Shift from elective care to out-of-hours care

Jana Gorris, Universiteit Antwerpen
Timen Schenk, Universiteit Antwerpen
Robin Segers, Universiteit Antwerpen
Kato Vandeputte, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. dr. Veronique Verhoeven

Co-promotor: prof. dr. Hilde Philips

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2025

This master's thesis is an examination document that has not been corrected for any errors identified. Reproduction, copying, use or realization of this publication or parts thereof is prohibited without the prior written consent of both the supervisor(s) and the author(s). For requests or information regarding the reproduction and/or use and/or realization of parts of this publication, please contact the university in which the author is enrolled.
Prior written permission from the supervisor(s) is also required for the use of the (original) methods, products, circuits and programs described in this thesis work for industrial or commercial use and for the submission of this publication for participation in scientific prizes or competitions.

For context

In Belgium providing 24-hours care is mandatory for primary care. There are two different methods in which a general practitioner (GP) can provide this. The most recent one is the general practitioner cooperatives (GPCs) in which GPs of a primary care region rotate to provide out-of-hours care. The GPC can be colocated with the emergency department (ED), often in two different buildings on the same site, but this isn't mandatory. The GPC provides care through visits to the GPC or by home visits when necessary. The GPC is supported by a secretary and a driver. Some GPCs work with appointments, but all patients who contact the GPC will be helped that day (either with a visit or a call). The GPC provides all the materials and medications a GP would need. The GPC is financed by direct income and with grants from the government. All GPCs are open during the weekend and some GPCs are open during the week (evening and night) as well. Since 2023 all primary care regions in Flanders have switched to GPCs.

The current health care system in Belgium gives patients direct access to primary, secondary and even tertiary care facilities. The GPs don't have a gatekeeping role. Patients are free to choose where they present themselves. Most patients are covered by a form of health insurance. Payment methods differ between primary and secondary care, and between different primary care facilities. At the GPC patients must pay directly, while at the ED they receive billings afterwards. Co-payment methods are not commonly used in Belgium. The price of visits at the GPC is according to the convention, a price agreement between the government and the GPs.

Introduction

In 2003 the first GPC in Belgium emerged. Its purpose: to provide out-of-hours care and to reduce the number of ED visits. Twenty years later the GPCs form an essential part of the out-of-hours-care in Belgium. Throughout these years they have had different ways of operating and to this day there is no uniformity.

Elective care on the GPC

The top three most common complaint clusters on the GPC are: respiratory (R), general (A) and digestive (D). In the summer months dermatologic problems (S) are very common as well (2, 3, 4). The most frequently diagnosed diseases are acute upper airway infections, gastro-enteritis and acute bronchitis. These diseases are self-limiting. Therefore, out-of-hours intervention from a GP is unnecessary as it can wait till office hours (3). Nevertheless, GPC visits are on the rise (5, 6). Philips et al. describes that the number of GPC visits doubled compared to the older system of out-of-hours care (2).In the older system a GP would be on call and would work from their private practice. This phenomenon of rising visits doesn't only affect the GPC (which can partially be due to their improved accessibility) but the ED as well (2, 7).
The demand for out-of-hours healthcare is rising alarmingly fast. A report from KCE states that a significant group of patients favors visiting the GPC in the weekend over visiting their regular GP in office hours because then they won't need a day off at work to see a doctor (7). Other research shows that 60% of patients presenting at the GPC at the weekend have complaints that already started before the weekend (8). Because of these changes in the organization of the out-of-hours care, new insights into the different diseases and their place in the management of out-of-hours care are needed.

The patient's perspective

Research shows patients have a positive attitude to the GPC compared to the GP on call (the former system). The main reasons are the recognizable location, easy accessibility, limited waiting time and reporting to one's own physician (9). Women and younger patients (age 25 – 65) prefer the GPC to the ED (10). In turn, patients with minor trauma prefer the ED based on their ideas about accessible medical imaging and the physician's competencies like suturing (1). The most important factor in their decision between GPC and ED is their expectation that more information about their diagnosis and treatment can be obtained in the ED. Waiting time appears to be a second important factor. The cost of their visit and the payment method don't influence the decision as much in the Belgian system (11, 12).

If one considers why a patient presents himself at the GPC, it is mainly because they want medication or care and secondarily because they are worried about their health (8). Administrative reasons such as sick notes or filling out insurance papers are increasing as reasons for a visit (3). As mentioned above, some patients prefer visiting the GPC in their spare time rather than visiting their regular GP during working hours. The Belgian media frequently reports an increasing shortage of GPs (13). Its influence (longer waiting time for visiting their regular GP or not having a GP at all) on the rising out-of-hours visits has not been investigated.

General practitioners' perspective

Most GPs are positive about the workings of the GPC (9, 14, 15, 16, 17). However, not all general practitioners are satisfied with the current workings: 45.9% of physicians indicated that they felt that continuity of care was not a task for the GP (18). Disadvantages of the GPC are excessive physician staffing at night and lower reimbursement (19). GPs also report having to travel long distances (> 20 km) to get to the GPC and that some physicians have to close their own practice during the week to perform at the GPC (18). Even though a GPC is now becoming the standard for out-of-hours care, the workings of GPCs in Belgium are very different from one another. For example, there are differences in opening hours (weeknights and/or weekends), accessibility (urban versus rural), and colocation with the ED.

Emergency physicians' perspective

A large proportion of patients presenting to the ED can be treated by the GP. Despite the establishment of the GPC, they continued to observe an increase in the number of ED-visits. A KCE study shows that a colocation of the ED with the GP, working with a central triage function, can shift the proportion of non-urgent medical care to the consultation of the GPC (7).

There was only one study that surveys emergency physicians' (EP) opinions on colocation with the GPC. EPs) all favor colocation and consider the GPs competent to request and interpret simple additional tests. Half of the EPs favor opening the GPC 24/7 in this study. Only 4% of GPs agree with this statement (20).

Rationale thesis

The number of consultations at the GPC has only increased in recent years. The impression is that elective care is increasingly shifting towards the GPCs service for several reasons. Examples are the increasing GPs shortage which often prevents patients from seeing their own GP in a timely manner; or patients who don't have time to visit their own GP during his office hours. This potentially causes an increase in the need for healthcare during the out-of-hour care. By surveying the patients who consult the GPC, we tried to assess the reasons for their visit to the GPC. In addition, the GP on-call was asked to estimate whether the consultation involved elective care or non-elective care. Furthermore, through a survey for both GPs and EPs, we tried to assess what the proper workings of a GPC would look like and how we can improve the current system.

Research questions

This thesis was divided into multiple research questions to visualize multiple aspects of the workings of the GPC.

1. What are the factors that cause a patient to consult at the GPC?
2. What pathology belongs in the GPC?
3. What are the opinions of physicians about the organization of out-of-hours care?

Methods

Study design

This study was conducted as an observational cross-sectional study. It used both quantitative and qualitative methods through a survey for patients, GPs and EPs. These surveys included four question types: open-ended questions, yes-or-no questions, multiple-choice questions and rating questions according to the Likert scale.

The patient survey contained two parts: one to be completed by the patient and the other by the GP on call. The survey was pseudonymized according to gender and date of birth. Both the GP and the patient were asked to put the date of birth on their part so that these two parts could be reunited by the researchers. The patient could deposit their part of the survey in the provided box at the secretariat, so that the GP on call could not read this part. Physicians' surveys were processed anonymously. The data obtained will be kept for 20 years by the supervisors: Prof. Dr. Veronique Verhoeven and Prof. Dr. Hilde Philips.

The surveys for the patient were distributed by paper at the GPC of Turnhout (HVRT) between August 15,2024 and September 15,2024. The surveys for the GPs were distributed by mail via the network of the GPC Turnhout between June 13,2024 and September 13,2024. The surveys for EPs were distributed by mail to the AZ Turnhout hospital between May 29,2024 and June 29,2024 after personally being introduced by the researchers during a staff meeting.

Study population

Patients

The calculated sample size was 384 respondents at a 5% margin of error and 95% confidence interval. The total population of the GPC region amounts to 192,000 inhabitants.

Every patient visiting the GPC during the selected period was requested to complete the survey. They were asked to fill in the survey when they entered the GPC, so it could be completed before they visited the doctor. This was to avoid the diagnosis they received from the doctor would influence the answers. In the case that the patient was under 16 years old, the survey was delivered to the accompanying adult. Patients had the right to refuse participation in the study. Patients who received only advice by telephone or where a home visit was made were excluded in this study, as well as patients who are not proficient in Dutch.

General practitioners

Every GP or general practitioner-in-training affiliated with the GPC of Turnhout was invited by mail to participate in our study.

Emergency physician

Every EP affiliated with the emergency department of the AZ Turnhout was invited by mail to participate in our survey. Resident doctors and doctors from other specialties who worked at the emergency department were included.

Ethical aspects

Before conducting the survey, all participants (patients, GPs and EPs) received information about the study through an information document (Attachment 1,2). A signed informed consent form was required for participation in the study (Attachment 3,4). Participants could decide to withdraw their consent at any time without an adverse effect on patient care. Data collected was kept confidential and accessible only to the researchers and authorized supervisors. This study adhered to the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki for medical research involving human participants and received approval from the Institutional Review Board of Antwerp University Hospital (UZA) in January of 2024 (Ethics Committee number: B3002023000198).

Data collection

The online version of the surveys was conducted using Qualtrics software (21). Data obtained through the online survey was automatically collected in a secured Excel document. Paper surveys were collected by the secretariat of the GPC. Data from the paper surveys were manually entered into a secured Excel document by one of the four researchers. Afterwards this data was double-checked by a different researcher. Analyses were performed with the program Statistical Product and Service Solutions (SPSS) version 28 (22).

Analysis of demographic questions

The purpose of the demographic questions was to examine how diverse the group of respondents was. Basic demographic data was collected and analyzed using descriptive statistics with mean and standard deviation. Pathologies were coded to conform to the International Classification of Primary Care Version 2 (ICPC-2) codes (23).

Analysis of the statements using a Likert-scale

For each statement, respondents had 5 response options to indicate the extent to which they agreed with the statement. The list of statements was based on literature research. The responses were analyzed using descriptive statistics with mean and standard deviation. Additionally, for statements that were similar in the different study populations, statistical differences between these groups were analyzed. The test of Kruskall Wallis was used to compare the results of the three different groups (GPs, patients and EPs) The Mann-Whitney U test was used to compare two groups. A different number of responses between groups (Patients, GPs and EPs) was expected and should be treated with caution when performing statistics.

Analysis of the case questions

For the case questions, respondents had four response options. The responses were analyzed using descriptive statistics. A bubble chart was created that summarizes the number of respondents for each group and answer option. The Chi-square test was used to statistically compare responses between the different groups.

Possibilities of bias

Selection bias

There might be a bias in the study results, because the surveys were only completed in a limited period of time. In another season, there could be a different profile of patients consulting at the GPC, which could have biased our results. In addition, for patients presenting with a serious illness it may have been more difficult to complete the form. As it would have been difficult for patients who need glasses to read and did not bring them.

The surveys for the patients were available only in Dutch, therefore it didn't represent people who cannot speak Dutch.

Response bias

Patients were asked to complete the survey before the consultation with the physician. It was explicitly stated to the patients who participate in the study, that they must fill it out truthfully. It cannot be ruled out that some of the patients filled in all the questions truthfully because of a possible expectation of the consultation.

Use of artificial intelligence (AI)

No AI was used to generate text in this thesis.

Results

In total, there were 341 patient surveys completed between August 15, 2024 and September 15, 2024, of which 273 could be matched to the part of the GP. The survey distributed in the group of GPs produced 78 answers. Of these 67 were fully completed and thus used. The survey distributed in the group of EPs produced 17 answers. Five of them were excluded: one because an intern completed the survey and 4 because they were mostly incomplete.

Results patient survey

Respondent characteristics

Table 1 shows the distribution of age and sex in the different groups. In the patient group, the majority of respondents were female (60.3%, n=205), while 39.4% (n=134) were male. One person identified as "other" (0.3%, n=1). The mean age of the respondents was 39.7 ± 15.9 years and the mean age of the patients was 34.38 ± 20.4 years. In instances involving underage patients, responses were provided by a parent or legal guardian.

