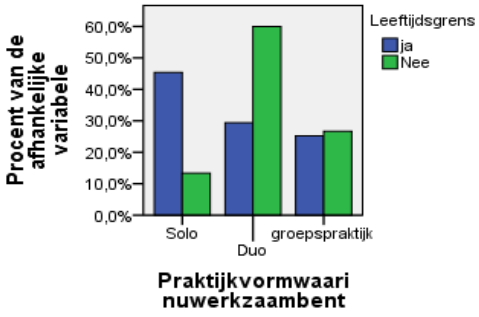


- De praktijkvorm van de arts en vroegere ervaring met een wachtpost:

Hoewel het merendeel van de artsen voorstander is van een leeftijdgrens voor het verrichten van wachten (tabel 2A), is er toch een significant verschil van houding afhankelijk van de praktijkvorm waarin de huisarts werkzaam is. (Grafiek 7) Artsen werkzaam in een solopraktijk zijn een groter voorstander van de leeftijdsgrens dan zij die werkzaam zijn in een groepspraktijk of duopraktijk. Voor artsen in een duopraktijk is een leeftijdsgrens het minst noodzakelijk.

Soloartsen daarentegen zien het minder de taak van de huisarts om patiënten met eerstelijns pathologie te heroriënteren weg van de spoeddienst (Grafiek 8). Hierin verschillen ze duidelijk van de meerderheid van de artsen werkzaam in een duo of groepspraktijk.

Grafiek 7: Leeftijdgrens en praktijkvorm



Grafiek 8: Heroriëntering eerste lijn en praktijkvorm



1B. Correlatie tussen het profiel en de attitude van huisartsen over het concept van de huisartsenwachtpost.

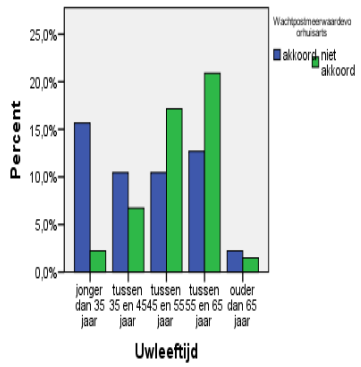
Voor al de resultaten zie Tabel 3B, de significante waarden worden hieronder besproken. Op de eventuele regionale verschillen wordt later ingegaan.

- De Leeftijd van de arts en zijn anciënniteit:

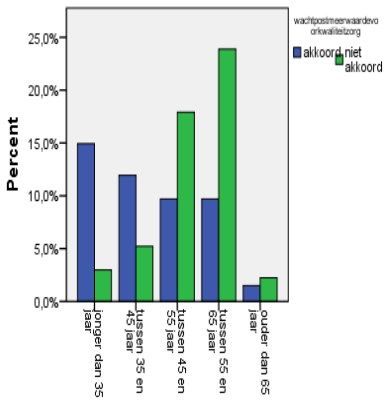
Kijken we volgens de leeftijd van de deelnemers naar de houding over de wachtpost, dan zien we de een duidelijk verschil tussen de jongere generatie artsen tot 45jaar en de groep artsen tussen 45 en 65 jaar.

Zo is er een duidelijk grotere overtuiging bij de jongere groep artsen dat een huisartsenwachtpost een meerwaarde kan betekenen. Dit zowel voor de arts zelf als voor de kwaliteit van zorg, patiënt toegankelijkheid en patiënt wachttijd. (grafiek 9, 10 & 11). Het zelfde geldt voor het verschil in visie volgens de anciënniteit van de deelnemers.

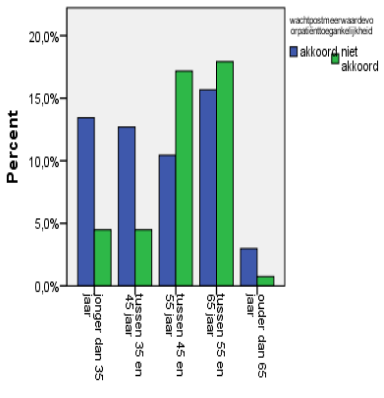
Grafiek 9: Meerwaarde voor kwaliteit van de zorg



Grafiek 10: Meerwaarde voor de patiënt toegankelijkheid

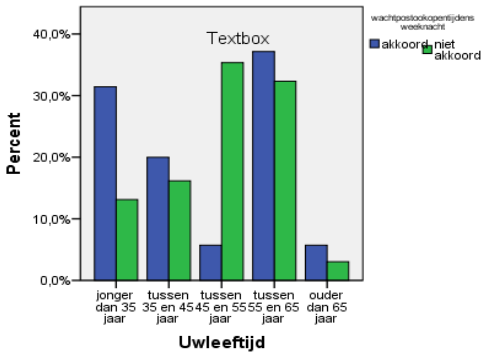


Grafiek 11: Meerwaarde voor de patiënt wachttijd

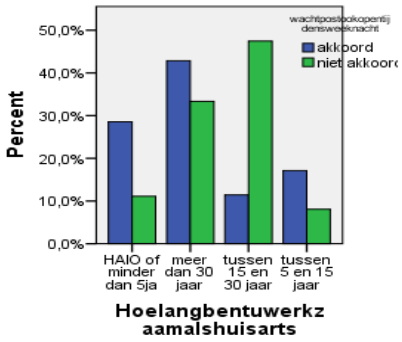


Een andere leeftijdsverdeling krijgen we bij die visie van de deelnemers over het al dan niet openhouden van de wachtpost tijdens de weekavond en nacht. Ondanks dat de meerderheid van de artsen niet te vinden is voor een wachtpost tijdens de week, zien we dat deze tegenstand hoofdzakelijk is bij de leeftijdsgroep van tussen de 45 en 55 jaar. De voorstanders zijn zowel de oudere groepen artsen als de jongere deelnemers (grafiek 12 &Tabel 2b). De resultaten volgens anciënniteit zijn analoog, ook hier is het de groep van artsen met tussen de 15 en 30 ervaring die de grootste tegenstand biedt. Voorstanders zijn eerder te vinden bij de minder ervaren artsen en zij die al meer dan 30 jaar werkzaam zijn. (grafiek 13)

Grafiek 12: Wachtpost tijdens de weeknacht



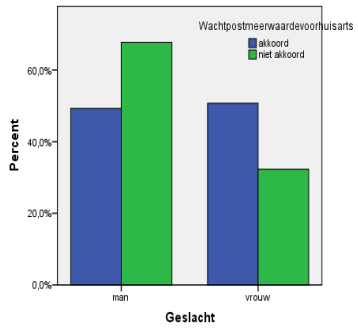
Grafiek 13: Wachtpost tijdens weeknacht



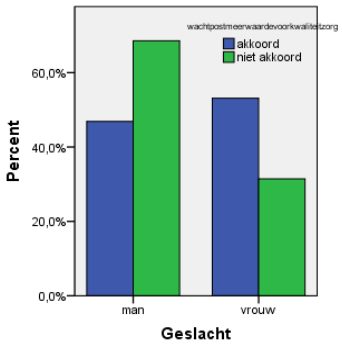
- Het gender aspect

Er is een duidelijk verschil in mening over de waarde van een huisartsenwachtpost voor de huisarts en de kwaliteit van de zorg tussen beide geslachten. Vrouwelijke artsen zijn hierbij veel meer overtuigd van de meerwaarde ervan dan mannelijke artsen. (grafiek 14 & 15)

Grafiek 14: Wachtpost meerwaarde voor huisarts



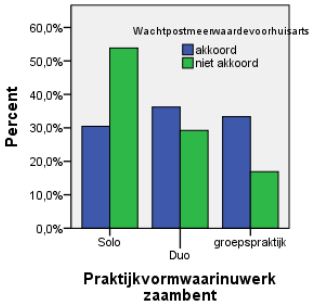
Grafiek 15: Wachtpost meerwaarde voor kwaliteit van zorg



- De praktijkvorm van de arts en vroegere ervaring met een wachtpost.

Artsen werkzaam in een duopraktijk of in groepsverband zien een huisartsenwachtpost eerder als een meerwaarde dan soloartsen. Zo hebben artsen die alleen werken minder de neiging om de creatie van een huisartsenwachtpost te zien als een verbetering van de huidige toestand. Dit noch voor de huisarts zelf, noch voor de kwaliteit van de zorg als voor de patiënt toegankelijkheid. (grafiek 16)

Grafiek 16: Wachtpost meerwaarde voor de huisarts



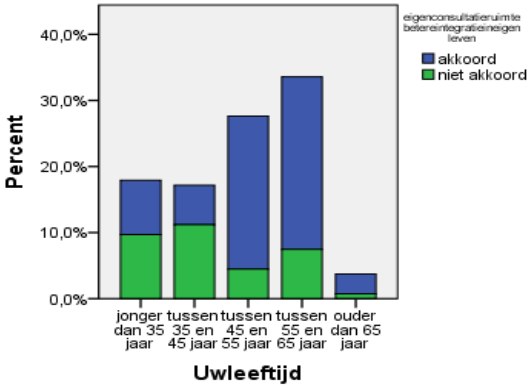
1.C. Correlatie tussen het profiel en de tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst:

Voor al de resultaten zie Tabel 3C, de significante waarden worden hieronder besproken. Op de eventuele regionale verschillen wordt later ingegaan.

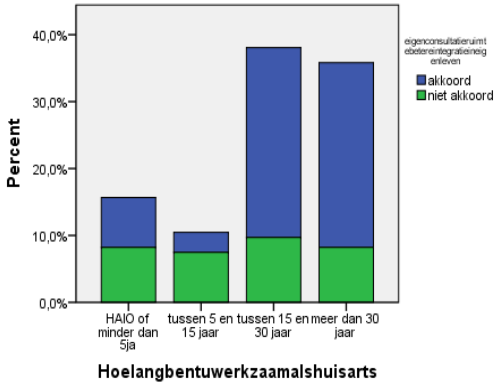
- De Leeftijd van de arts en zijn anciënniteit:

Hoofdzakelijk door de oudere groep artsen en zij met de meeste anciënniteit wordt de eigen consultatieruimte beschouwd een betere integratie toe te laten tussen de wacht en het familiaal en sociaal leven. (grafiek 17 & 18)

Grafiek 17: Gebruik van eigen consultatie ruimte



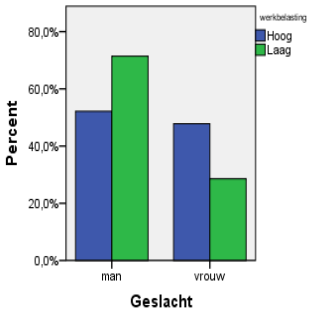
Grafiek 18: Gebruik van eigen consultatieruimte



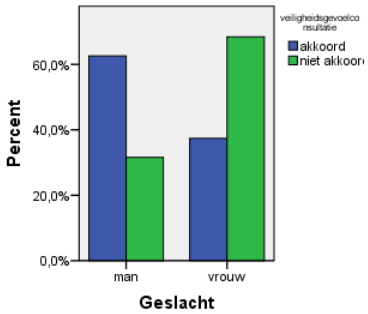
- Het gender aspect

Bij de navraag over de werkbelasting wordt deze hoger ervaren door de vrouwelijke populatie dan door de mannelijke artsen.(grafiek 19) Hetzelfde geldt voor het veiligheidsgevoel. Het gevoel van onveiligheid ligt duidelijk hoger bij de vrouwelijke artsen, dit zowel in de eigen consultatie ruimte maar nog meer uitgesproken bij het uitvoeren van een huisbezoek (grafiek 20&21).

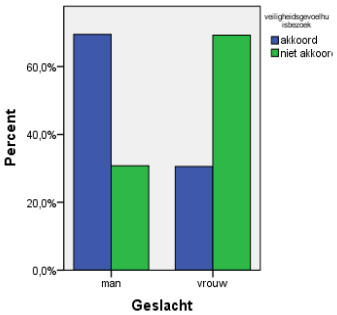
Grafiek 19: Werkbelasting



Grafiek 20: Veiligheid consultatie



Grafiek 21: Veiligheid huisbezoek

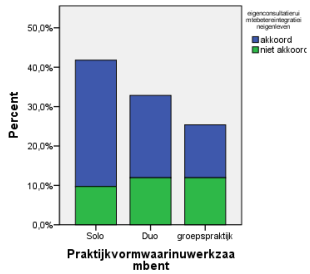


- De praktijkvorm van de arts en vroegere ervaring met een wachtpost.

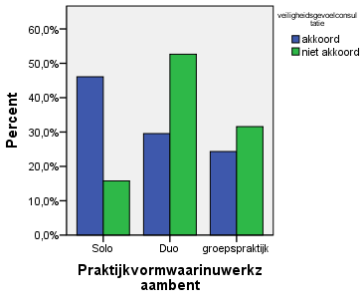
Voor soloartsen eerder dan voor artsen in een duo- of groepspraktijk laat de eigen consultatieruimte toe om wacht en familiaal en sociaal leven beter te combineren.(Grafiek 22)

Anderzijds is bij soloartsen ook minder het gevoel van onveiligheid tijdens consultatie en huisbezoek aanwezig. Dit onveiligheidsgevoel is er het meest bij zij die werkzaam zijn in een duopraktijk.(grafiek 23 & 24)

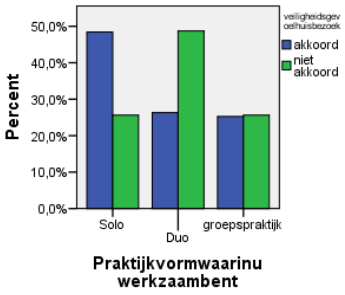
Grafiek 22: Gebruik eigen consultatieruimte



Grafiek 23: Veiligheid consultatie



Grafiek 24: Veiligheid huisbezoek



1.D. Correlatie tussen het profiel en de tevredenheid van huisartsen over hun beroep

Bij de analyse werden er met behulp van de Chi² test geen valabele verbanden aangetoond tussen het profiel van de huisarts en de tevredenheid van deze arts over hun beroep. (Tabel 3D)

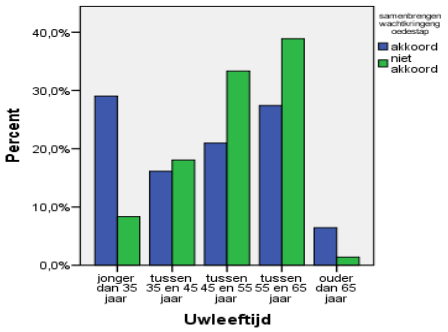
1.E. Correlatie tussen het profiel en alternatieven voor huidige organisatie van de wachtdienst

Voor al de resultaten zie Tabel 3E, de significante waarden worden hieronder besproken. Op de eventuele regionale verschillen wordt later ingegaan.

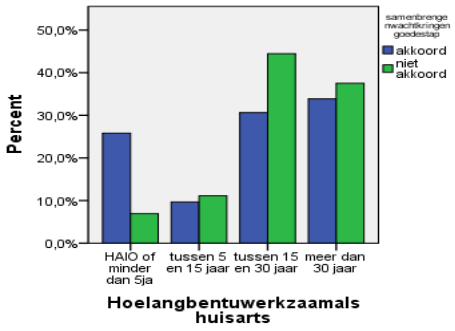
- De Leeftijd van de arts en zijn anciënniteit

Het merendeel van de groep jongere artsen is eerder dan de groep tussen 45 en 65 jaar van mening dat het samenbrengen van de wachtkringen bevorderlijk is voor het behoud van de wachtdienst in de eigen regio.(grafiek 25) Een zelfde verband zien we als we kijken naar de anciënniteit ook hier zijn de groep met de minste anciënniteit de grootste voorstander. (grafiek 26)

Grafiek 25: Samenbrengen wachtkringen



Grafiek 26: Samenbrengen wachtkringen



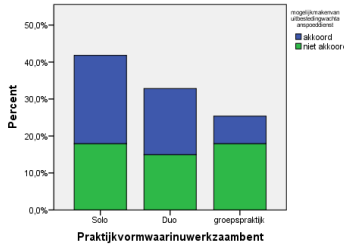
- Het gender aspect.

Er werd geen verband tussen het geslacht van de arts en de visie ten opzichte van alternatieven voor de wachtdienst aangetoond.

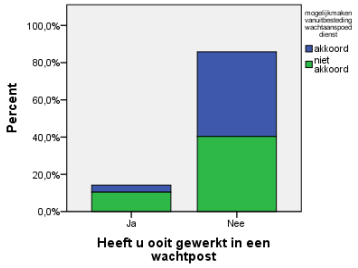
- De praktijkvorm van de arts en vroegere ervaring met een wachtpost.

Artsen in een groepspraktijk zijn veel minder geneigd om te kiezen voor de uitbesteding van de wacht tijdens de nacht aan een spoedgevallendienst.(grafiek 27) Het zelfde geldt voor artsen die al in contact kwamen met een huisartsenwachtpost, hoewel dit slechts een klein gedeelte van de ondervraagde deelnemers bedraagt. (grafiek 28)

Grafiek 27: Uitbesteding van de wachtdienst



Grafiek 28: Uitbesteding van de wachtdienst



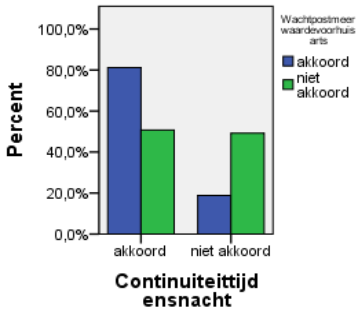
2. Volgens de attitude over de wachtdienst.

2.A. Correlatie tussen de houding tegenover de wachtdienst en de houding van de huisarts over het concept van de huisartsenwachtpost.

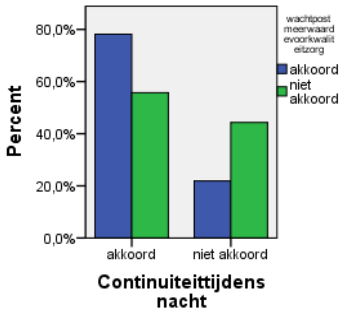
Pearson Chi²-test voor opsporen van verband tussen de houding tegenover de wachtdienst en de houding van de huisarts over het concept van de huisartsenwachtpost
Voor al de resultaten zie Tabel 2A, de significante waarden worden hieronder besproken.

- Het als de taak zien van de arts om continuïteit te garanderen.
Er is een duidelijk verband tussen de groep artsen die het minder de taak zien van de arts om de continuïteit tijdens de nacht te garanderen en het niet inzien van de meerwaarde van een wachtpost.(grafiek 29&30) Deze groep is daarbij ook verhoudingsgewijs een groter tegenstander van het openhouden van een wachtdienst tijdens de weeknachten.(grafiek 31)

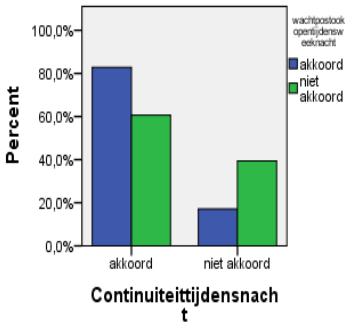
Grafiek 29: Wachtpost meerwaarde voor huisarts



Grafiek 30: Wachtpost meerwaarde voor kwaliteit van zorg

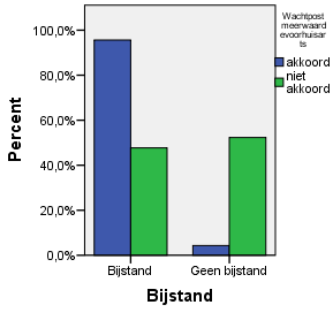


Grafiek 31: Wachtpost open tijdens de weeknacht

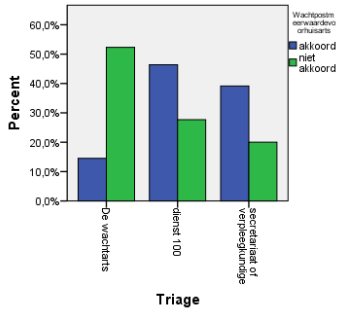


- De omkadering van de wachtarts.
Artsen die bijstand verkiezen tijdens de uitvoeren van hun wacht zijn, zijn eerder geneigd de huisartsenwachtpost als een meerwaarde te zien.(grafiek 32) Het zelfde geldt voor de groep die de triagefunctie tijdens de wacht liever uitbesteed ziet aan een regionale telefooncentrale, secretariaat of verpleegkundige.(grafiek 33) Deze beide groepen zijn ook eerder dan zij die geen bijstand of triage verkiezen voorstander om de wachtpost ook open te houden tijdens de weeknachten. (grafiek 34&35)