Table 1: distribution of age and sex in the different groups

	Patient group (n= 341)		***General practitioner group (n= 67)***		***Emergency physician group (n=12)***	
	Mean (±SD)		*Mean (±SD)*		*Mean (±SD)*	
***Age** (years)*	39,7[a] (±15.9) 34.38[b] (±*20.4*)		39.36 (±*13.2*)		33.67 (±*10.5*)	
	Percent	*n*	*Percent*	*n*	*Percent*	*n*
Sex						
Male	39.4%	134	37.3%	25	41.7%	5
Female	60.3%	205	62.7%	42	58.3%	7
Other	0.3%	1	0%	0	0%	0

[a]= age of the respondents
[b]= age of the patients
n= number
SD= standard deviation

Regarding patient professions, the most common occupation were employees (39.6%, n=133), followed by workers (16.1%, n=54), and students (15.8%, n=53). A small percentage (3.2%, n=11) reported not having their own GP, while the majority (96.8%, n=328) did. The majority of patients learned about the GPC through their GP (29.6%, n=100), followed by the internet (27.8% n=94) and word-of-mouth-advertising from friends or family (24.6%, n=83).

Visiting out-of-hours care

The most common reasons for visiting the GPC were issues that arose after office hours or just before (35.3%, n=118), followed by the need for care or medication (22.2%, n=74), and concerns about their health (17.4%, n=58). Regarding the respondents who filled in “other” when asked why they came to the GPC that day, the answers ranged from their own GP not being open on a holiday, a second opinion because of no

improvement after an ED visit, referral from the ED because of crowded waiting rooms at the ED or a camp/holiday in the area. A significant portion of patients (31.8%, n=107) used the online tool "*Moet ik naar de dokter*" (an application developed to assist patient's self-triage) before contacting the GPC, with only 44.4% (n=143) stating they would be reassured if the tool advised them to visit their own GP in office hours instead. More than half of the patients (55.6%, n=179) would not be reassured if the online tool advised them to visit their own GP during office hours. Breaking this down further to people who did use the online tool, we see that a majority of 55.8% would be reassured, compared to only 39.0% in the group that did not use the online tool. The chi-square test also shows a significant difference in this with a p-value of 0.005.

Most patients (87.1%, n=291) reported visiting the GPC less than twice a year, while 95.1% (n=310) visited the ED fewer than two times annually. In total 51,2% (n=171) of patients visited their GP two to five times a year. Waiting times between the time of contacting the GPC and their appointment varied from 66.1% (n=218) of patients waiting less than an hour and 25.8% (n=85) waiting between one and two hours. Patients generally had to travel short distances to the GPC, 39.6% (n=133) of patients reported they travelled less than ten minutes by car, and 39.3% (n=132) of patients travelled between ten and twenty minutes.

The duration of complaints varied from 32.9% (n=111) of patients with complaints lasting more than three days and 23.7% (n=80) of the patients reporting complaints lasting less than 12 hours. When asked about perceived urgency of their complaints, 67.2% (n=217) of patients considered their condition non-elective care, meaning it required attention during the on-call shift. The remaining 12.1% (n=39) felt their care could wait until after the on-call service. No life-threatening cases were reported by the patients.

The GPs estimated that 65.3% (n=179) of the cases considered non-elective care, 29.6% (n=81) were considered elective and could wait until office hours. The comparison between the perceived urgency of the complaint between the patients and the GPs shows a conformity in 123 (47.3%) of the cases. In 107 (41.2%) of the cases the patient considered their complaint more urgently than the GP and in 30 (11.5%) of the cases, the GP considered the complaint more urgently than the patient. A total of 15 out of 274 patients (5.5%) whose GP on call completed the last sheet of the survey, were referred to the ED.

Table 2: assessment of urgency patient versus GP

	Urgency by GP					
	Elective care		*Non-elective care: must be seen during out-of-hours care*		*Urgent: must be seen within 2 hours*	
	Percent	***n***	***Percent***	***n***	***Percent***	***n***
Urgency by patient						
Elective care	37,1%	13	62,9%	22	0%	0
Non-elective care: must be seen during out-of-hours care	33,1%	57	62,2%	107	4,7%	8
Urgent: must be seen within 2 hours	15,2%	7	78,3%	36	6,5%	3
Great urgency: must be seen within 1 hour	14,3%	1	71,4%	5	14,3%	1
Total	**30,0%**	**78**	**65,4%**	**170**	**4,6%**	**12**

The most common complaints clusters at the GPC were: dermatologic (S) (26.9%), respiratory (R) (19.4%), musculoskeletal (L) (14.6%), and gastrointestinal (D) (9.7%). There were 73 surveys (21.4%) where the diagnosis of the GP was missing.

Table 3: pathology at the GPC according to ICPC-2 codes

	ICPC-2 codes	
	Percent	***n***
A. General and unspecified	3,7%	10
D. Digestive	9,7%	26
F. Eye	4,9%	13
H. Ear	9,0%	24
K. Cardiovascular	1,5%	4
L. Musculoskeletal	14,6%	39
N. Neurological	3,0%	8
P. Psychological	0,7%	2
R. Respiratory	19,4%	52
S. Skin	26,9%	72
U. Urological	4,9%	13
X. Female Genital	0,4%	1
Z. Social Problems	1,5%	4

Results GP surveys

Respondent characteristics

A total of 67 GPs participated in the survey. Of these GPs 49 (73.1%) identified as GPs and 18 (26.9%) as GPs in training. Most GPs were female (62.7%, n=42). The mean age of the GPs was 39 years, and they had an average experience of 12 years as general practitioners.

The vast majority indicated working in group practices (85.1%, n=57), 6 GPs (9.0%) worked in duo practices and 4 (6.0%) in solo practices.

When asked about the distance from their current practice to the GPC, 28 GPs (41.8%) reported it would take them between 10 and 20 minutes by car, 17 GPs (25.4%) indicated it would take less than 10 minutes, and 17 GPs (25.4%) would take 20 to 30 minutes. A smaller group of 5 GPs (7.5%) reported that their practice was located more than 30 minutes away from the GPC.

Demographics EP's surveys

A total of 12 participants were surveyed regarding their professional background. Given the small number of inclusions, these findings require careful analysis. Of these, 3 (25.0%) identified as emergency physician, 1 (8.3%) as an emergency physician in training, 7 (58.3%) as internists or surgeons in training, and 1 (8.3%) surgeon who was working an ED shift. Of them five were male and seven were female. The mean age of the EPs was 33.67 ± 10.5 years with a mean of 7.9 ± 9.1 years of experience at the ED.

Statements

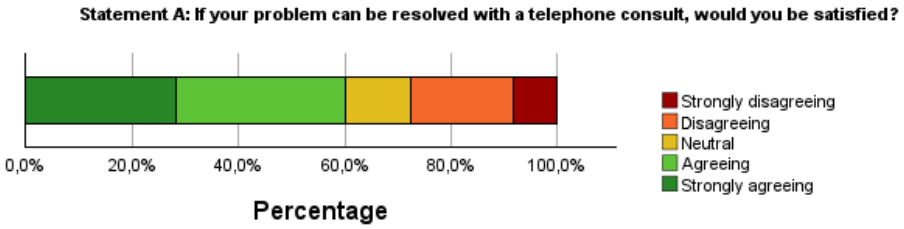
Not all groups received the same statements, some were specific for a subpopulation, others could be compared between two or all the subpopulations.

Statement A: If your problem can be resolved with a telephone consult, would you be satisfied?
Statement B: The majority of consultations at the GPC concern elective care.
Statement C: The GP shortage plays a major role in the shift of elective care to out-of-hours care.
Statement D: If more GPs provided service hours in their own practice past 18h, there would be less elective care at the GPC.
Statement E: Between 23:55h and 08h no GP on call is needed. Urgent cases must then be seen at the ED.
Statement F: I am in favor of colocation of the GPC and the ED (with or without triage).
Statement G: I am in favor of one centralized triage for the out-of-hours care.
Statement H: It would be a benefit to have the GPC (associates with an ED) open during the office hours.
Statement I: Consultations at the GPC must be done only by GPs.
Statement J: Determining a death at night in the home setting can wait until morning.
Statement K: Determining a death at night at a retirement home can wait until morning.
Statement L: A colocation of GPC and ED results in fewer ED visits.
Statement M: A referral from a GP is needed to go to an ED (excluding 112-services)
Statement N: I believe that a GP should be available 24/7 (own practice or GPC) to provide continuity of care.
Statement O: The majority of consultations at the ED concern elective care.
Statement P: The GP shortage plays a major role in the shift from elective care to the ED.
Statement Q: If more GPs provided service hours in their own practice past 18h, there would be less elective care at the ED.
Statement R: There are too many patients at the ED who could have been helped by the GP on call.

Patient's statements

Statement A was unique to the patient group. Of the 314 respondents, 8.3% (n=26) strongly disagreed, 19.4% (n=61) disagreed, and 12.1% (n=38) were neutral. In contrast to this, 31.8% (n=100) agreed, and 28.3% (n=89) strongly agreed with the statement.

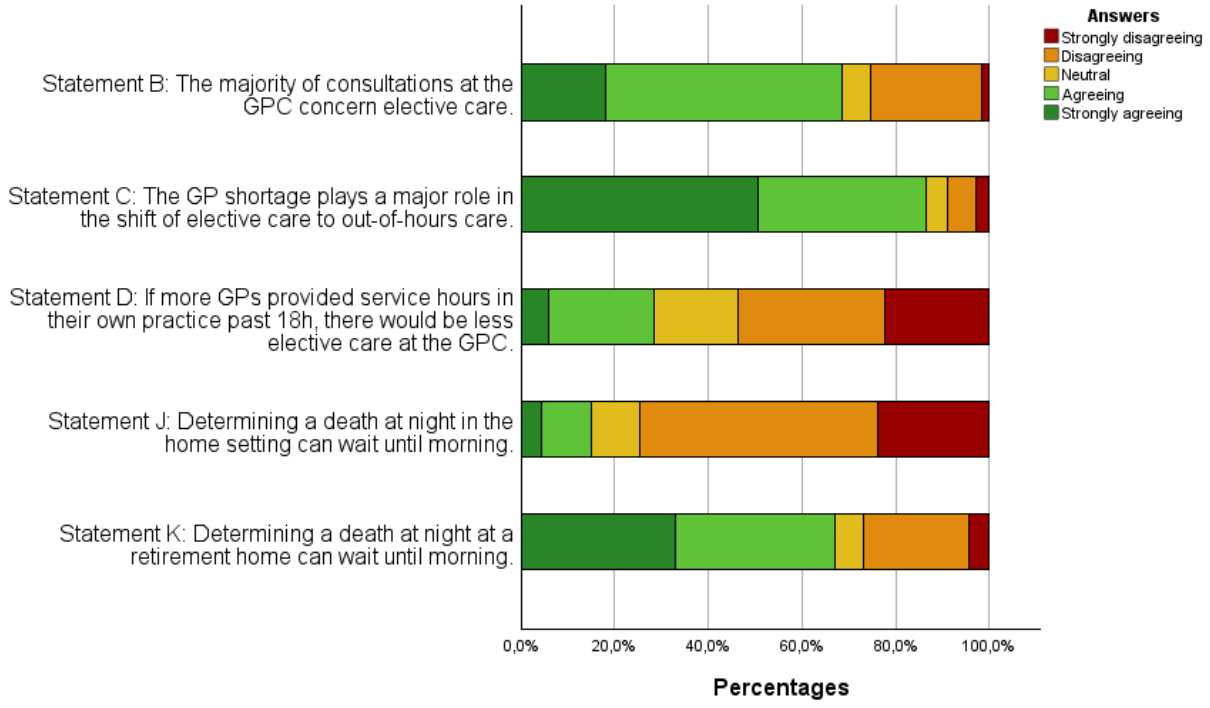
Figure 1: statement only questioned in patient group



GP's statements

The majority is in favor of statement B with 50.7% (n=34) agreeing and 17,9% (n=12) strongly agreeing. Regarding statement C, the majority of the respondents agreed. A substantial 50.7% (n=34) of respondents strongly agreed, while 35.8% (n=24) agreed. When asked statement D, more than half of the GPs disagreed, with 22.4% (n=15) strongly disagreeing and 31.3% (n=21) disagreeing. The majority agreed with statement K: 32.8% (22) strongly agreed, and 34.3% (n= 23) agreed. For statement J a large proportion disagreed, with 50.7% (n=34) disagreeing and 23.9% (n=16) strongly disagreeing.

Figure 2: statements only questioned in GP group



When asked if GPs thought they should be available 24/7 (at their own practice or the GPC) to provide continuity of care, most GPs agreed that this should be the case for everyone (59.7%, n=40). A smaller portion of 26.9% (n=18) GPs agreed that this should only be the case for specific populations (e.g. retirement homes) and only 10.4% (n=7) disagreed with this statement.