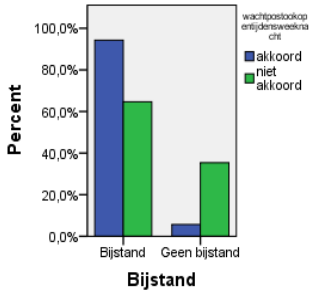
Grafiek 32: Wachtpost meerwaarde



Grafiek 33: Wachtpost meerwaarde



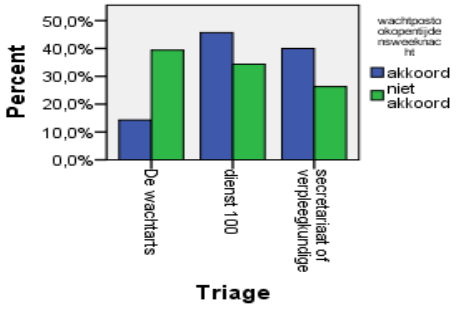
Grafiek 34: Wachtpost tijdens weeknacht



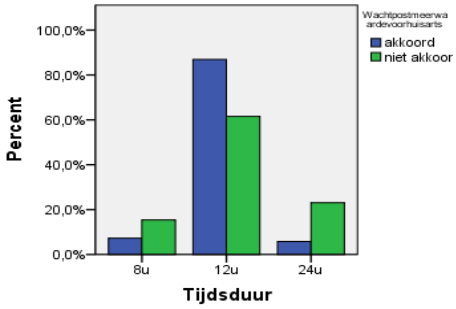
- De wachtduur.

Artsen met een voorkeur om 24u of langer wacht te lopen zijn eerder gekant tegen het concept van een huisartsenwachtpost. Hetzelfde geldt voor de groep die wachturen van slechts 8u wenst. (grafiek 36)

Grafiek 35: Wachtpost tijdens weeknacht



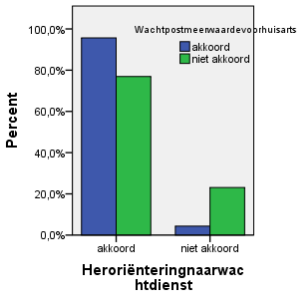
Grafiek 36: Wachtpost meerwaarde voor huisarts



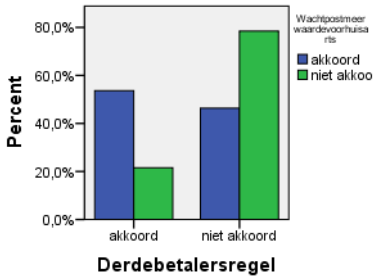
- De wacht laagdrempelig houden en als een kerntaak van de huisarts beschouwen.

Artsen genegen aan het concept van de huisartsenwachtpost zien het eerder dan de tegenstanders als kerntaak voor de arts om eerstelijns pathologie te heroriënteren naar de wachtdienst (grafiek 37). Deze groep is ook eerder geneigd om tijdens de wacht het algemeen gebruik van de derdebetalersregel in te voeren om de toegankelijkheid van de wachtdienst te bevorderen.(grafiek 38) Deze maatregel wordt ook eerder ondersteund door voorstanders van een wachtpost tijdens de weekavond en nacht (grafiek 39).

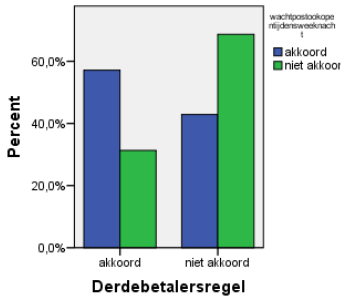
Grafiek 37: Wachtpost meerwaarde voor huisarts



Grafiek 38: Wachtpost meerwaarde voor huisarts



Grafiek 39: Wachtpost open tijdens weeknacht



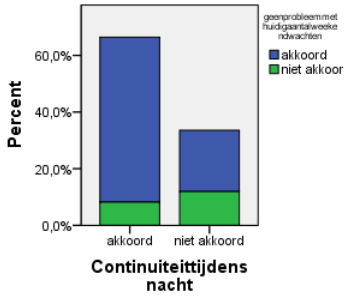
2.B. Correlatie tussen de houding tegenover de wachtdienst en de tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst

Voor al de resultaten zie Tabel 2B, de significante waarden worden hieronder besproken.

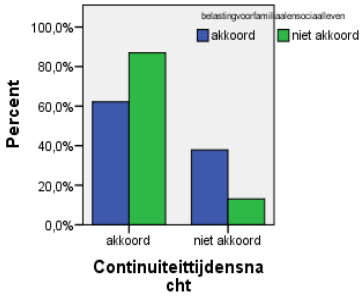
- Het als de taak zien van de arts om continuïteit te garanderen.

Er is een duidelijk verband tussen de mening van de arts over het al dan niet garanderen van de continuïteit tijdens de nacht en de tevredenheid van deze huisarts betreffende zijn huidige wachtdienst. Zij die deze garantie niet noodzakelijk vinden, maken eerder een probleem over het aantal wachten dat ze moeten uitvoeren.(grafiek 40) Ze ervaren de wacht ook meer als een belasting voor het privé leven en hechten meer belang aan de eigen consultatieruimte tijdens de wacht. (grafiek 41) Daarbij heerst bij deze groep ook meer een onveiligheidsgevoel bij het uitvoeren van een huisbezoek dan bij hen die de noodzaak van permanentie tijdens de nacht wel inzien.(grafiek 42)

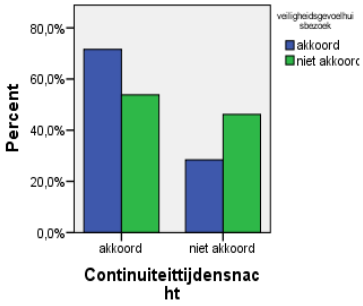
Grafiek 40: Geen probleem aantal weekendwachten



Grafiek 41: Belasting voor privé leven



Grafiek 42: Veiligheid huisbezoek

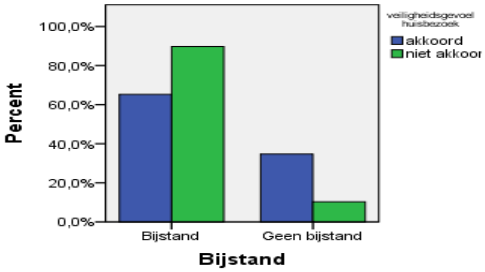


- De omkadering van de wachtarts.

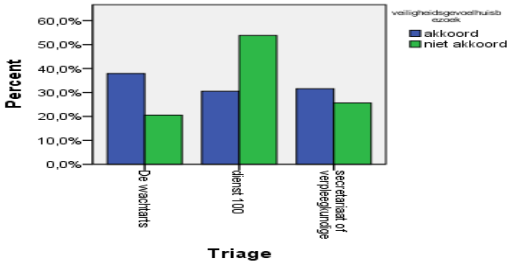
De groep huisartsen die voorstander is van bijstand tijdens de wachtdienst of van het uitbesteden van de triagefunctie tijdens de wacht geeft aan zich eerder onveilig te voelen op huisbezoek dan zij die geen bijkomende bijstand of triage wensen.(grafiek 43&44)

Deze groep artsen die belang hechten aan een goede omkadering, vinden het gebruik van de eigen consultatie ruimte ook minder noodzakelijk voor de integratie van de wacht en het privé leven. (grafiek 45&46)

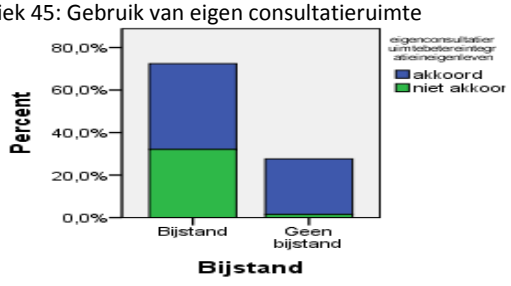
Grafiek 43: Veiligheid huisbezoek



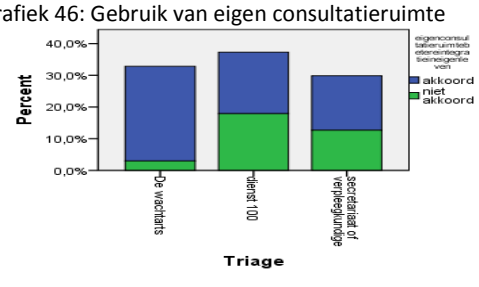
Grafiek 44: Veiligheid huisbezoek



Grafiek 45: Gebruik van eigen consultatieruimte



Grafiek 46: Gebruik van eigen consultatieruimte



2C. Correlatie tussen de houding tegenover de wachtdienst en de tevredenheid van huisartsen over hun beroep

Bij de analyse werden er met behulp van de Chi² test geen valabele verbanden aangetoond tussen houding van de huisarts over de wacht en de tevredenheid van deze arts over zijn beroep. (Tabel 2C)

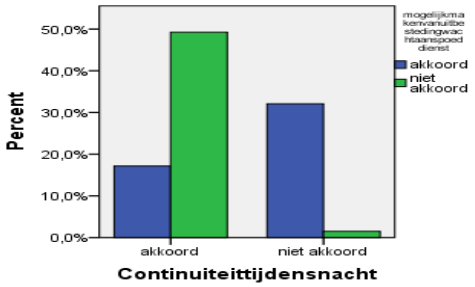
2D. Correlatie tussen de houding tegenover de wachtdienst en alternatieven voor huidige organisatie van de wachtdienst

Voor al de resultaten zie Tabel 2D, de significante waarden worden hieronder besproken.

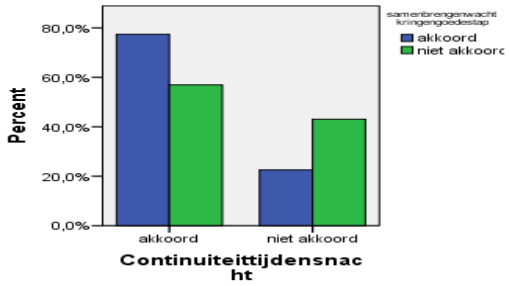
- Het als de taak zien van de arts om continuïteit te garanderen.

De groep artsen die de wachtpermanentie als een kerntaak zien van hun beroep gaan minder akkoord met de stelling dat het mogelijk moet worden om de wachtdienst 's nachts uit te besteden(grafiek 47). Deze groep is ook meer voorstander van de samenvoeging van wachtkringen om de goede werking van de wachtdienst alsnog te behouden(grafiek 48).

Grafiek 47: Mogelijkheid tot uitbesteding wachtdienst



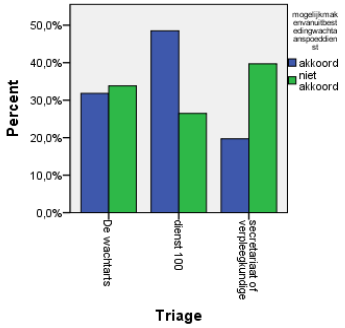
Grafiek 48: Samenbrengen van wachtkringen



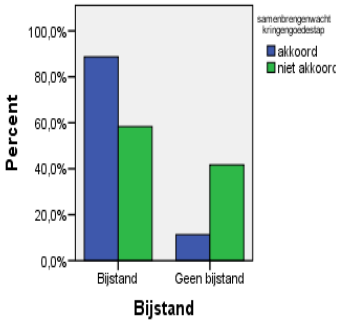
- **De omkadering van de wachtarts.**

De groep artsen die de triage functie bij voorkeur wenst te laten uitoefenen door een regionale centrale is eerder geneigd 's nachts de wachtdienst uit te besteden aan een spoedgevallendienst.(grafiek 49) Het samenbrengen van wachtkringen wordt dan weer minder aanschouwd als goed alternatief door de groep artsen die geen bijstand verkiest of die de triage functie het liefst op zich neemt.(grafiek 50&51)

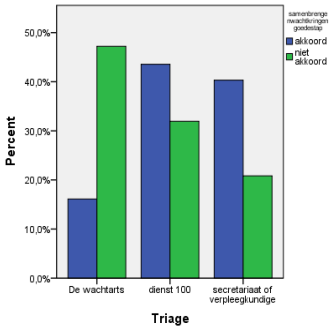
Grafiek 49: Uitbesteding van de wachtdienst



Grafiek 50: Samenbrengen van wachtkringen



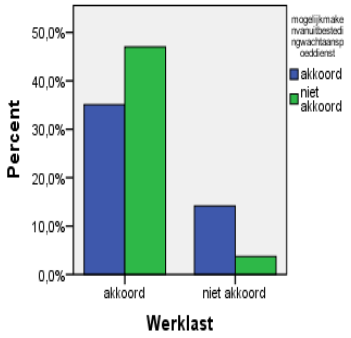
Grafiek 51: Samenbrengen van wachtkringen



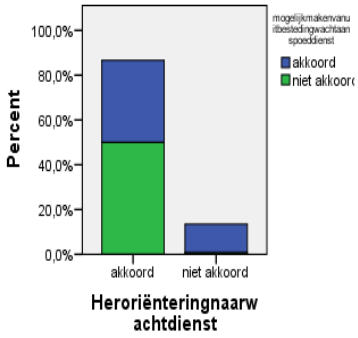
- De werkbelasting tijdens de wacht.

Voorstanders van uitbesteding van de wacht tijdens de nacht aan een spoedgevallendienst zijn minder te vinden voor drukke wachtdiensten. (grafiek 52)

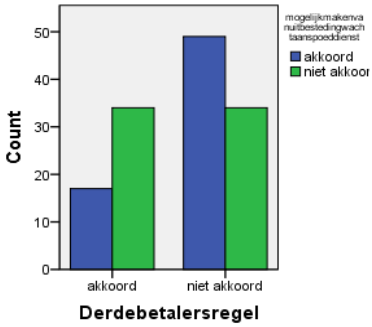
Grafiek 52: Uitbesteding van de wacht



Grafiek 53: Uitbesteding van de wacht



Grafiek 54: Uitbesteding van de wacht



- De wacht laagdrempelig houden en als een kerntaak van de huisarts beschouwen.

Bij de groep artsen die het als taak zien om eerstelijns pathologie opnieuw naar de wachtdienst te heroriënteren is de bereidheid tot uitbesteding van de wacht minimaal.(grafiek 53) De groep artsen die het gebruik van de derdebetalersregel tijdens de wacht wensen te veralgemenen zijn evenmin voorstander van uitbesteding van de wacht.(grafiek 54)

3. Volgens de attitude van huisartsen betreffende een huisartsenwachtpost.

3A. Correlatie tussen de houding tegenover een huisartsenwachtpost en de tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst

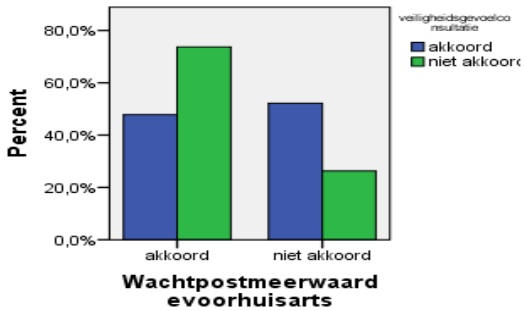
Pearson Chi²-test voor opsporen van verband tussen de houding tegenover een huisartsenwachtpost en de tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst.

Voor al de resultaten zie Tabel 3A, de significante waarden worden hieronder besproken.

- De wachtpost als meerwaarde.

Artsen die in de wachtpost een meerwaarde zien ervaren minder een veiligheidsgevoel in de eigen consultatieruimte dan de groep die gekant is tegen een wachtpost (grafiek 55). Dezelfde groep artsen is er ook minder van overtuigd dat de eigen consultatieruimte een betere integratie van het privé leven toelaat (grafiek 56).

Grafiek 55:Veiligheid consultatie



Grafiek 56: Gebruik eigen consultatieruimte

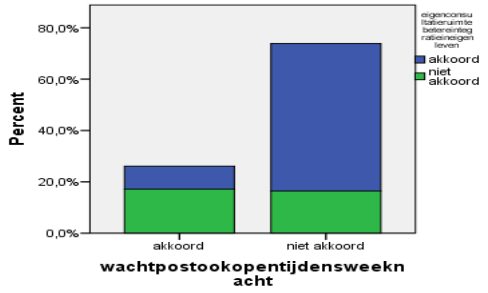


- Openingstijden van een wachtpost.

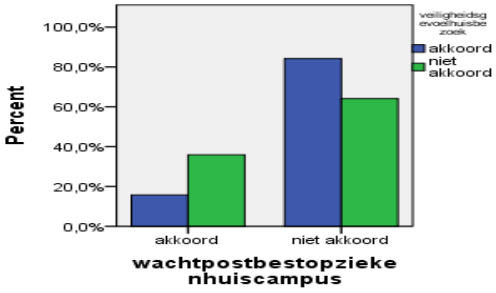
De eigen consultatieruimte wordt door tegenstanders van het openhouden van de wachtpost tijdens de weekavond en -nacht nuttiger gezien voor de integratie van de wacht met het privéleven dan

door de groep artsen die wel te vinden is voor meer uitgebreide openingsuren van de wachtpost (grafiek 57).

Grafiek 57: Gebruik eigen consultatieruimte



Grafiek 58: Veiligheid huisbezoek



- Lokalisatie van een wachtpost

Slechts een klein aandeel ziet een wachtpost op een ziekenhuiscampus zitten. Het merendeel van deze groep zijn artsen die zowel in de eigen consultatieruimte als op huisbezoek een groter gevoel van onveiligheid ervaren (grafiek58).

3.B. Correlatie tussen de houding tegenover de wachtdienst en de tevredenheid van huisartsen over hun beroep

Bij de analyse werden er met behulp van de Chi² test geen valabele verbanden aangetoond tussen houding van de huisarts over de wacht en de tevredenheid van deze arts over zijn beroep. (Tabel 3B)

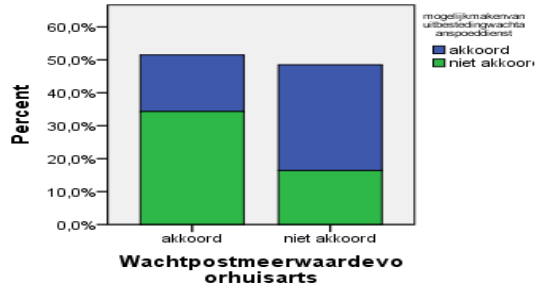
3.C. Correlatie tussen de houding tegenover een huisartsenwachtpost en alternatieven voor huidige organisatie van de wachtdienst

Voor al de resultaten zie Tabel 5C, de significante waarden worden hieronder besproken.

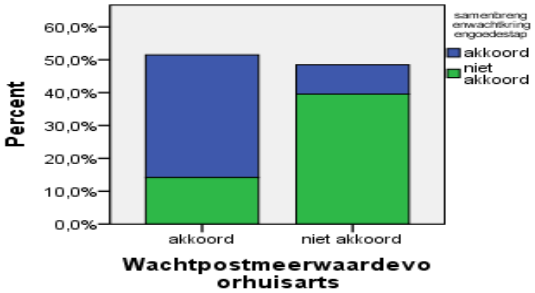
- De wachtpost als meerwaarde.