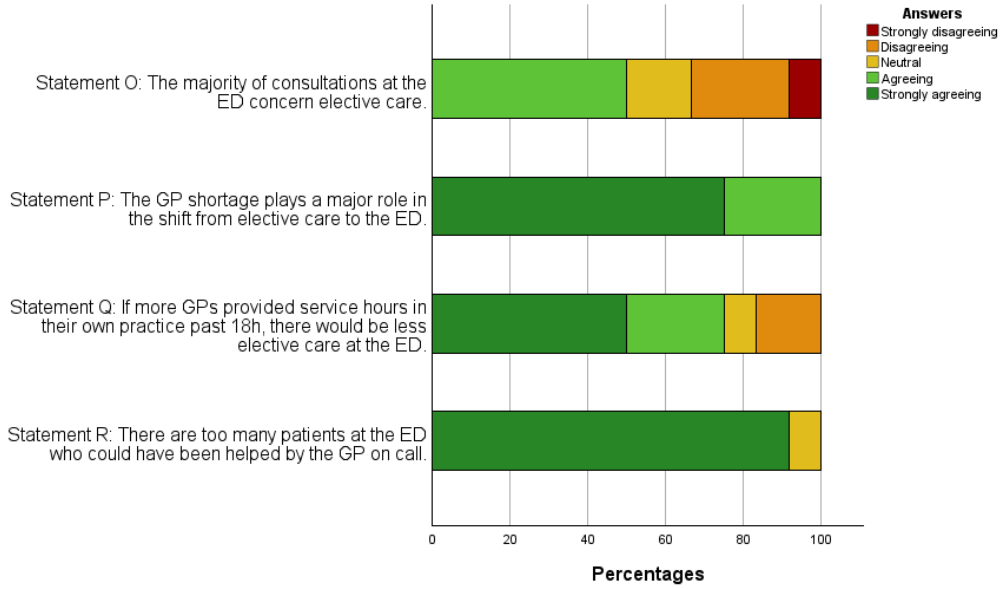
Table 4: statement GP should be available 24/7 to provide continuity of care

	Percent	*n*
Statement N		
Agree: for everyone	59.7 %	40
Agree: only for specific populations, e.g. retirement homes.	26.9%	18
Disagree	10.4%	7
Other	3.0%	2

EP's statements

The subpopulation of EPs was presented with four unique statements: statement O, P, Q and R. Regarding statement O, the majority (50.0%, n=6) agrees with nobody strongly agreeing. All of the EPs agreed with statement P, with 75.0% (n=9) of them strongly agreeing. 75.0% (n=9) is in favor of statement Q, with the majority (n=6) strongly agreeing and 25.0% (n= 3) agreeing. For statement R 91.7% strongly agreed (n=11) and 8.3% (n=1) was neutral.

Figure 3: statements only questioned in EP group



When asked if GPs thought they should be available 24/7 (at their own practice or the GPC) to provide continuity of care, most EPs agreed that this should be the case for everyone (91,7%, n=11). Only 8,3% (n=1) disagreed with this statement.

Table 5: statement GP should be available 24/7 to provide continuity of care

	Percent	*n*
Statement N		
Agree: for everyone	91,7 %	11
Agree: only for specific populations, e.g. retirement homes.	0%	0
Disagree	8,3%	1
Other	0%	0

Comparison between GP's and EP's statements

There were four statements that were asked in both the GP and EP group. Regarding statement E, a significant difference between the two groups was found with a p-value less than 0.001. Overall, GPs agreed more with the statement, while EPs tended towards disagreeing with this statement. For statement G, no significant difference between the two groups was found with a p-value of 0.464. Both groups tended to agree with this statement. Statement I showed a significant difference between the GP and EP group (p=0.013) with the EPs mostly disagreeing, while the GPs are having a more divided opinion with almost as many agreeing as there are disagreeing. Lastly, statement L demonstrated again a significant difference between the two groups, with a p-value of 0.023. For this statement both groups mostly agreed, but the GP group also answered substantially neutral.

Table 6: statements questioned in GP and EP groups

	GP		***EP***		***Mann-Whitney U test***
	Percent	*n*	*Percent*	*n*	*p-value*
Statement E: Between 23:55h and 08h no GP on call is needed. Urgent cases must then be seen at the ED.					
Strongly disagree	6,0%	4	41,7%	5	p<0,001
Disagree	26,9%	18	41,7%	5	
Neutral	7,5%	5	8,3%	1	
Agree	38,8%	26	0%	0	
Strongly Agree	20,9%	14	8,3%	1	
Statement G: I am in favor of one centralized triage for the out-of-hours care.					
Strongly disagree	3,0%	2	0%	0	p=0,464
Disagree	6,0%	4	8,3%	1	
Neutral	4,5%	3	16,7%	2	
Agree	35,8%	24	33,3%	4	
Strongly Agree	50,7%	34	41,7%	5	

Statement I: Consultations at the GPC must be done only by GPs.					
Strongly disagree	14,9%	10	8,3%	1	p=0,013
Disagree	29,9%	20	8,3%	1	
Neutral	20,9%	14	8,3%	1	
Agree	28,4%	19	50,0%	6	
Strongly Agree	6,0%	4	25,0%	3	
Statement L: A colocation of GPC and ED results in fewer ED visits.					
Strongly disagree	13,4%	9	0%	0	p=0,023
Disagree	7,5%	5	16,7%	2	
Neutral	23,9%	16	8,3%	1	
Agree	44,8%	30	25,0%	3	
Strongly Agree	10,4%	7	50,0%	6	

Statements common across all groups

Three statements (F, H, M) were presented to all groups. Statement F received broad support across all groups. The EPs had the strongest opinion in which they mostly responded with strongly agree. A significant difference was achieved between the patient-EP comparison (p<0.001) and the GP-EP comparison (p=0.001). For statement H responses were polarized. GPs mostly disagreed, contrarily the EPs agreed, while the patients were neutral. A significant difference was achieved in comparison between all groups (p<0.001). Regarding statement M, most patients disagreed with this statement while GPs remained neutral, and the EPs mostly agreed. A significant difference was achieved in between the patient-GP comparison (p<0.001) and between patient-EP comparison (p=0.006).

Table 7: statements questioned in patient, GP and EP groups

	Patients		***GP***		***EP***		***Kruskal-Wallis Test***
	Percent	n	*Percent*	*n*	*Percent*	*n*	*p-value*
Statement F: I am in favor of colocation of the GPC and the ED (with or without triage).							
Strongly disagree	8,0%	25	7,5%	5	0,0%	0	p=0,003
Disagree	15,0%	47	13,4%	9	0,0%	0	
Neutral	28,4%	89	20,9%	14	8,3%	1	
Agree	19,2%	60	40,3%	27	16,7%	2	
Strongly Agree	29,4%	92	17,9%	12	75,0%	9	

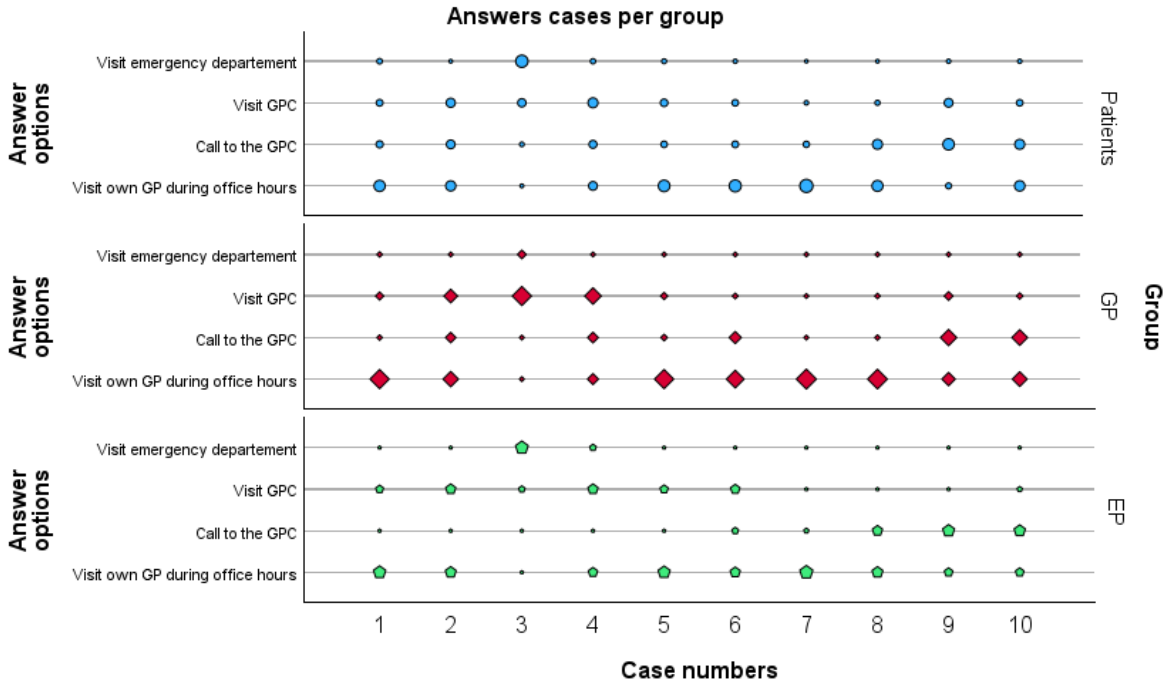
***Statement H:** It would be a benefit to have the GPC (associates with an ED) open during the office hours.*							
Strongly disagree	10,5%	33	60,6%	40	0,0%	0	p<0,001
Disagree	21,6%	68	19,7%	13	0,0%	0	
Neutral	22,5%	71	10,6%	7	0,0%	0	
Agree	23,5%	74	7,6%	5	33,3%	4	
Strongly Agree	21,9%	69	1,5%	1	66,7%	8	
Statement M: A referral from a GP is needed to go to an ED (excluding 112-services)							
Strongly disagree	36,2%	114	9,0%	6	0,0%	0	p<0,001
Disagree	25,4%	80	31,3%	21	33,3%	4	
Neutral	11,1%	35	16,4%	11	8,3%	1	
Agree	16,2%	51	32,8%	22	33,3%	4	
Strongly Agree	11,1%	35	10,4%	7	25,0%	3	

Cases

All groups received the same ten cases. Results are shown in figure 4.

Case 1: Sven, a 44-year-old man, falls on his shoulder on Sunday afternoon. At first glance, there aren't any serious injuries, but he still wants to have the insurance forms filled out.
Case 2: Mieke, a 57-year-old woman, has to work on Sunday morning. However, she became ill the previous night: she feels nauseous and is unable to go to work. She needs a sick note for her work.
Case 3: On Saturday afternoon, Jeff, a 7-year-old boy, is playing at the playground. He falls and sustains a deep wound on his chin.
Case 4: Mo, 23 years old, twists his ankle on Saturday afternoon. His ankle hurts, but he can still bear the weight on his foot.
Case 5: Bo, 27 years old, twisted her ankle on Tuesday evening. Her ankle hurts, but she can still bear the weight on her foot.
Case 6: On a Tuesday evening, Liv, a 5-year-old girl, complains of ear pain on one side. Today, she developed a fever, but her temperature drops well when she takes medication (Perdolan/Paracetamol). Despite her discomfort, Liv still seems cheerful and eats well.
Case 7: Frieda, a 51-year-old woman, has a scheduled appointment with her GP for a general check-up next Thursday. On a Sunday morning, she wonders whether it would be wise to have a blood test done before the appointment so that her doctor can have the results by Thursday and discuss them with her.
Case 8: Piet, a 38-year-old man, has been using sleep medication for some time to help him fall asleep. On Saturday, he discovers that he has run out of his sleep medication.
Case 9: On Saturday evening, Alfons, an 84-year-old man who has been using medication for high blood pressure for some time, notices that he has run out of his medication.
Case 10: The father of Finn, a 4-year-old boy, notices that his son has been bitten by a tick. He has already removed the tick himself.