Huisartsen die de wachtpost als een meerwaarde beschouwen zijn eerder gekant tegen het uitbesteden van de wachtpost aan een spoedgevallendienst.(grafiek 59) Deze huisartsen zijn ook meer voorstander van het samenbrengen van verschillende wachtkringen om een goed functionerende wachtdienst in de regio te behouden.(grafiek 60)

Grafiek 59: Uitbesteding van de wachtdienst



Grafiek 60: Samenbrengen wachtkringen

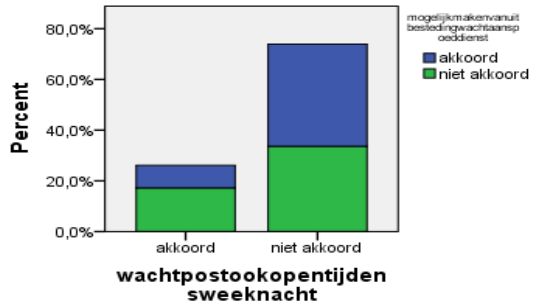


- Openingstijden van een wachtpost.

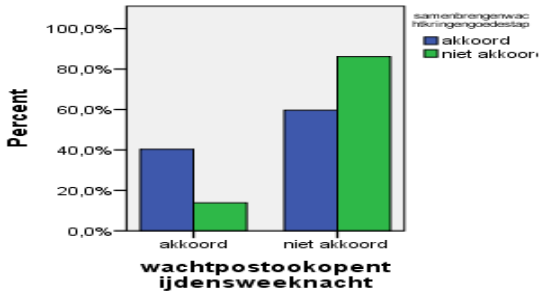
Het uitbreiden van de openingstijden van de wachtpost naar de avonden in de week vindt meer bijval bij de groep artsen die gekant zijn tegen de uitbesteding van de wachtdienst aan spoedgevallen

en voorstander zijn van het samenbrengen van wachtkringen voor het behoud van de wachtdienst in de regio.(grafiek 61& 62)

Grafiek 61: Uitbesteding wachtdienst



Grafiek 62: Samenbrengen wachtkringen



4. Volgens tevredenheid van de huisarts over de wachtdienst

4.A. Correlatie tussen de tevredenheid van de huisarts over de wachtdienst en de tevredenheid van huisartsen over het beroep

Bij de analyse werden er met behulp van de Chi² test geen valabele verbanden aangetoond tussen de tevredenheid van de huisarts over de wachtdienst en de tevredenheid van deze arts over het beroep. (Tabel 4A)

4.B. Correlatie tussen de tevredenheid van de huisarts over de wachtdienst en alternatieven voor de huidige organisatie van de wachtdienst

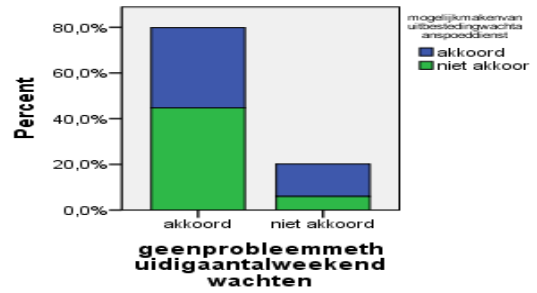
Pearson Chi²-test voor opsporen van verband tussen de tevredenheid van de huisarts over de wachtdienst en alternatieven voor huidige organisatie van de wachtdienst.

Voor al de resultaten zie Tabel 6A, de significante waarden worden hieronder besproken.

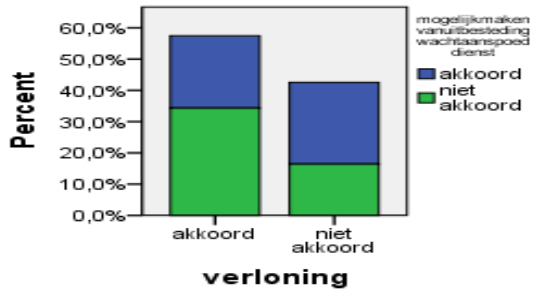
- Houding tegenover wachtfrequentie

Huisartsen die het moeilijk hebben met het aantal weekend wachten, achten het meer mogelijk om de wachtdienst tijdens de nacht uit te besteden aan een spoedgevallendienst. (grafiek 63)

Grafiek 63: Uitbesteding van de wachtdienst



Grafiek 64: Uitbesteding van de wachtdienst



- Verloning van de wachtdienst.

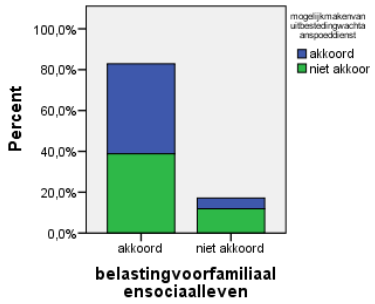
Wordt de verloning van de wacht te laag ingeschat dan is de huisarts eerder akkoord om de wacht 's nachts uit te besteden aan een spoedgevallendienst. (grafiek 64)

- Impact op en integratie in het privéleven van de arts

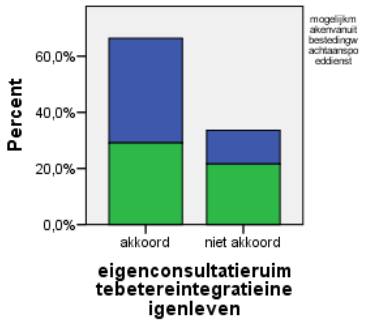
De groep artsen die de wachtdienst niet als belastend ervaren voor het privéleven zal minder snel overwegen om de wachtdienst uit te besteden aan een spoedgevallendienst.(grafiek 65) Deze overweging zal ook minder gemaakt worden door zij die minder belang hechten aan de eigen

consultatie tijdens de wacht.(grafiek 66). Deze laatste groep ziet dan weer meer graten in het samenbrengen van wachtkringen voor het behoud van de wachtdienst in de regio.(grafiek 67)

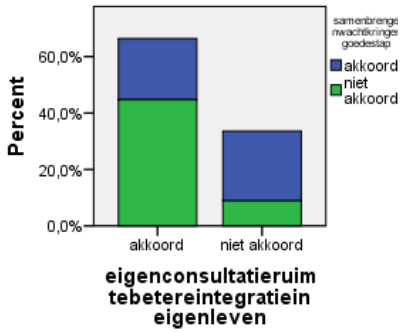
Grafiek 65: Uitbesteding van de wachtdienst



Grafiek 66: Uitbesteding van de wachtdienst



Grafiek 67: Samenbrengen wachtkringen



5. Regionale verschillen:

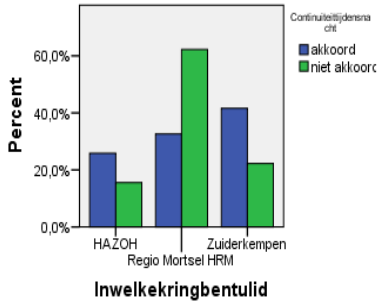
Pearson Chi²-test voor opsporen van eventuele regionale verschillen.

Voor al de resultaten zie Tabel 1A, de significante waarden worden hieronder besproken

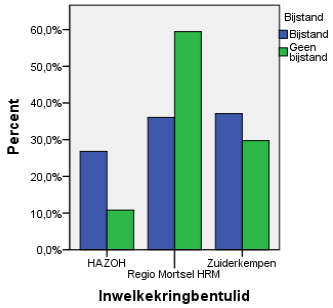
5.A. Correlatie tussen de regio en de attitude over wachtdiensten.

Artsen uit regio Mortsel zijn minder van mening dat het een taak is van de artsen op de continuïteit tijdens de nacht te voorzien in vergelijking met de andere regio's.(grafiek 68). Artsen uit deze regio vinden bijstand tijdens de wacht ook minder noodzakelijk. (grafiek 69). De leeftijdsgrens voor het uitvoeren van wachten wordt dan weer vooral in de regio Zuiderkempen ter discussie gesteld. (grafiek 70)

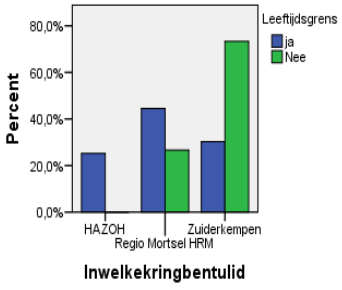
Grafiek 68: Garanderen van continuïteit tijdens de nacht



Grafiek 69: Bijstand



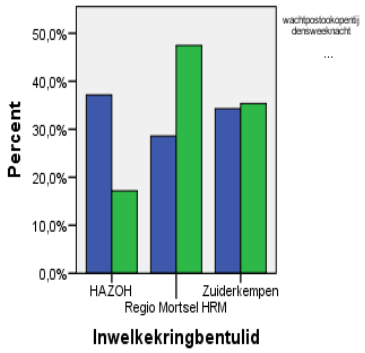
Grafiek 70: Leeftijdsgrens



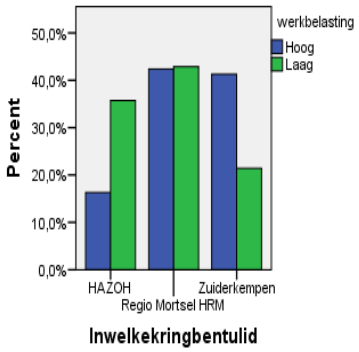
5.B.Correlatie tussen de regio van de arts en de attitude van huisartsen over het concept van de huisartsenwachtpost.

Hoewel in geen enkele regio de meerderheid voorstander is van het uitbreiden van openingsuren een wachtpost naar de weeknachten, zien we dat de tegenkanting het grootst is in de regio Mortsel en verhoudingsgewijs de meeste voorstanders zich in de regio HAZOH bevinden. (grafiek 71)

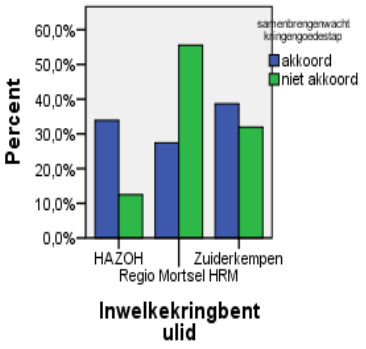
Grafiek 71: Wachtpost open tijden de weeknacht



Grafiek 72: werkbelasting



Grafiek 73: Samenbrengen wachtkringen



5.C. Correlatie tussen de regio van de arts en de tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst:

Op vlak van tevredenheid over de huidige wachtdienst is als enig relevant verschil tussen de regio's de waargenomen werkbelasting tijdens de wachtdienst.
Deze wordt hoofdzakelijk als normaal tot laag gepercipieerd in de regio HAZOH, terwijl in de regio Zuiderkempen men eerder uitgaat van een normaal tot hoge werkdruk. In de regio Mortsel is de mening over de werkdruk eerder gemengd. (grafiek 72)

5.D. Correlatie tussen de regio van de arts en de tevredenheid van huisartsen over hun beroep

Bij de analyse werden er met behulp van de Chi² test geen valabele verbanden aangetoond tussen de regio van herkomst van de arts en de tevredenheid van deze arts over het beroep. (Tabel 1D)

5.E. Correlatie tussen de regio van de arts en alternatieven voor huidige organisatie van de wachtdienst

Over het nut van het samenbrengen van de wachtkringen ter behoud van de wachtdienst zijn de regio's verdeeld. Het grootste verzet hiervoor vinden we verhoudingsgewijs in de regio Mortsel. In de andere regio's is men eerder voorstander. Dit vooral in de regio HAZOH. (grafiek 73)

5. Bespreking:

5.1. Demografische gegevens:

Hoewel de enquête slecht een steekproef is en niet al de artsen uit de drie regio's bevraagd werden, is de demografische verdeling van de deelnemende artsen toch conform het gemiddelde in Vlaanderen. Het zelfde geldt voor de leeftijdsverdeling van de artsen in de enquête en op regionaal vlak. Daarbij komt voor de verschillende bevraagde regio's de densiteit van het aantal inwoners per arts eveneens overeen, wat maakt dat de effectieve globale werklast bij benadering als identiek beschouwd mag worden. Wat betreft de geslachtsverdeling is er in de drie regio's een iets groter aandeel aan vrouwelijke artsen dan het regionaal gemiddelde. Dit vertaalt zich eveneens in een groter aandeel aan vrouwelijke deelnemers in de enquête. Over de regionale verdeling van de verschillende typen praktijkvormen zijn in Vlaanderen geen gegevens bekend, maar als we het vergelijken met de verdeling in Nederland is het aandeel soloartsen en artsen werkzaam in een duopraktijk in de enquête veel groter ten opzichte van een kleiner aantal artsen werkzaam in een groepspraktijk.(21) We hebben hier echter te maken met een verschil in organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg tussen Vlaanderen en Nederland. Daarbij is de trend naar de organisatie van artsen in groepspraktijken in Nederland al eerder ingezet en meer van bovenuit ondersteund dan in Vlaanderen. Het relatief kleine aandeel artsen dat reeds in contact is gekomen met een huisartsenwachtpost (14,8%) is eenvoudig te verklaren doordat in de 3 ondervraagde regio's tot op heden geen gebruik gemaakt werd van een huisartsenwachtpost en door de beperkte migratiedrang van huisartsen naar andere regio's in de loop van hun carrière.

Demografie	**Inwoners**	**Artsen**	**Inwoners/arts**	**Man**	**Vrouw**
Vlaanderen 2011*	6.251.983	8089	787	5412 66,9%	2677 33,1%
HAZOH†	87.000	92	966	57 62%	35 38%
Regio Mortsel†	94750	101	938	57 56%	44 44%
Zuiderkempen†	205333	226	908	140 62%	86 38%
		†gegevens bekomen na navraag bij wachtdienstcoördinatoren		*Jaarstatistieken FOD volksgezondheid 2011	

Werkzaamheid in de verschillende praktijkvormen	**Solo**	**Duo**	**Groepspraktijk**
Enquête	42%	33%	25%
Nederland 2011 (20)	18%	28%	54%
Nederland 2001 (20)	33%	36%	31%

5.2. Attitude van huisartsen over de wachtdiensten.

- Continuïteit van de zorg

Kijken we in onze enquête naar de algemene houding van onze deelnemers over de wachtdienst dan zien we in het algemeen dat het principe van het garanderen van de continuïteit van de zorg stevig overeind blijft. Wel bemerken we hierop enkele nuanceringen. Zo wordt de nachtelijke permanentie voor de eerstelijns gezondheidszorg door een aanzienlijk deel artsen als minder evident beschouwd. Deze groep is minder tevreden over het aantal uit te voeren wachten en beschouwt deze wachten ook meer als een belasting voor het privéleven, zeker als deze wacht niet kan uitgevoerd worden vanuit de eigen consultatieruimte. Ze staan dan ook meer afkerig tegen het samenbrengen van wachtkringen en het concept van de huisartsenwachtpost en een eventuele uitbreiding van de openingsuren ervan. Deze groep is eerder dan zij die continuïteit 's nachts wel vooropstellen, geneigd de wachtdienst uit te besteden aan een spoedgevallendienst.

Analoge resultaten vinden we bij deze artsen die het minder de taak van de arts achten om de eerstelijns pathologie te heroriënteren naar de wachtdienst Deze laatste groep blijft echter met 15% nog zeer beperkt, maar toch benadrukt deze bevinding naar de toekomst toe het belang van het herdefiniëren van de rol van de huisarts buiten de werkuren. Een leeftijdsbegrenzing voor de verplichting tot deelname aan de wachtdienst kan een instrument zijn om de bereidheid tot participatie aan de wachtdienst te onderhouden. Immers deze optie vindt alleszins veel bijval bij de ondervraagde populatie en dit vooral bij de soloartsen. Dit is juist de groep die het meeste bezwaar maakt tegen de heroriëntering van eerstelijns pathologie naar de wachtdienst. Artsen werkzaam in een duopraktijk zijn dan weer minder voor deze leeftijdsgrens te vinden. Ook zien we uitgesproken regionale verschillen, maar deze verschillen kunnen grotendeels verklaard worden doordat bij de deelnemers er een verschil is in verdeling van praktijkvormen tussen de regio's (grafiek 1C).

Een algemeen invoeren van de derde betalers regel wordt dan weer minder warm onthaald als maatregel om de werking van de wachtdienst te verbeteren. Maar een derde van de artsen is hier voor te vinden. De tegenstand komt vooral uit de hoek van zij die de creatie van een wachtpost een minder warm hart toedragen. Niet toevallig ook van zij die het liefst werken vanuit de eigen consultatieruimte of het mogelijk achten de wachtdienst tijdens de nacht te laten uitbesteden. Opvallend genoeg en zonder enige duidelijke verklaring zijn de vrouwelijke artsen ook eerder gekant tegen dit voorstel dan hun mannelijke collega's. Dit ondanks hun voorkeur voor de creatie van een wachtpost.

Op vlak van werkdruk en werkduur is er weinig verschil in opinie tussen de deelnemers. Zo mag een wachtdienst best druk zijn. Enkel aanhangers van de uitbesteding van de wachtdienst zijn hier minder voor te vinden. Qua tijdsduur van de wacht wordt bij drie kwart van de deelnemers twaalf uur als het meest geschikt ervaren. Voorstanders van een wachtpost komen hierbij voorop.

- Omkadering van de wacht

Naast het thema van de continuïteit van de zorg werd bij de bevraging van de instelling tegenover de wachtdienst ingegaan op de visie van de deelnemers over de omkadering van de wacht. Hierbij bemerken we duidelijke verschillen volgens het profiel van de arts. Zo schijnt de visie hieromtrent

ook een belangrijke rol te spelen in het standpunt van de arts over het concept van een huisartsenwachtpost.

Vooreerst werd er gepeild naar of artsen al dan niet wensen bijgestaan te worden tijdens de wacht. Uit de peiling blijkt dat bijna drie kwart van de ondervraagden voorstander is van enige vorm van assistentie. Hierbij gaat de voorkeur uit naar een receptioniste of de combinatie van een receptioniste en een chauffeur. Als we dan volgens het profiel van de arts gaan kijken, zien we dat vooral bij de leeftijdsgroep tussen 45 en 65 jaar er afgezien wordt van enige vorm van bijstand. Jongere artsen, net als vrouwelijke artsen opteren dan weer eerder voor extra hulp. We nemen ook een regionaal verschil waar. Zo is de vraag naar bijstand veel groter in de regio HAZOH. In de regio Mortsel is de tegenstand dan weer het grootst. Ook hier kan de verschillende verdeling in profiel van de deelnemers tot dit verschil in standpunt geleid hebben. (grafiek 1A en 1B).

Als we de vraag naar bijstand verder gaan vergelijken met de houding van deze huisarts over een huisartsenwachtpost zien we dat zij die de voorkeur geven aan bijstand eerder geneigd zijn het concept van een wachtpost in hun regio en een eventuele uitbreiding van de openingsuren ervan te ondersteunen. Deze groep hecht ook minder belang aan het gebruik van de eigen consultatieruimte tijdens de wacht en is een groter voorstander voor het samenbrengen van wachtkringen ter behoud van de wachtdienst in zijn of haar regio.

De tweede vraag betreffende de omkadering van de arts gaat in op het feit of de triage van de oproepen door de arts zelf dient uitgevoerd te worden of uitbesteed kan worden. Een meerderheid van de artsen wenst hiervoor beroep te doen op bijkomende assistentie, het liefst door gebruik te maken van een regionale centrale die in contact staat met de dienst 100. Vergelijken we enkel de voor en tegenstanders van triage door derden dan zien we een zelfde leeftijd- en geslachtsverdeling als bij de vraag om bijstand. Ook hier zijn het vooral de jongere en de vrouwelijke artsen die de triage wensen uit te besteden. Eveneens analoog met de vraag om bijstand, staan voorstanders voor uitbesteding van de triage ook positiever tegenover het concept van de huisartsenwachtpost en tegenover het samenvloeien van wachtkringen voor het behoud van de wachtdienst in de regio. Deze groep ziet ook minder de noodzaak van het verrichten van de wacht vanuit de eigen consultatie ruimte en hoewel het aandeel klein blijft is er bij deze groep ook naar verhouding meer aanhang voor het lokaliseren van de wachtpost op een ziekenhuiscampus. Tot slot is er nog de opvallende bevinding dat bij de groep artsen die een voorkeur heeft voor een regionale wachtcentrale als triage punt het draagvlak voor een uitbesteding van de wacht veel groter is dan zij die kiezen voor een secretariaat of verpleegkundige of de triage liever door de huisarts zelf laten doen.