Figure 4: answers to the cases in the three different groups



The first case presents a person who needs insurance papers filled in. The majority recommended a visit to their own GP during office hours (54% of patients, 86,4% of the GPs and 75% of the EPs). The second case presents a person who needs a sick note during the weekend. Responses were split between a visit to their own GP and a visit to the GPC with a small majority choosing the first option. A small portion of patients and even a smaller portion of GPs recommended a call to the GPC. The third case presents a boy with a cut on the chin. Patients and EPs recommend a visit to the ED (respectively 65,3% and 83,3%). This is in contrast to the GPs who recommend a visit to the GPC (respectively 86,4%). The fourth and fifth case presents an ankle trauma, the fourth on Saturday while the fifth happened on a Tuesday evening. The former is recommended by all groups to visit the GPC while the latter is recommended by all groups to visit the ED. The sixth case presents a child with ear pain without other worrisome features. In all groups the majority recommended visiting their own GP (62,7% of the patients, 69,7% of GP's, 45,5% of EP's). Notably in contrast with the other groups 36,4% of the EP's recommended visiting the GPC. The seventh case presents a person who asks for a routine blood test. All groups responded in favor of visiting their own GP in office hours. While this was unanimously decided for the GP's, a small portion of the patients (15,1%) and EPs (9,1%) recommended a call to the GPC. The eighth and the ninth case present a person who's out of his prescribed medication, the eighth for sleep medication and the ninth for antihypertension medication. For the eighth case almost all of the GPs and the majority of the patients and EPs recommended visiting their own GP in office hours (respectively 97% of GPs, 52,9% of patients and 54,5% of EPs). In contrast, the ninth case is recommended to call the GPC (respectively 54,5% of GPs, 54,7% of patients and 70% of Eps). The tenth case presents a person who is worried after removing a thick without having any complaints. This case is recommended to call the GPC. Remarkably, the majority of the patients (41,9%) recommend visiting their own GP in office hours, while the majority of GPs (53%) and EPs (60%) recommended calling the GPC.

Discussion

With the increase in number of visits to the out-of-hours care, this observational study aimed to clarify the usage of the OOHC primarily at the GPC. Furthermore, this study sought to elucidate among GPs, EPs and patients the proper use of the out-of-hours-care. With these results, we hoped to provide more targeted feedback to the GPC to indicate why patients use their service, so that the information provided to patients (via website, phone, flyers, etc.) and the information the GP on call provides is attuned to the patient's concerns or expectations. Finally, we hoped that these results would also contribute to better collaboration between the GPC and ED.

What causes patients to consult the GPC?

The main factors that caused patients to consult at the GPC were issues that arose during waiting hours or just before, followed by the need for care or medication and being concerned about their situation. Several studies conducted at other GPCs found similar reasons (8, 11, 15, 24, 25).Depoortere et al. explored what was the biggest motivator for patients to come to the GPC Zennevalei on weekends. They noted that concern was the reason for consulting the GPC in 40.5% of cases. In addition, there were 26.9% who reported not having a GP and 10.8% who reported having suddenly fallen ill or had an accident (8). It is noteworthy that more than 15% of respondents in this study reported shorter waiting times at the GPC compared to their own GP and that 1.8% of respondents indicated that they were unavailable during the hours their GP was accessible. It should be noted that this study was partially conducted during an extended weekend due to a holiday on Thursday. Additionally, 12.1% of the patients self-reported that they classified their complaint as elective care. This raises questions about whether the GPs are increasingly overburdened as growing demands are placed upon them including an expanding administrative workload alongside their clinical duties or if the growing use of out-of-hours care shortage of GPs in this region.

Studies that researched whether patients had a GP are dated to 2013 but are positive with at least 95% of the population having one (8, 13, 24). This study in 2024 shows the same result, with 97% reporting having their own GP. When we compared this number with data collected by IMA - PinC I, it shows only 87-92% having one (26). This difference can be explained by several reasons. The study was only available in Dutch rendering non-Dutch speaking people not able to partake. A second reason might be that patients without a GP don’t know about the existence of the GPC (1, 27). A last reason lays in the fact that most surveys were completed during the weekend. From our personal experience working at this GPC, we know that people without a GP visit mostly on the weekdays.

The majority of general practitioners in this study indicate in their survey that consultations at the GPC mainly concern elective care. These concerns are confirmed by other studies (3, 10, 15, 18, 25, 28). Remarkably, in this study only 29% of the cases were considered elective care by GPs after seeing the patient at the GPC. 1/3 of patients find their complaints more urgent than the GP and only 12% considered their complaint elective care. This indicates that in 1/2 of the cases the perceived severity of patient was in line with those of the GPs. In contrast, previous research found in 36% of the cases alignment between patients and GPs severity (25). It left us to wonder if patients got better at self-triage or if GPs struggle in assessing the urgency of a patient's complaint, particularly when distinguishing between elective and non-elective care.

For the GPs perspective it can be argued that there is no guideline for estimating severity and that there are a lot of individual differences between GPs. Another reason can be that GPs are too cautious when making these decisions in fear of missing a diagnosis. For the patient's perspective it can be a result, as previous research suggested, that better education about self-care and the use of GPCs can reduce the number of unnecessary consultations (25). Another reason for this discrepancy can be that this study was completed during the summer. There is a lower rate of infection, making it less busy for the GPs during office hours, and thus making it easier to get an appointment at their own GP for elective care. Another

explanation might be that more patients have their annual leave and don't need a sick note. Research on a bigger scale (throughout the whole year and in different regions) can help objectify these numbers.

To better assess the urgency of complaints, the GPC recommends the use of "*Moet ik naar de dokter"* to patients. We see that this tool is only used by about a third of patients, but that the majority of patients who use this tool would be reassured by the advice given. It is important to take into account that patients who used this tool and were advised to consult their own GP probably did not end up at the GPC and thus did not participate in this study. In addition, we assume that patients who have used this tool before and were reassured by its advice will therefore use it more often.

What pathology belongs in the GPC?

During this study, the most common complaints with which patients presented at the GPC were as follows: firstly, S (skin conditions), followed by R (respiratory conditions), L (musculoskeletal conditions) and D (digestive conditions). In comparison to previous published articles the most common diagnoses were R (respiratory) and D (digestive) with S (skin condition) mostly ranking 4th place (2, 3, 4, 8, 10, 15, 25)There was only one other study conducted in the GPC of Turnhout during two periods of two months. This study by Philips et al. showed a top three complaints of respiratory complaints (R), musculoskeletal complaints (L) followed by skin complaints (S) (2). A possible explanation why the findings of this study do not match with results of previous studies and expectations, is that this study collected data over a short period of time during the summer months, unlike the other studies that looked over the years including the winter months and, in some studies, including the Covid Pandemic.

This study tried to assess what the "proper" use of the GPC would be according to patients, GPs and EPs. There are plenty of guidelines to follow for medical issues but guidelines for professional or administrative issues are far rarer and most of the time consist of a consensus between practitioners. Administrative issues like insurance papers or the need for sick notes without concerns for their illness plague the GPC (3). When checked for the urgency to fill in insurance papers both physicians find it could wait till office hours (29). Patients show more urgency maybe because of legal reasons (30). In Belgium there are no exact rules for prescribing sick notes and employers demand a sick note from their employees from the first day of sickness even for acute complaints of self-limiting disease. The prescriptions of it by physicians are monitored by the Order of physicians and, when necessary, penalized by them. This can explain why physicians favor writing sick notes from the first day of sickness even on weekends and thus plaguing the GPC, but also the care during office hours resulting in overcrowding healthcare in general. It's becoming a heavy point of discussion between the government, GPs and employers (30).

Another issue regularly seen at the GPC is the need for prescribing chronic medication of which patients noticed being empty over the weekend. There is an agreement at this studies' GPC not to prescribe chronic medication (29). Rules at this GPC were made with common agreement, but practicing those rules isn't always easy. When one of the cases asked to prescribe antihypertensives, we see an agreement with the patients and physicians that a prescription during weekends is permittable. On the contrary when asked for sedatives, the case is met with opposition by both patients and physicians. Sedatives are more frowned upon than the more commonly known antihypertensive medication. Meanwhile both medications when taken chronically can cause severe withdrawal symptoms. We understand that it is often far more complicated when speaking about addictive medication but nonetheless it is an interesting matter to question the practicability and ethicality of these rules.

It is important that these rules of common consensus between practitioners are clearly advertised between all professionals at the GPC and for patients. When we tried to find these rules intentionally on the website of the GPC, three clicks were necessary to find them. At the GPC these rules are printed on A4 papers and are located in the physicians' offices. We also like to note that these "rules" are made out of a consensus between physicians working at this GPC in particular. There aren't guidelines or rules enforced by the government. The Order of physicians did make some recommendations but keeps specifics vague. We believe there is a need for uniform guidelines about these "common consensus" issues to improve

education of patients, triage- and information systems. If GPCs make their own rules, they need to be more advertised.

Previous research showed patients with minor trauma preferred the ED because they expected to get a better diagnosis (medical imaging) and treatments (suturing, casts) (10, 20). One study of Philips et al. showed patients with minor trauma still preferring the ED but saw a significant decrease in "trauma related complaints" at the ED after opening of the GPC (2). A first case drafted by this study presented a chin wound which was sent to the ED by patients and EPs, thereby following previous research, while GPs find themselves capable of treating this case at the GPC. This demonstrates a big difference between ideas, concerns and exactions of patients and EPs in contrast to those of GPs. Better arrangements between the GPC and ED are needed.

Secondly, we tried to distinguish if responses would be consistent depending on when it happened. We found when trauma happened on a Tuesday physicians advised to see the GP in office hours, while patients still chose the option for immediate care. But when trauma happed on a weekend physicians would advise immediate care as well. It is not clear why physicians' opinions differ depending on when trauma happened. Future research with in-depth interview of patients and physicians could be interesting to evaluate the reasons behind these answers.

What are the opinions of physicians about the organization of out-of-hours care?

Although the effectiveness and organization of triage is not within the scope of this study, it did explore what physicians would think about common triage for out-of-hours care. In this, both GPs and EPs showed strong support for centralized triage for the out-of-hours care. This is in line with the recommendations of previous research, which emphasized that a centralized system can better direct patients to the right care and reduce the workload on emergency services (7, 32). The Belgian government is working on this with the national number 1733. At the time this study was conducted this project was gradually rolled out but not available yet in the region of this study's GPC. Although in other studies a small majority of patients see the added value of a common telephone triage, still one-third of patients would not trust online and telephone triage systems. The main reason is the lack of information the system has, like patient history and medical knowledge. Another reason is the fear of having to wait a long time in the queue (15, 20, 31).

Another big subject of discussion in Belgium is the use (and tariffication) of advice from the GP by telephone. Patients' answers in previous research lie in line with their responses to telephone advice: with the majority having a positive attitude towards it but a large proportion being skeptical as well (15, 31). In this study we found that 60% of patients would be satisfied by telephone advice from a GP and didn't request a visit to the GPC anymore. Since recently telephone consultations aren't reimbursed anymore. Telephone advice can be a useful tool to decrease unnecessary visits to the GPC but without any reimbursement they will bring the GPC a financial loss.

Whether GPs should be available 24/7 raises a discussion about the balance between workload and patient care. Our research shows that 60% of GPs believe that 24/7 availability is necessary, while 27% want this to be limited to specific populations, such as elderly people in retirement homes. Only 10% find 24/7 availability completely unnecessary. These results are in line with the results of the study by Heymans et al., in which 46% of GPs do not think it is a task for the GPs to guarantee continuity of care 24/7. GPs experience 24/7 availability as a heavy burden, especially when this is accompanied by insufficient support and financing (14). At the same time, EPs emphasize that opening GPCs during the late hours of the night can play an important role in reducing non-urgent ED visits. We see the same trend in the answers of the EPs in our study, with 91.7% indicating that GPs should be available 24/7, regardless of which patient group. However, our data show that only three cases were considered urgent by the GP. This raises the question of whether the low incidence of urgent cases is a sufficient argument to keep GP out-of-hours services open throughout the night.

If we then look further at whether an GP on-call is even necessary during the late hours of the night (23:55h – 8:00 h), we see that most doctors believe this is unnecessary. 60% of GPs (strongly) agreed that urgent cases could then be referred to the ED, while only 6% strongly disagreed. GPs seem to support this view based on the possibility of reducing workload, especially when the demand for care is limited during these hours. This is supported by previous research, e.g. Geentjens et al. shows that about 80% of the visits to the GPC fall between 07:00h and 20:00h (19). Willems et al. found that patients with problems during night were more likely to spontaneously choose to visit the ED (27). In addition, GPs are not only expected to maintain normal practice hours regardless of whether they have had to work at night, but taking recuperation after a nightshift at the GPC causes significant financial losses for a GP. EPs consider the presence of a GP at night to be essential, possibly to prevent overload of the ED and to provide patients with non-urgent complaints with the right care. GPC is cheaper and more accessible for non-urgent complaints than emergency services. However, we must ask ourselves questions about cost-effectiveness as the number of consultations during these hours remains limited: 1-5 consultations per 100,000 residents (7). It is therefore necessary to look at how personnel and logistics costs can be optimized.

In this study there is a strong demand from EPs to open the GPC during office hours on weekdays: 66.7% completely agreed with this and 33.3% agreed, while approximately 80% of GPs were negative about this idea. The EPs may see this as an opportunity to divert non-urgent care from the ED and thus efficiently direct patients to the right care. However, GPs are currently also experiencing an enormous workload and would therefore be assigned additional responsibility. In addition, we must also be concerned about both continuity of presence in their own practice and continuity in care for the patient. In this model too, it must be taken into account whether the costs outweigh the benefits. Further research would be interesting to evaluate why EPs feel the need to open the GPC during office hours and how this will influence their workload.

The survey shows that most GPs (68% agreed or neutral) find a colocation of the GPC with the ED an added value. We also notice the positive attitude towards a colocation among the EPs, with 75% indicating that they strongly agree with this. These figures are in line with other studies, such as in Meetjesland, where 68% of GPs also indicated their support for colocation (28). Arguments such as easy referral to the ED and use of the laboratory and radiology are used by GPs. The KCE report indicates that inappropriate emergency contacts lead to higher healthcare costs and an increased number of unnecessary technical examinations. Colocation could facilitate the referral of non-urgent cases to the GPC, especially if the advice from a common triage system is binding (7).

In addition, there is also an ongoing discussion about the use of the ED. For example, 43.2% of GPs agree that a referral to the ED via a GP is necessary, while 40.3% disagree. Among EPs, however, we observe a slight majority in favor of requiring a referral via the GP. Possible arguments for this include preventing ED services from being overloaded, but also helping patients get the right care. We note in the literature that patients regularly seek direct access to the ED, even for non-urgent care (14). We also see different healthcare systems in our neighboring countries: in the Netherlands, patients typically consult their GP first. If the GP assesses the pathology urgently, the patient will be referred to the emergency department through them. It is also possible to go to the ED without a referral from a GP, but health insurers may charge higher deductibles if the visit subsequently turns out not to be medically necessary. This encourages patients to contact the GPC first (33, 34). This provides a good example of how financial policies and triage systems can be combined to better regulate patient flows. For future studies, we can propose an analysis of triage systems evaluating the effectiveness of central triage systems such as 1733 in improving care coordination, and cost-benefit analysis evaluating the financial and operational benefits of a mandatory GP referral compared to direct access to emergency services.

Conclusion

In conclusion, this study showed there is still 1/3 of the patients at the GPC with problems that can wait until they can make an appointment with their GP, demonstrating that there is still a high demand for immediate care among patients. Further, not everything one encounters at the GPC is “non-elective care”, some things were “elective care” but for any reason were not planned and therefore became things that must be seen at the GPC. We strongly advise that all parties involved in the out-of-hours care consider how to better inform patients about the use of out-of-hours care and to optimize their triage system.
A subsequent multi-center study will be required to validate and further investigate this hypothesis.

Acknowledgement

To conclude our study, we would like to acknowledge the entire research team. The research protocol was constructed and written through collaboration between the complete team, consisting of Jana Gorris, Timen Schenk, Robin Segers and Kato Vandeputte.

We extend our heartfelt thanks to our promoters, prof. dr. Hilde Philips and prof. dr. Veronique Verhoeven, for their expert guidance and insightful feedback throughout this project.

We would also like to thank the GPC of Turnhout and the ED of AZ Turnhout for their collaboration. Your partnership provided us with the resources that greatly enriched our research and made this project possible.

References

1. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. BMC Fam Pract. 2010;11:88.
2. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblick M, Geudens L, Bronckaers M, et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. BMC Health Serv Res. 2010;10:222.
3. Ryckebosch Ph MB, Coenen S, Adriaenssens N, Goris J, Philips H, Verhoeven V. Tien jaar Huisartsenwachtpost Deurne- Borgerhout: welke pathologie ziet de huisarts van wacht? Huisarts Nu. 2013;42:152-7.
4. Ryckebosch Ph MB, Coenen S, Adriaenssens N, Goris J, Philips H, Verhoeven V. Tien jaar Huisartsenwachtpost Deurne- Borgerhout: de reden van contact of waarom patiënten naar de huisarts van wacht komen. . Huisarts Nu. 2013;42:146-51.
5. Ryckebosch Ph GJ, Philips H, Adriaenssens N, Coenen S, Verhoeven V, Michiels B. Tien jaar Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Wordt het drukker in een huisartsenwachtpost? Huisarts Nu. 2013;42:261-6.
6. Verzelen JA, D. Huisartsenwachtpost: evolutie van patiëntenbestand en type pathologie 2015.
7. Spoeddiensten en huisartspermanentie op één locatie: meer comfort en duidelijkheid voor patiënt [press release]. 2016.
8. Depoortere N, Schoenmakers, B. Gebruik van de wachtpost Zennevallei in het weekend. 2016.
9. Philips H RR, Giesen P, Huibers L, Wensing M. Huisartsen- wachtposten in Vlaanderen: uitdagingen en kansen. . Huisarts Nu. 2010;39:359-62.
10. Belche JL, Berrewaerts MA, Burette P, Lenoir AL, Duchesnes C, Giet D. Retrospective analysis of a suburban out-of-hours clinic in Belgium. Acta Clin Belg. 2014;69(5):341-7.
11. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):e3.
12. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Use of out-of-hours services: the patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. Acta Clin Belg. 2013;68(1):1-8.
13. Ryckebosch Ph CS, Philips H, Goris J, Adriaenssens N, Verhoeven V, Michiels B. Tien jaar Huisartsenwachtpost Deurne- Borgerhout. Wie zijn onze patiënten? Huisarts Nu. 2013;42:79-82.
14. Boogaerts T BH, Maertens K, Neyrinck A, Vanden Bussche I, Vanderhoydonck J, Van Baelen S, Schoenmakers B. Huisarts Nu 2015;44:114-121. Opstart en management van een huisartsenwachtpost: Een kwalitatief onderzoek in zestien Vlaamse huisartsenwachtposten. Huisarts Nu. 2015;44:144-21.
15. De Vries M DL, Wuyts T, Van Baelen S, Schoenmakers B. . Evaluatie van de nieuwe wachtpost Oost-Brabant. Vergelijkende studie over de werking en tevredenheid van huisartsen en patiënten. . Huisarts Nu. 2015;44:121-7.
16. Jannis LGJ. Huisartsenwachtpost Noord-Limburg: een evaluatie 2013.
17. Philips H. RR, Remmen R., Van Royen P. Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Hoe tevreden zijn de huisartsen? Huisarts Nu. 2004;33:592-8.
18. Heymans JDS, A. . Hoe kan de werking van de nieuwe wachtpost in Eeklo (Meetjesland) geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen een reeds bestaande wachtpost en een nieuwe. 2020.
19. Geentjens PK, J. Wat is de haalbaarheid van een huisartsenwachtpost in Vilvoorde? 2012.
20. Schoenmakers B, Van Criekinge J, Boeve T, Wilms J, Van Der Mullen C, Sabbe M. Co-location of out of hours primary care and emergency department in Belgium: patients' and physicians' view. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):282.
21. Qualtrics. Qualtrics. Provo, Utah, USA2005.
22. Corp. I. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2021.
23. (WICC) WOoFDWICC. ICPC-2. 2015.
24. Gilles CP, H. Wachtpost in het weekend: een bewuste keuze van de patiënt? Evaluatie van de keuze aan de hand van de 'ICE' van de patiënt. 2017.
25. Housiaux E ME, Verhoeven V, Philips H. . Weekend en mijn kind is ziek, wat nu? Onderzoek naar de derdebetalersregeling in de huisartsenwachtpost. Huisarts Nu. 2018;47:137-41.
26. Agentschap I. Globaal medisch dossier.

27. Willems S, Peersman W, De Maeyer P, Buylaert W, De Maeseneer J, De Paepe P. The impact of neighborhood deprivation on patients' unscheduled out-of-hours healthcare seeking behavior: a cross-sectional study. BMC Fam Pract. 2013;14:136.
28. Joye JDS, A. Hoe kan de werking van een geïntegreerde huisartsenwachtpost en de interactie met de spoeddienst geoptimaliseerd worden? Een vergelijking tussen de bestaande wachtpost te Brugge en de nieuwe wachtpost in het Meetjesland. 2020.
29. Vlaanderen W. Kan iedereen gebruik maken van de wachtpost? [Available from: https://www.wachtposten.be/werking/kan-iedereen-gebruik-maken-van-de-wachtpost.html.
30. Huisartsenwachtposten niet bedoeld voor ziekteattesten [press release]. Domus Medica2025.
31. Van Camp H. Philips H RR. Patiënttevredenheid buiten de kantooruren. Een literatuurstudie. Huisarts Nu. 2015;44.
32. D. Grouwels CV, K. Van Emelen, J. Heyrman. . Kwaliteitsvolle wachtdienstorganisatie. Visie op de toekomst en selectie van kritische kwaliteitskenmerken (fase 1). . Huisarts Nu. 2009;38:10-7.
33. W. T. De spoedposten en de SEH, werkt het samen? Huisarts en Wetenschap. 2016;59:54-6.
34. Nederland R. Wanneer moet ik naar de huisartsenpost of de spoedeisende hulppost? [

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Attachment 1: Information document physicians

MASTERTHESIS: VERSCHUIVING VAN DE PLANBARE ZORG NAAR OUT-OF-HOURS ZORG - INFORMATIEFORMULIER VOOR ARTSEN

Beste,
Wij nodigen u graag uit deel te nemen aan een onderzoek dat onderdeel is van een masterthesis in de opleiding tot huisarts.

Doel van het onderzoek:
Het onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen in welke pathologie volgens artsen thuishoort op de huisartsenwachtpost en wat de meningen zijn over de organisatie van out-of-hours geneeskunde.

Verloop van het onderzoek:
Indien u besluit deel te nemen, zal u worden gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst zal naar schatting 15 minuten in beslag nemen. De vragenlijst wordt na afloop automatisch naar ons verzonden. Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. U kunt op elk moment besluiten om niet deel te nemen zonder enige gevolgen.

Indien u nog vragen heeft, wenst terug te trekken uit de studie of graag op de hoogte gehouden wordt van de resultaten kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers op onderstaan e-mailadres.

Vertrouwelijkheid van de gegevens:
De vragenlijst is anoniem en de informatie die u verstrekt, zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. Alleen de onderzoekers en bevoegde begeleiders zullen toegang hebben tot de verzamelde gegevens.

Uw deelname aan de studie betekent dat je ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoekers gegevens over jou verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Hilde Philips is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U heeft het recht om aan de arts-onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U heeft het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u vragen heeft over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: thesis.wpt@outlook.com.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, dan kan u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

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

Onderzoekers: Gorris Jana, Schenk Timen, Segers Robin en Vandeputte Kato
Promotoren: Prof. Dr. Philips Hilde, Prof. Dr. Verhoeven Veronique
Onderzoeksinstantie: Universiteit Antwerpen
Contactgegevens onderzoekers: thesis.wpt@outlook.com

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Attachment 2: Information document patients

MASTERTHESIS: VERSCHUIVING VAN DE PLANBARE ZORG NAAR OUT-OF-HOURS ZORG - INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR PATIËNTEN

Beste,
Wij zijn Jana, Timen, Robin en Kato, vier huisartsen in opleiding. In kader van onze masterthesis voeren wij een onderzoek uit over de wachtpost van Turnhout. Je zou ons enorm kunnen helpen, indien je aan dit onderzoek deelneemt.

Doel van het onderzoek:
Wij willen graag weten waarom je naar de wachtpost bent gekomen, en wat je verwacht van jouw bezoek hier op de wachtpost.

Verloop van het onderzoek:
Indien je deelneemt, krijg je een vragenlijst om in te vullen. Hierin staan enkele vragen over de reden van jouw bezoek en enkele stellingen waar we jouw mening over willen krijgen. We verwachten dat het invullen van deze vragenlijst slechts 10 minuten zal duren.

Je deponeert de vragenlijst zelf in de inzameldoos aan het secretariaat **VOOR** het bezoek bij de arts. Je deelname is compleet vrijwillig en anoniem. De arts die jou zo dadelijk ziet, krijgt de vragenlijst **NIET** te zien. Jouw antwoorden hebben dus **GEEN** effect op de zorg die je zal krijgen. Jouw beslissing om al dan niet aan dit onderzoek deel te nemen of om jouw deelname stop te zetten, zal geen enkele invloed hebben op jouw verdere behandeling of op jouw relatie met de arts.

Indien je nog vragen hebt, nadien je wenst terug te trekken uit de studie of graag op de hoogte gehouden wordt van de resultaten kan je altijd contact opnemen met de onderzoekers op onderstaand e-mailadres.

Vertrouwelijkheid van de gegevens:
De vragenlijsten zijn versleuteld en worden strikt vertrouwelijk behandeld. Alleen de onderzoekers en bevoegde begeleiders zullen toegang hebben tot jouw verzamelde gegevens.

Jouw deelname aan de studie betekent dat je ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoekers gegevens over jou verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Jouw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Hilde Philips is de verwerkingsverantwoordelijke voor jouw gegevens.

Je hebt het recht om aan de arts-onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over jou heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Je hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

[1] Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien je vragen hebt over hoe wij jouw gegevens gebruiken of jouw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan je hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: thesis.wpt@outlook.com.

Tot slot, indien je een klacht hebt over de verwerking van uw gegevens, dan kan je contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens.

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

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

Onderzoekers: Gorris Jana, Schenk Timen, Segers Robin en Vandeputte Kato
Promotoren: Prof. Dr. Philips Hilde, Prof. Dr. Verhoeven Veronique
Onderzoeksinstantie: Universiteit Antwerpen
Contactgegevens onderzoeker: thesis.wpt@outlook.com

Attachment 3: Informed consent physicians

MASTERTHESIS: VERSCHUIVING VAN DE PLANBARE ZORG NAAR OUT-OF-HOURS ZORG- TOESTEMMINGSFORMULIER ARTSEN

Toestemming:

Ik heb het informatieformulier begrepen. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment kan beslissen om niet deel te nemen. Ik geef toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek en mijn gegevens te gebruiken voor de doeleinden zoals beschreven.

Handtekening: _____

Datum: _____

Onderzoekers: Gorris Jana, Schenk Timen, Segers Robin en Vandeputte Kato
Promotoren: Prof. Dr. Philips Hilde, Prof. Dr. Verhoeven Veronique
Onderzoeksinstantie: Universiteit Antwerpen
Contactgegevens onderzoekers: thesis.wpt@outlook.com

Hoofdonderzoeker: Prof. Dr. Philips Hilde

Handtekening: _____

Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Attachment 4: Informed consent patients

MASTERTHESIS: VERSCHUIVING VAN DE PLANBARE ZORG NAAR OUT-OF-HOURS ZORG- TOESTEMMINGSFORMULIER PATIËNTEN

Ik heb het informatieformulier begrepen. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment kan beslissen om niet deel te nemen. Ik geef toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek en mijn gegevens te gebruiken voor de doeleinden zoals beschreven.

Patiënt (vanaf 16 jaar):	Familie en/of getuige (indien patiënt minderjarig is):
Handtekening: _____	Handtekening: _____
Datum: _____	Datum: _____

Onderzoekers: Gorris Jana, Schenk Timen, Segers Robin en Vandeputte Kato
Promotoren: Prof. Dr. Philips Hilde, Prof. Dr. Verhoeven Veronique
Onderzoeksinstantie: Universiteit Antwerpen
Contactgegevens onderzoekers: thesis.wpt@outlook.com

Hoofdonderzoeker: Prof. Dr. Hilde Philips

Handtekening: _____

Attachment 5: Survey GPs

Masterthesis: Verschuiving van de planbare zorg naar out-of-hours zorg - **VRAGENLIJST VOOR HUISARTSEN**

Demografievragen

1) Ik ben…
   a) HAIO
   b) Huisarts
   c) Andere: …
2) Wat bent u?
   a) Man
   b) Vrouw
   c) X
3) Wat is uw geboortejaar?
4) Hoeveel jaren bent u al werkzaam als huisarts? …
5) Ik werk in
   a) Een solopraktijk
   b) Een duopraktijk
   c) Een groepspraktijk
   d) Een wijkgezondheidscentrum
6) Hoe ver ligt uw praktijk van de huidige wachtpost?
   a) < 10 minuten rijden met de auto
   b) 10-20 minuten rijden met de auto
   c) 20-30 minuten rijden met de auto
   d) >30 minuten rijden met de auto

Specifieke vragen

1) Ik vind dat er 24/7 een huisarts bereikbaar moet zijn (in de praktijk of op de wachtpost) ter voorziening van continuïteit van zorg:
   a) Akkoord: voor iedereen
   b) Akkoord: Enkel voor bepaalde patiëntengroepen zoals rusthuizen
   c) Niet akkoord
   d) Anders: …

Stellingen

Onder het begrip planbare zorg wordt alle zorg bedoeld die kan wachten tot na de wachtdienst.

Hieronder staan enkele stellingen met betrekking tot de werking van de wachtpost. U kan op een schaal aanduiden in welke mate u met de stelling akkoord gaat.

1. Het grootste deel van mijn consultaties op de wachtpost betreffen planbare zorg.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

2. Het huisartsentekort speelt een grote rol in de verschuiving van planbare zorg naar de wachtpost.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

3. Het probleem van de verschuiving van de planbare zorg naar de wachtpost zou (deels) opgelost zijn moesten meer huisartsen na 18u nog werken.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

4. Na 23u55 is er geen huisarts van wacht nodig tot de ochtenduren. Dringende zaken kunnen dan terecht op spoed.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

5. Ik ben voor een colocatie van de wachtpost met een spoeddienst (met of zonder gemeenschappelijke triage).

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

6. Ik ben voor een gemeenschappelijke triage van de out-of-hours geneeskunde.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

7. Het zou een meerwaarde zijn om een wachtpost verbonden aan een spoeddienst ook overdag in de week te openen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

8. Het bemannen van de wachtposten is een taak voor enkel huisartsen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

9. Er is een doorverwijzing van een huisarts nodig om naar een spoedgevallendienst te kunnen gaan (met uitzondering van ambulance)

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

10. Het verbinden van een huisartsenwachtpost aan de spoedgevallendienst leidt tot minder spoedvisites.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

11. Het vaststellen van een overlijden in een rusthuis kan wachten tot na de nachturen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

12. Het vaststellen van een overlijden in de thuissetting kan wachten tot na de nachturen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

Casussen

Hierna worden enkele casussen beschreven. Gelieve aan te duiden wat volgens u de meest gepaste vorm van zorg is per casus. De antwoordopties zijn: een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren, een telefonisch advies op de wachtpost, een consultatie op de wachtpost, een consultatie op de dienst spoedgevallen.

1. Sven, een 44-jarige man, komt op zondagmiddag ten val op zijn schouder. Hoewel er op het eerste zicht geen ernstige verwondingen lijken te zijn, wilt hij toch de verzekeringspapieren laten invullen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
2. Mieke, een 57-jarige vrouw, moet op zondagochtend werken. Echter, afgelopen nacht is ze ziek geworden: ze is misselijk en niet in staat om te gaan werken. Ze heeft een arbeidsongeschiktheidsattest nodig door haar afwezigheid op het werk.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

3. Op zaterdagmiddag speelt Jeff, een 7-jarige jongen, in de speeltuin. Hij valt en heeft een diepe wond op zijn kin opgelopen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
4. Mo, 23 jaar, heeft op zaterdagmiddag zijn enkel omgeslagen. Zijn enkel doet pijn, maar hij kan nog op zijn voet steunen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
5. Bo, 27 jaar, heeft op dinsdagavond haar enkel omgeslagen. Haar enkel doet pijn, maar ze kan nog op haar voet steunen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
6. Op een dinsdagavond klaagt Liv, een 5-jarig meisje, over oorpijn aan één kant. Sinds vandaag heeft ze ook koorts, maar haar temperatuur daalt goed wanneer ze medicatie inneemt (Perdolan/Paracetamol). Ondanks haar ongemak lijkt Liv nog steeds vrolijk en eet ze goed.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
7. Frieda, een vrouw van 51 jaar, heeft volgende week donderdag een geplande afspraak bij haar huisarts voor een algemene controle. Op een zondagochtend overweegt ze of het verstandig zou zijn om voorafgaand aan de afspraak al een bloedafname te laten doen, zodat haar huisarts tegen donderdag de resultaten kan hebben en deze met haar kan bespreken.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

8. Piet, een 38-jarige man, gebruikt al geruime tijd slaapmedicatie om in slaap te vallen. Op zaterdag ontdekt hij dat hij zijn slaapmedicatie op is.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
9. Op zaterdagavond merkt Alfons, een man van 84 jaar die al geruime tijd medicatie gebruikt tegen een hoge bloeddruk, dat zijn medicatie op is.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
10. De papa van Finn, een jongetje van 4 jaar, merkt dat zijn zoontje gebeten is door een teek. Zelf heeft hij de teek reeds verwijderd.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

Attachment 6: Survey EPs

Masterthesis: Verschuiving van de planbare zorg naar out-of-hours zorg - **VRAGENLIJST VOOR SPOEDARTSEN**

Demografievragen

1) Ik ben…
   a) Spoedarts
   b) ASO spoed
   c) ASO interne of heelkunde die wacht doet op de spoedgevallen
   d) Andere: ….
2) Wat bent u?
   a) Man
   b) Vrouw
   c) X
3) Hoeveel jaren bent u al werkzaam als (spoed)arts? ...
4) Wat is uw geboortejaar? ….

Specifieke vragen

1) Ik vind dat er 24/7 een huisarts bereikbaar moet zijn (in de praktijk of op de wachtpost) ter voorziening van continuïteit van zorg:
   a) Akkoord: voor iedereen
   b) Akkoord: enkel voor bepaalde patiëntengroepen zoals rusthuizen
   c) Niet akkoord
   d) Anders: …

Stellingen

Onder het begrip planbare zorg wordt alle zorg bedoeld die kan wachten tot na de wachtdienst.

Hieronder staan enkele stellingen met betrekking tot de werking van de wachtpost. U kan op een schaal aanduiden in welke mate u met de stelling akkoord gaat.

1) Het grootste deel van mijn consultaties op spoed betreffen planbare zorg.

   Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

2) Het huisartsentekort speelt een grote rol in de verschuiving van planbare zorg naar de spoed.

   Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

3) Het probleem van de verschuiving van de planbare zorg naar de spoed zou (deels) opgelost zijn moesten meer huisartsen na 18u nog werken.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

4) Na 23u55 is er geen huisarts van wacht nodig tot de ochtenduren, dringende zaken kunnen dan terecht op spoed.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

5) Ik ben voor een colocatie van de wachtpost met een spoeddienst (met of zonder gemeenschappelijke triage).

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

6) Ik ben voor een gemeenschappelijke triage van de out-of-hours geneeskunde.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

7) Het zou een meerwaarde zijn om een wachtpost verbonden aan een spoeddienst ook overdag in de week te openen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

8) Het bemannen van de wachtposten is een taak voor enkel huisartsen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

9) Er is een doorverwijzing van een huisarts nodig om naar de spoedgevallendienst te kunnen gaan (met uitzondering van ambulance).

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

10) Het verbinden van een huisartsenwachtpost aan de spoedgevallendienst leidt tot minder spoedvisites.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

11) Op spoed komen er nog te veel patiënten die door de huisarts van wacht geholpen hadden kunnen worden.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

Casussen

Hierna worden enkele casussen beschreven. Gelieve aan te duiden wat volgens u de meest gepaste vorm van zorg is per casus. De antwoordopties zijn: een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren, een telefonisch advies op de wachtpost, een consultatie op de wachtpost, een consultatie op de dienst spoedgevallen.

1. Sven, een 44-jarige man, komt op zondagmiddag ten val op zijn schouder. Hoewel er op het eerste zicht geen ernstige verwondingen lijken te zijn, wilt hij toch de verzekeringspapieren laten invullen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
2. Mieke, een 57-jarige vrouw, moet op zondagochtend werken. Echter, afgelopen nacht is ze ziek geworden: ze is misselijk en niet in staat om te gaan werken. Ze heeft een arbeidsongeschiktheidsattest nodig door haar afwezigheid op het werk.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
3. Op zaterdagmiddag speelt Jeff, een 7-jarige jongen, in de speeltuin. Hij valt en heeft een diepe wond op zijn kin opgelopen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
4. Mo, 23 jaar, heeft op zaterdagmiddag zijn enkel omgeslagen. Zijn enkel doet pijn, maar hij kan nog op zijn voet steunen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
5. Bo, 27 jaar, heeft op dinsdagavond haar enkel omgeslagen. Haar enkel doet pijn, maar ze kan nog op haar voet steunen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

6. Op een dinsdagavond klaagt Liv, een 5-jarig meisje, over oorpijn aan één kant. Sinds vandaag heeft ze ook koorts, maar haar temperatuur daalt goed wanneer ze medicatie inneemt (Perdolan/Paracetamol). Ondanks haar ongemak lijkt Liv nog steeds vrolijk en eet ze goed.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
7. Frieda, een vrouw van 51 jaar, heeft volgende week donderdag een geplande afspraak bij haar huisarts voor een algemene controle. Op een zondagochtend overweegt ze of het verstandig zou zijn om voorafgaand aan de afspraak al een bloedafname te laten doen, zodat haar huisarts tegen donderdag de resultaten kan hebben en deze met haar kan bespreken.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
8. Piet, een 38-jarige man, gebruikt al geruime tijd slaapmedicatie om in slaap te vallen. Op zaterdag ontdekt hij dat hij zijn slaapmedicatie op is.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
9. Op zaterdagavond merkt Alfons, een man van 84 jaar die al geruime tijd medicatie gebruikt tegen een hoge bloeddruk, dat zijn medicatie op is.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
10. De papa van Finn, een jongetje van 4 jaar, merkt dat zijn zoontje gebeten is door een teek. Zelf heeft hij de teek reeds verwijderd.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

Attachment 7: Survey patients

Masterthesis: Verschuiving van de planbare zorg naar out-of-hours zorg - **VRAGENLIJST VOOR PATIËNTEN**

Demografievragen

1) Wat bent u?
   a) Man
   b) Vrouw
   c) X
2) Wat is uw geboortedatum? …….
3) Indien u deze lijst voor iemand anders invult: wat is de geboortedatum van deze persoon? …….
4) Wat is uw beroep?
   a) Onbekend
   b) Huisman/huisvrouw
   c) Werkzoekend
   d) Arbeider
   e) Bediende
   f) Zelfstandige
   g) Gepensioneerd
   h) Student

Specifieke vragen

5) Heeft u een eigen huisarts?
   a) Ja
   b) Nee
6) Van waar kent u de wachtpost?
   a) Via de huisartsenpraktijk (reclamebord, affiche)
   b) Via het antwoordapparaat van de huisartsenpraktijk
   c) Via vrienden of familie
   d) Via het internet
   e) Via spoed
   f) Andere….

7) Waarom komt u vandaag naar de wachtpost?
   a) Ik heb een probleem dat tijdens de wachturen (of vlak ervoor) ontstaan is
   b) Ik ben bezorgd
   c) Ik heb geen eigen huisarts
   d) Ik was reeds bij de eigen huisarts geweest maar het probleem is nog niet verholpen
   e) Ik kon hier sneller terecht dan bij mijn eigen huisarts
   f) Ik had tijdens de uren dat mijn huisarts open was zelf geen tijd.
   g) Ik kom voor administratieve doeleinden (afwezigheid, verzekeringsattesten…)
   h) Ik heb verzorging of medicatie nodig.
   i) Een consultatie op de wachtpost is goedkoper dan een consultatie bij mijn eigen huisarts.
   j) Andere: ……
8) Voordat u contact nam met de wachtpost, heeft u dan eerst de online tool “moet ik naar de dokter” op de website gebruikt?
   a) Ja
   b) Nee
9) Zou u gerustgesteld zijn indien de online tool “moet ik naar de dokter” adviseert om met uw zorgvraag niet naar de wachtpost te gaan maar naar de eigen huisarts tijdens de kantooruren?
   a) Ja
   b) Nee
10) Hoe vaak bezoekt u per jaar de wachtpost?
   a) <2 keer
   b) 2-5 keer
   c) >5 keer
11) Hoe vaak bezoekt u per jaar de dienst voor spoedgevallen?
   a) <2 keer
   b) 2-5 keer
   c) >5 keer
12) Hoe vaak bezoekt u per jaar de eigen huisarts?
   a) <2 keer
   b) 2-5 keer
   c) >5 keer
13) Wat is uw belangrijkste klacht waarvoor u tot hier komt? … (**open vraag)**

……
……
……

14) Hoe lang is uw klacht al aanwezig?
    a) < 1 uur
    b) < 12 uur
    c) > 12 uur
    d) > 1 dag
    e) > 3 dagen
15) Hoe lang heeft u moeten wachten tussen het contact met de wachtpost en uw afspraak op de wachtpost?
    a) <1 uur
    b) 1-2 uur
    c) 2-4 uur
    d) > 4 uur
16) Van hoe ver moest u komen naar de wachtpost?
    a) < 10 minuten rijden met de auto
    b) 10-20 minuten rijden met de auto
    c) 20-30 minuten rijden met de auto
    d) >30 minuten rijden met de auto

Stellingen

Hieronder staan enkele stellingen met betrekking tot de werking van de wachtpost. U kan op een schaal aanduiden in welke mate u met de stelling akkoord gaat. Omcirkel het juiste antwoord voor u.

1. Het zou een meerwaarde zijn om een wachtpost verbonden aan een spoeddienst ook overdag in de week te openen.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

2. Er is een doorverwijzing van een huisarts nodig om naar spoed te kunnen gaan (met uitzondering van ambulance

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

3. Wanneer ik bel voor een medisch probleem en ik telefonisch verder geholpen kan worden, volstaat dit voor mij.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

4. Ik zou het een meerwaarde vinden moesten de spoed en de huisartsenwachtpost samen op 1 locatie zijn.

Helemaal niet mee eens – Enigszins niet mee eens – Noch eens noch oneens – Enigszins mee eens – Helemaal mee eens

5. Hoe schat u de ernst in van uw klacht vandaag?
    1. Planbare zorg - kan in principe wachten tot na de wachtdienst
    2. Niet-planbare zorg - moet tijdens de wachtdienst geholpen worden
    3. Dringend - moet binnen de 2h gezien worden
    4. Hoogdringend - moet binnen het uur gezien worden
    5. Levensbedreigend - onmiddellijk ingrijpen vereist

Casussen

Hierna worden enkele casussen beschreven. Gelieve aan te duiden wat volgens u de meest gepaste vorm van zorg is per casus. De antwoordopties zijn: een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren, een telefonisch advies op de wachtpost, een consultatie op de wachtpost, een consultatie op de dienst spoedgevallen.

1. Sven, een 44-jarige man, komt op zondagmiddag ten val op zijn schouder. Hoewel er op het eerste zicht geen ernstige verwondingen lijken te zijn, wilt hij toch de verzekeringspapieren laten invullen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
2. Mieke, een 57-jarige vrouw, moet op zondagochtend werken. Echter, afgelopen nacht is ze ziek geworden: ze is misselijk en niet in staat om te gaan werken. Ze heeft een arbeidsongeschiktheidsattest nodig door haar afwezigheid op het werk.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
3. Op zaterdagmiddag speelt Jeff, een 7-jarige jongen, in de speeltuin. Hij valt en heeft een diepe wond op zijn kin opgelopen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
4. Mo, 23 jaar, heeft op zaterdagmiddag zijn enkel omgeslagen. Zijn enkel doet pijn, maar hij kan nog op zijn voet steunen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

5. Bo, 27 jaar, heeft op dinsdagavond haar enkel omgeslagen. Haar enkel doet pijn, maar ze kan nog op haar voet steunen.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
6. Op een dinsdagavond klaagt Liv, een 5-jarig meisje, over oorpijn aan één kant. Sinds vandaag heeft ze ook koorts, maar haar temperatuur daalt goed wanneer ze medicatie inneemt (Perdolan/Paracetamol). Ondanks haar ongemak lijkt Liv nog steeds vrolijk en eet ze goed.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
7. Frieda, een vrouw van 51 jaar, heeft volgende week donderdag een geplande afspraak bij haar huisarts voor een algemene controle. Op een zondagochtend overweegt ze of het verstandig zou zijn om voorafgaand aan de afspraak al een bloedafname te laten doen, zodat haar huisarts tegen donderdag de resultaten kan hebben en deze met haar kan bespreken.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
8. Piet, een 38-jarige man, gebruikt al geruime tijd slaapmedicatie om in slaap te vallen. Op zaterdag ontdekt hij dat hij zijn slaapmedicatie op is.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.
9. Op zaterdagavond merkt Alfons, een man van 84 jaar die al geruime tijd medicatie gebruikt tegen een hoge bloeddruk, dat zijn medicatie op is.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

10. De papa van Finn, een jongetje van 4 jaar, merkt dat zijn zoontje gebeten is door een teek. Zelf heeft hij de teek reeds verwijderd.
    a. Een consultatie bij de eigen huisarts tijdens de werkuren.
    b. Een telefonisch advies op de wachtpost.
    c. Een consultatie op de wachtpost.
    d. Een consultatie op de dienst spoedgevallen.

Masterthesis: Verschuiving van de planbare zorg naar out-of-hours zorg

Deel voor de arts – geef dit deel af aan de arts die jou gezien heeft op de wachtpost

1) Geboortedatum van de patiënt: ….
2) Geslacht van de patiënt: M/V/X
3) Wat was de diagnose van de patiënt? …
4) Hoe schat u de ernst in van de klacht van deze patiënt?
    a) Planbare zorg - kan in principe wachten tot na de wachtdienst
    b) Niet-planbare zorg - moet tijdens de wachtdienst geholpen worden
    c) Dringend - moet binnen de 2h gezien worden
    d) Hoogdringend - moet binnen het uur gezien worden
    e) Levensbedreigend - onmiddellijk ingrijpen vereist
5) Was er bij deze patiënt nood aan doorverwijzing naar de dienst voor spoedgevallen?
    a) Ja
    b) Nee

Attachment 8: Tables and images

Table 8: characteristics of patients presenting at the GPC

	Percent	*n*
What is your profession?		
Unknown	3.3%	11
Housewife/husband	3.0%	10
Job-seeking	2.7%	9
Worker	16.1%	54
Employee	39.6%	133
Self-employed	10.4%	35
Retired	9.2%	31
Student	15.8%	53
Do you have your own GP[a]?		
Yes	96.8%	328
No	3.2%	11
From where do you know the GPC[b]?		
Through the general practice	29.6%	100
Through the answering machine of the GP	15.1%	51
Through friends or family	24.6%	83
Through the internet	27.8%	94
Through the ED[c]	2.1%	7
Other…	8.3%	28
Why are you coming to the GPC[b] today?		
I have a problem that occurred during waiting hours (or just before).	35.3%	118
I am concerned.	17.4%	58
I do not have my own GP[a].	1.8%	6
I was already at my own GP[a] but the problem has not been solved yet.	3.3%	11
I was able to get here faster than my own GPa.	15.3%	51
I did not have time during the hours that my GP[a]'s office was open myself.	1.8%	6
I am here for administrative purposes.	1.5%	5
I need care or medication.	22.2%	74
A consultation at the GPC[b] is cheaper than a consultation with my own GP[a]	0%	0
Other….	12.6%	42
Before contacting the GPC[b]. did you use the online tool ("moet ik naar de dokter") on the website?		
Yes	31.8%	107
No	68.2%	230
Would you be reassured if the online tool ("moet ik naar de dokter") advises you not to go to the GPC[b] with your healthcare question but to your own GP[a] during office hours?		
Yes	44.4%	143
No	55.6%	179

How many times a year do you visit the GPC[b]?		
Less than two times a year	87.1%	291
Two to five times a year	10.5%	35
More than five times a year	2.4%	8
How many times a year do you visit the ED[c]?		
Less than two times a year	95.1%	310
Two to five times a year	4.0%	13
More than five times a year	0.9%	3
How many times a year do you visit your own GP[a]?		
Less than two times a year	24.3%	81
Two to five times a year	51.2%	171
More than five times a year	24.6%	82
How long has your complaint been present?		
Less than an hour	7.7%	26
Less than 12 hours	23.7%	80
More than 12 hours	11.3%	38
More than a day	24.3%	82
More than three days	32.9%	111
How long did you have to wait between contacting the GPC[b] and your appointment at the GPC[b]?		
Less than an hour	66.1%	218
Between one and two hours	25.8%	85
Between two and four hours	7.6%	25
More than four hours	0.6%	2
From how far did you have to come to the GPC[b]?		
Less than ten minutes driving by car	39.6%	133
Between ten and twenty minutes driving by car	39.3%	132
Between twenty and thirty minutes driving by car	18.5%	62
More than thirty minutes driving by car	2.7%	9
How do you estimate the severity of your complaint today?		
Schedulable care-can basically wait until after the on-call service	12.1%	39
Non-schedulable care-must be helped during the on-call shift	67.2%	217
Urgent-needs to be seen within 2 hours	18.6%	60
Urgent-must be seen within the hour	2.2%	7
Life-threatening - immediate intervention required	0%	0

[a] GP = General practitioner

[b]GPC = general practitioner cooperative

[c] ED = emergency department

Table 9: age of respondents and patients according to distribution in age groups

	Age respondents		Age patients	
Age group (years)	*Percent*	*n*	*Percent*	*n*
≤ 4	0%	0	8.1%	27
5-18	4.4%	14	13.5%	45
19-60	83.5%	268	66.7%	222
≥ 61	12.1%	39	11.7%	39

Table 10: reassurance after use of website "*Moet ik naar de dokter*"

		Reassured after using website – advise own GP during office hours			
		Yes		*No*	
		Percent	*n*	*Percent*	*n*
Use of website "Moet ik naar de dokter?"	**Yes**	*55,8%*	*58*	44,2%	46
	No	39,0%	85	61,0%	133

Table 11: severity assessment according to GP

	Percent	*n*
How do you estimate the severity of the complaint of the patient?		
Schedulable care-can basically wait until after the on-call service	29.6%	81
Non-schedulable care-must be helped during the on-call shift	65.3%	179
Urgent-needs to be seen within 2 hours	5.1%	14
Urgent-must be seen within the hour	0%	0
Life-threatening - immediate intervention required	0%	0

Table 12: referral to the ED by the GP on call

	Percent	*n*
Was this patient in need of referral to the emergency department?		
Yes	5.5%	15
No	94.5%	259

Table 13: demographic characteristics in GP group

	Percent	*n*
Profession		
General Practitioner	73.1%	49
General Practitioner in training	26.9%	18
Age	39.36 *(± 13.2)*	
Sex		

Male	37.3%	25
Female	62.7%	42
Other	0%	0
How many years have you been working as a GP[a]?	12.16 (±*12.9)*	
Type of general practice		
Solo practice	6.0%	4
Duo practice	9.0%	6
Group practice	85.1%	57
Community health center	0%	0
How far is your current practice from the GPC[b]?		
Less than ten minutes driving by car	25.4%	17
Between ten and twenty minutes driving by car	41.8%	28
Between twenty and thirty minutes driving by car	25.4%	17
More than thirty minutes driving by car	7.5%	5

Table 14: demographic characteristics in EP group

	Percent	*n*
Profession		
Emergency doctor	25.0%	3
Emergency doctor in training	8.3%	1
Internist or surgeon in training	58.3%	7
Other	8.3%	1
Sex		
Male	41.7%	5
Female	58.3%	7
Other	0%	0
How many years have you been working as an emergency physician?	7.92 (± 9.1)	

Table 15: statement only asked in patient group – satisfaction telephone consultation

Statement A	*Percent*	*n*
Strongly disagree	8.3%	26
Disagree	19.4%	61
Neutral	12.1%	38
Agree	31.8%	100
Strongly Agree	28.3%	89

Table 16: statements only asked in GP group

	Percent	*n*
Statement B		
Strongly disagree	1.5%	1
Disagree	23.9%	16
Neutral	6.0%	4
Agree	50.7%	34
Strongly Agree	17.9%	12
Statement C		
Strongly disagree	3.0%	2

Disagree	6.0%	4
Neutral	4.5%	3
Agree	35.8%	24
Strongly Agree	50.7%	34
Statement D		
Strongly disagree	22.4%	15
Disagree	31.3%	21
Neutral	17.9%	12
Agree	22.4%	15
Strongly Agree	6.0%	4
Statement J		
Strongly disagree	23.9%	16
Disagree	50.7%	34
Neutral	10.4%	7
Agree	10.4%	7
Strongly Agree	4.5%	3
Statement K		
Strongly disagree	4.5%	3
Disagree	22.4%	15
Neutral	6.0%	4
Agree	34.3%	23
Strongly Agree	32.8%	22

Table 17: statements only asked in EP group

	Percent	*n*
Statement O		
Strongly disagree	8.3%	1
Disagree	25.0%	3
Neutral	16.7%	2
Agree	50.0%	6
Strongly Agree	0%	0
Statement P		
Strongly disagree	0%	0
Disagree	0%	0
Neutral	0%	0
Agree	25.0%	3
Strongly Agree	75.0%	9
Statement Q		
Strongly disagree	0%	0
Disagree	16.7%	2
Neutral	8.3%	1
Agree	25.0%	3
Strongly Agree	50.0%	6
Statement R		
Strongly disagree	0%	0
Disagree	0%	0
Neutral	8.3%	1
Agree	0%	0
Strongly Agree	91.7%	11

Figure 5: frequency graphs for statements GP group (2) vs EP group (3)

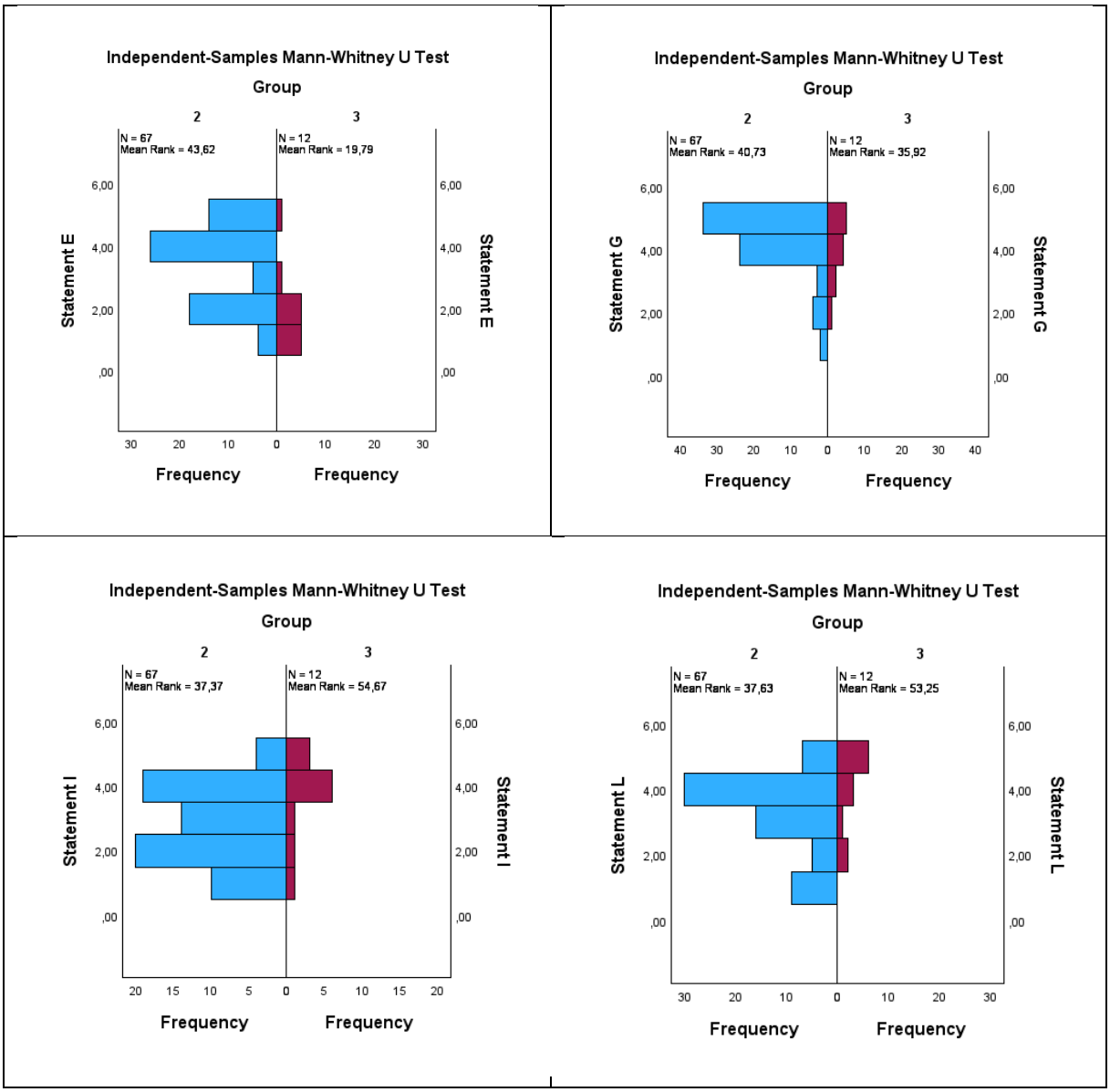
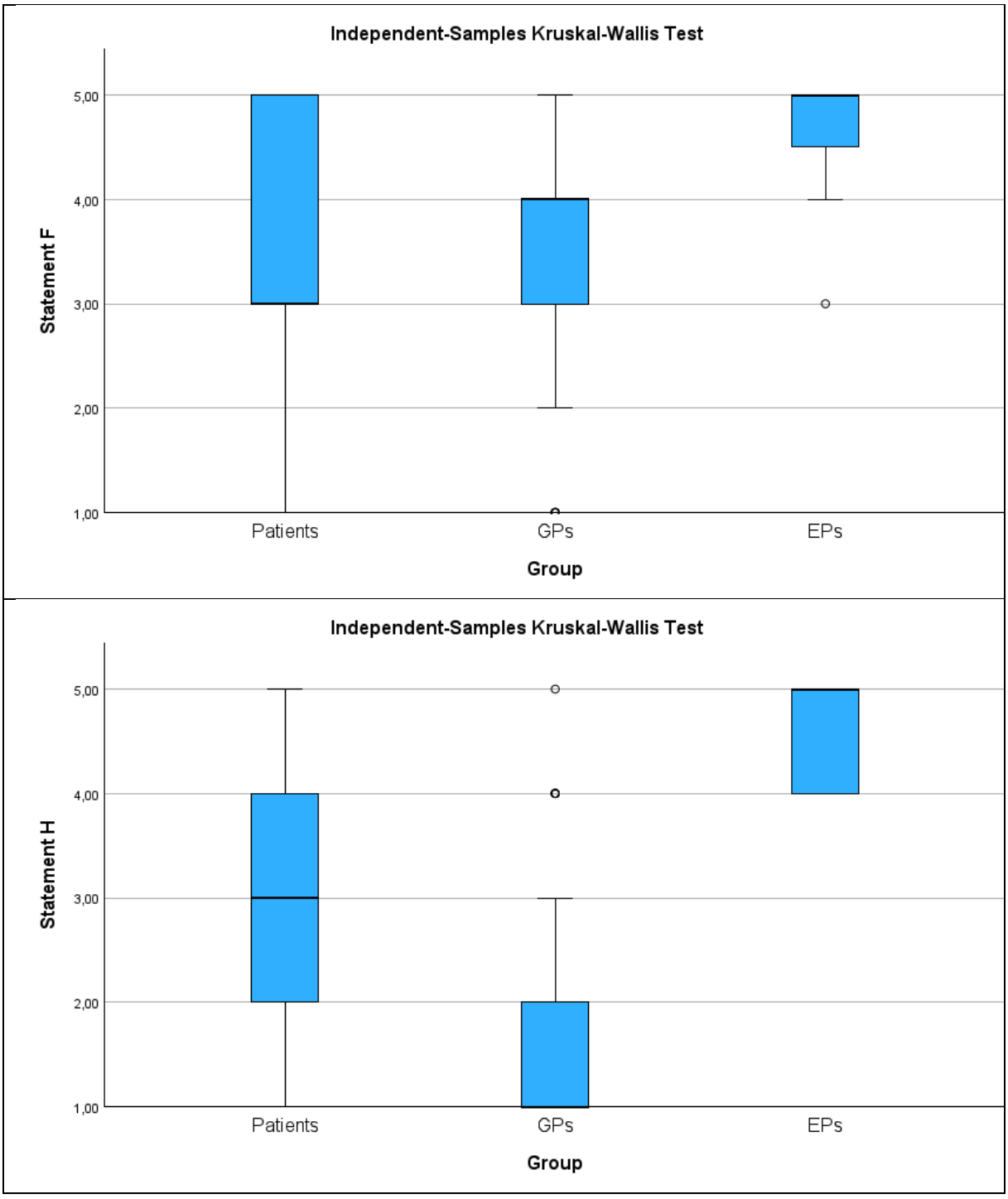