5.3. Attitude van huisartsen over het concept van een huisartsenwachtpost.

- De wachtpost als meerwaarde

Op de vraag of een wachtpost een meerwaarde kan betekenen werd zeer divers gereageerd. Zo wordt de wachtpost slechts bij een kleine meerderheid van de deelnemers als meerwaarde voor de huisarts en voor de patiënttoegankelijkheid aanzien. Op vlak van patiëntwachttijd en kwaliteit van de zorg wordt zelfs geen absolute meerderheid van voorstanders gevonden. Naar de grond van het verschil in attitude over de wachtpost lijkt het dan ook in eerste instantie gissen. Echter als we gaan kijken naar mogelijke verbanden met andere standpunten van de deelnemers over de wachtdienst of

het profiel van de arts dan merken we dat het verschil in visie betreffende de wachtpost niet gebaseerd is op een willekeur bij de arts. Zo hebben we al gezien dat de mening over een wachtpost sterk beïnvloed wordt door de visie van de huisarts over het principe van de continuïteit van de zorg en de omkadering van de wacht.

Kijken we nu naar het profiel van de arts, dan zien we een sterke variatie van het standpunt over de wachtpost zowel volgens leeftijd als geslacht. Jongere deelnemers net als vrouwelijke artsen zien veel meer dan oudere of mannelijke artsen de meerwaarde in van een wachtpost voor zowel de huisarts als voor de kwaliteit van de zorg. Het zelfde verband zien we als we kijken naar de anciënniteit van de arts. Jongere en minder ervaren artsen maken daarenboven ook minder bezwaar tegen het gebruik van een wachtpost als permanentievorm tijdens de nachten in de week. Als laatste verband met het profiel van de arts is de mening van de arts ook verschillend naargelang de praktijkvorm waarin hij of zij werkzaam is. Voorstanders vinden we vooral bij zij die werkzaam zijn in groepspraktijken en in mindere mate in een duopraktijk. Soloartsen zien dan weer veel minder de meerwaarde in van een wachtpost voor zowel de huisarts zelf, de kwaliteit van de zorg en de patiënt toegankelijkheid.

De tevredenheid van de arts over de huidige wachtdienst heeft geen grote invloed op de visie over een huisartsenwachtpost. Zo is er wel een verband met de ervaren veiligheid tijdens de wacht, waar apart verder op in wordt gegaan. En zien we dat de weerspannigheid tegenover een wachtpost zeer groot is bij de groep artsen die een groot belang hechten aan de eigen consultatie ruimte voor het integreren van de wacht met het privé leven. Zij zijn ook in grotere mate tegenstander van het openhouden van een wachtpost tijdens de week. Bemerk hier de parallel met de houding ten opzichte van het concept continuïteit van de zorg, de visie over bijkomende bijstand en het eventueel uitbesteden van de triage drie standpunten over de wachtdienst die hierboven al werd besproken. Verderop gaan we zien dat het profiel van de arts ook een invloed heeft op deze factor van tevredenheid.

Een grote invloed is er tussen de houding van de arts tegenover een wachtpost en de mogelijke alternatieven voor de huidige wachtpost die hij of zij vooropstelt. Zo zal bij voorstanders van de wachtpost veel minder snel geopteerd worden voor uitbesteding van de wachtdienst aan een spoedgevallendienst. Er zal eerder gekozen worden voor een fusie van wachtkringen om de wachtdienst in de regio te behouden. Ook hier is er een zelfde parallel met de algemene houding over de wachtdienst.

- De wachtpost in de week

Is men dan al voorstander van een huisartsenwachtpost, dan gaat het hier vooral over de permanentie voor het weekend. Slechts een gering aantal huisartsen wenst de wachtpost ook voor tijdens de werkuren te gebruiken. Een kwart van de artsen is er wel voorstander van om, zo een wachtpost beschikbaar is, deze ook voor de week permanentie te gebruiken. We hebben reeds vermeld dat vooral jongere artsen voorstander zijn. Verder is er een duidelijk regionaal verschil, waarbij de tegenkanting het grootst is in de regio Mortsel en verhoudingsgewijs de meeste voorstanders zich in de regio HAZOH. Hogerop bespraken we al het verband met de houding tegen over de wachtdienst. We zagen dat ruimere openingstijden vooral bijval vonden bij zij die groot belang hechten aan de continuïteit van de zorg, de taak van de huisarts daarin om eerstelijns

pathologie naar de wachtdienst te heroriënteren en hiervoor een betere omkadering verwachtten. Het is dan ook een logische bevinding dat voorstanders van grotere beter georganiseerde wachtkringen en tegenstanders van uitbesteding van de wachtdienst aan spoedgevallen de neiging hebben om met zo een uitbreiding van de wachtpost naar de week toe in te stemmen.

- Locatie

Mocht er sprake zijn van een wachtpost, dan is het bij de overgrote meerderheid van de artsen de voorkeur dit niet op een ziekenhuiscampus te laten plaatsvinden. Enkel voor hen die tijdens de wacht meer een gevoel van onveiligheid ervaren is een wachtpost aan een ziekenhuis eerder een goede optie.

5.4. De tevredenheid van huisartsen over de huidige wachtdienst

- Wachtfrequentie, werkbelasting en verloning:

Er wordt bij de deelnemers weinig probleem gemaakt van het aantal uit te voeren wachtdiensten. Wel maken zij die het garanderen van de continuïteit tijdens de nacht niet noodzakelijk vinden, eerder een probleem over het aantal wachten dat ze moeten uitvoeren. Hetzelfde geldt voor voorstanders van de uitbesteding van de wachtdienst aan spoedgevallen en zij die geen meerwaarde zien in een wachtpost voor de patiëntwachttijd.

De werkbelasting tijdens de wacht wordt dan wel als normaal ervaren, toch is de belasting eerder hoog dan laag op deze middenschaal. Deze hogere werkbelasting wordt vooral ervaren door de vrouwelijk deelnemers. Ook opvallend is een duidelijk verschil tussen de ondervraagde regio's. Zo wordt in de regio Zuiderkempen de werkbelasting eerder als hoog ervaren, in de regio Mortsel als gemiddeld en in de regio HAZOH als normaal tot laag. Daar waar de geslachtsverdeling van de regio's het omgekeerde zou doen vermoeden. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat de deelnemers uit de regio's eveneens verschillen in hun houding tegenover de noodzaak tot garanderen van de continuïteit van de zorg.

Bij de vraag over de verloning van de wachtdienst worden er geen significant verschillen tussen de deelnemers of hun houding tegenover wachtdienst en wachtpost opgemerkt. Deelnemers die de verdienste van een wacht als onvoldoende beschouwen zijn wel eerder geneigd de wacht aan een spoedgevallendienst uit te besteden.

- Veiligheid

Waar de ruime meerderheid van de deelnemers zich veilig voelt bij het uitvoeren van de wachtdienst, zijn er opvallende bevindingen bij een kwart van de deelnemers die de wacht toch als onveilig ervaren. Zo bestaat deze groep hoofdzakelijk uit vrouwelijke artsen en artsen werkzaam in een duopraktijk. Het gevoel onveilig te zijn draagt eveneens bij tot de voorkeur te beschikken over bijstand tijdens de wacht en de triage door een regionale centrale te laten uitvoeren. Voor zij die de veiligheid van de wacht in hun kabinet een probleem vinden is het creëren van een wachtpost ook eerder een meerwaarde. Zij hebben ook minder bezwaar om deze wachtpost op een ziekenhuiscampus te laten plaatsvinden. Voelt men zich onveilig dan zal de arts het ook minder zijn of haar taak zien om de continuïteit tijdens de nacht te garanderen.

- Impact op en integratie in het privéleven van de arts

De overgrote meerderheid beschouwt de wacht als belastend voor het privéleven en is van mening dat het gebruik van de eigen consultatie ruimte beter toelaat privé en werk tijdens de wacht te integreren. Dit laatste wordt vooral onderbouwd door de groep artsen van 45 tot 65 jaar en zij die werkzaam zijn in een solopraktijk. Jongere artsen, artsen in samenwerkingsverband en zij die de voorkeur geven aan extra bijstand en de uitbesteding van de triage hechten dan weer veel minder belang aan het gebruik van de eigen consultatie ruimte.

5.5. Alternatieven voor de huidige organisatie van de wachtdienst

De laatste drie vragen van de enquête hadden betrekking op het standpunt van de arts betreffende enkele mogelijke alternatieven voor de wachtdienst. Vooreerst werden 2 opties apart aan de deelnemers voorgelegd.

Op de vraag over het eventueel uitbesteden van de wacht aan een spoedgevallendienst werd zeer verscheiden gereageerd. Slechts een kleine meerderheid lijkt dit voorstel te verwerpen. In deze groep wordt de continuïteit van de zorg en de heroriëntering van de eerstelijns pathologie naar de wachtdienst als belangrijk beschouwd en is er meer bijval voor het concept van de huisartsenwachtpost, zeker als ze er reeds mee in contact kwamen. Voorstanders van uitbesteding beschouwen de wachtdienst als een te grote impact op het privéleven die dan nog onvoldoende verloond wordt en zien werken buiten hun eigen consultatie ruimte niet zitten. Deze groep bestaat ook vooral uit artsen werkzaam in een solopraktijk.

Een nipte minderheid is voor het samenbrengen van wachtkringen om de wachtdienst in de regio te behouden. Het gaat hier vooral om jongere artsen en artsen met minder anciënniteit. Er is daarbij ook het positieve verband met de houding tegenover bijkomende bijstand en de huisartsenwachtpost, zoals eerder vermeld. Zij die vasthouden aan de eigen consultatie ruimte kan een fusie van wachtkringen dan weer minder bekoren.

Tot slot is er nog een duidelijk regionaal verschil, waarbij het samenbrengen van wachtkringen vooral in de regio Mortsel op verzet stuit. De regio Zuiderkempen is hierin verdeeld en bij HAZOH is de meerderheid voorstander.

De laatste vraag is een subjectieve rangschikking van alternatieven voor de huidige wachtdienst. De antwoorden hierop zijn zoals verwacht zeer verscheiden. Toch kunnen we in de antwoorden enkele patronen herkennen. Zo zijn de alternatieven van enerzijds geen aanpassingen in de wachtdienst uit te voeren en anderzijds het oprichten van een wachtdienst zeer polariserend als we naar hun respectievelijke rangschikking door de deelnemers kijken. Gezien het hoge aantal mogelijkheden hebben we gebruik gemaakt van een Spearman test om de negatieve correlatie tussen beide aan te tonen. Zo is er een zeer sterke omgekeerd evenredige correlatie tussen beide. Deelnemers zullen de keuze voor een wachtpost ofwel helemaal vooropstellen als alternatief ofwel als slechts denkbare beschouwen. Voor de optie de huidige wachtdienst juist onveranderd te laten geldt voor diezelfde deelnemer dan weer juist het omgekeerde. Met andere woorden de tegenstand tussen beiden is zeer groot. En zelfde omgekeerd evenredig verband vinden we tussen de optie van de wachtpost en het uitbesteden van de wacht aan een privé initiatief. De correlatie is hier echter veel minder sterk en de tegenkanting tegen de optie van uitbesteding veel groter. Uitbesteding van de wachtdienst is van de 7 opties dan ook de minst populaire. Zonder uitspraak te doen over welk alternatief het meest populair is gezien de bovenvermelde polariteit, hebben we wel een duidelijke en onbetwiste

2de. Het voorstel tot afschaffen van de wettelijke verplichting van de huisarts om zich ter plaatse te begeven wordt door de deelnemers positief onthaald. Dit bevestigt het standpunt van Domus Medica en het SVH omtrent deze betwiste wettelijke verplichting (3). Verder in rangorde hebben we volgens afnemende populariteit de verbetering van de verloning van de wacht, het aantrekken van extra huisartsen via het systeem van Impulseo I en het oprichten van een centraal triage systeem.

6. Conclusie:

Hoewel het principe van de continuïteit van de zorg overeind blijft, dringt zich een herdefiniëring van het begrip en uniforme interpretatie ervan op. Dit niet om af te zien van onze permanentie plicht maar juist om te voorkomen dat bij een grotere groep artsen een soort van “wachtdienst moeheid” ontstaat. Er bestaat immers een sterke relatie tussen de globale tevredenheid van de arts over de wachtdienst en het al dan niet beschouwen van wachtdiensten als zijnde een kerntaak. Zien we het niet meer als een kerntaak, dan lopen we het risico dat we onze eerstelijns pathologie uit handen geven en dat de drempel voor het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst nog lager gelegd wordt. De huisartsengeneeskunde wordt dan het slachtoffer van zijn verleden, gezien de patiënt in Vlaanderen vroeger steeds op de beschikbaarheid van zijn huisarts kon rekenen en deze rol maar al te graag door de tweede lijn overgenomen wordt. Het is merkwaardig dat artsen nog werkzaam volgens dit oude systeem, eerder geneigd zijn de wachtdienst uit handen te geven dan deze over te laten aan de ideeën van een bereidwillige volgende generatie huisartsen. Er heerst meer de verwachting dat het allemaal maar na hun tijd dient te veranderen en ze dus zelf geen deel dienen uit te maken van iets nieuws. De “wachtdienst moeheid” speelt hier zeker een rol maar we bemerken ook een zekere verknochtheid aan het eigen kabinet, een afwijzen van een bredere omkadering van hun wacht en een lichte weerwil tot coöperatie met andere wachtkringen uit de regio. Niet toevallig is bij deze groep oudere mannelijke soloartsen de weerstand tegen een huisartsenwachtpost het grootst.

Deze huisartsenwachtposten zijn nochtans geen slecht concept. De literatuur toont immers aan dat een huisartsenwachtpost er in slaagt de continuïteit van de zorg te garanderen zonder in te boeten op de werktevredenheid en zonder de werkbelasting van de arts te verhogen. Echter vooral het feit zelf een goede kwaliteit van de zorg naar de toekomst toe te kunnen garanderen, wordt door de deelnemende artsen geapprecieerd. Dit laatste is ook wat de jongere generatie artsen zo weet te overtuigen. Het concept past dan ook goed in de verdere professionalisering van de wachtdiensten.

Toch mogen we ons niet blind staren op het concept van de huisartsenwachtpost als enige alternatief. Vele andere, zelfs kleine, aanpassingen in de wachtdienst of de ondersteuning ervan kunnen bijdragen tot een betere garantie van de continuïteit van de zorg. Dit geldt vooral voor de wachtdienst in de week, waar de bereidheid voor het openhouden van een wachtpost heel wat minder is. Het garanderen van een uitstapregeling voor oudere artsen, een gegarandeerde en passende wachtvergoeding, meer aandacht voor de veiligheid van de arts… Het zijn maar enkele zaken die tot een betere werkervaring kunnen bijdragen. Een combinatie van deze maatregelen is misschien zelfs in staat om tegenstanders van een bepaald wachtsysteem, zoals de huisartsenwachtpost, alsnog te overhalen. Want gezien de verandering van het profiel van artsen, met name de toename van het aantal groepspraktijken, de vervrouwelijking van het beroep en de (noodzakelijke) verjonging van het huisartsenkorps is een uiteindelijke evolutie naar een

veralgemeend invoeren van wachtposten onhoudbaar. Het is echter niet opportuun dit proces te versnellen of al te star door de overheid of één van zijn instellingen te laten sturen. Men riskeert anders zowel voorstanders te ontmoedigen als tegenstanders zich te laten verslikken in iets dat eerder op een revolutie lijkt. Willen we een wachtdienst aangepast aan de noden van de arts dan dient er van boven af juist meer vrijheid gecreëerd te worden. Zo moet er komaf gemaakt worden met de wettelijke belemmeringen en de verplichtingen vanuit de Orde, die de huisarts beperken in zijn intellectuele en therapeutische vrijheid tijdens de wacht. Dit geldt ondermeer voor het zelf kunnen inschatten van noodzaak en de mogelijkheid tot eventuele uitbesteding van de triage. Vooral dit eerste voorstel kan bij heel wat artsen op bijval rekenen. Naast deze juridische vrijheid moet er ook meer financiële ademruimte zijn om nieuwe initiatieven op te starten en te onderhouden, willen we ook op vlak van de wachtdiensten een volwaardige eerstelijns gezondheidszorg kunnen uitbouwen.

6.1. Naar de toekomst toe.

De drie ondervraagde regio's zitten in een verschillende fase van hun ontwikkeling naar beter georganiseerde wachtdiensten. Gebruik makend van de bevindingen uit deze studie heeft het geen zin de natuurlijke vooruitgang van elk van hen te willen beïnvloeden. Wel hebben wij er in het algemeen als de regio's in het bijzonder, baat bij om deze kringen opnieuw dit soort vragen voor te leggen. Zo kunnen we veranderingen in het denkpatroon van deze artsen opsporen op een later moment in hun evolutie en de impact nagaan van de eventuele oprichting van een wachtpost op de tevredenheid en attitude van de huisarts. Op die manier zouden we kunnen slagen in het alsnog weerleggen van onwrikbaar geachte bezwaren tegen het concept van de huisartsenwachtpost. Een verdere uitbreiding van de bevraging naar andere regio's en het ontwikkelen van een meer gestandaardiseerde vragenlijst zijn wel noodzakelijk, willen we dat doel bereiken. Met andere woorden er is nog werk aan de winkel…

6.2 Dank

Aan Lies en Viktor,
Elke seconde in dit werk had eigenlijk voor jullie moeten zijn.

7. Bronnen

Literatuurstudie: Nazicht van reeds verricht onderzoek naar oprichting van huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Vergelijking met andere gelijkaardige Europese alternatieven.

(1) Philips H. *Out-of-hours Primary Care in Belgium.* Thesisverdediging Huisartsgeneeskunde Univ. Antwerpen. 2010

(2) Jonckheer P, Dubois C, Verhoeven E.,Rinchard E. et al. *Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen?* KCE rapport 171A, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2012

(3) Open brief SVH *Discussie Orde –SVH& DomusMedica ivm verplichting van huisarts om zich ter plaatse te begeven*. 2008

(4) World Health Organization. *The world health report 2008: primary care now more than ever.* Geneva (Switzerland): WHO; 2008

(5) Huibers L. Giesen P. Wensing M. Grol R. *Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models.* BMC Health Services Research. 2009. 9:105,

(6) Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP *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. 2006;38(8):565-9.

(7) The Hague, Ministry of Health Care *Policy on Emergency Care [Beleidsvisie acute zorg: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport]*, The Netherlands; 2003.

(8) Christensen MB, Olesen F.*Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform.* BMJ. 1998 ;316(7143):1502-5.

(9) Salisbury C: *Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners.* BMJ 1997, 314:1598-1599.

(10) 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 2003;20:311-7.

(11) O'Dowd TC, Mc K, Kelly A, O'Kelly F *Out-of-hours co-operatives: general practitioner satisfaction with governance and working arrangements*.. Eur J Gen Pract 2006; 12(1) 15-8

(12) Caro JT van Uden, *General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services* BMC 2005 5:27

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

(14) Van Wijnsberghe T, *Tevredenheid en attitude van huisartsen over wachtdiensten enhuisartsenwachtposten,* Masterproef Huisartsgeneeskunde Huisartsgeneeskunde Univ Antwerpen 2011

(15) Garratt AM, Danielsen K, Hunskaar S, *Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review.* Br J Gen Pract. 2007; 57(542):741-7.

(16) Andrew M. Garratt, Kirsten Danielsen, *The Patient Experiences Questionnaire for Out-of-Hours Care (PEQ-OHC): data quality, reliability, and validity* Scand J Prim Health Care. 2010; 28(2): 95–101.

(17) Bjertnaes OA, Garratt A, Nessa J.*The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services.* Fam Pract. 2007;24(4):336-42.

(18) Bjertnaes OA, Garratt A, Ruud T, Hunskaar S.*The General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ): validity and reliability following the inclusion of new accessibility items.* Fam Pract. 2010;27(5):513-9.

(19) Van Uden CJT, Voss GBW, Ament A, Crebolder HFJ, et al. *Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid-Limburg (Nightcare): Tevredenheidsenquête huisartsen.* Rapport, 2002.

(20) Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidsberoepen in België 2011 FOD Volksgezondheid Aug 2012

(21) NIVEL Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2011 Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg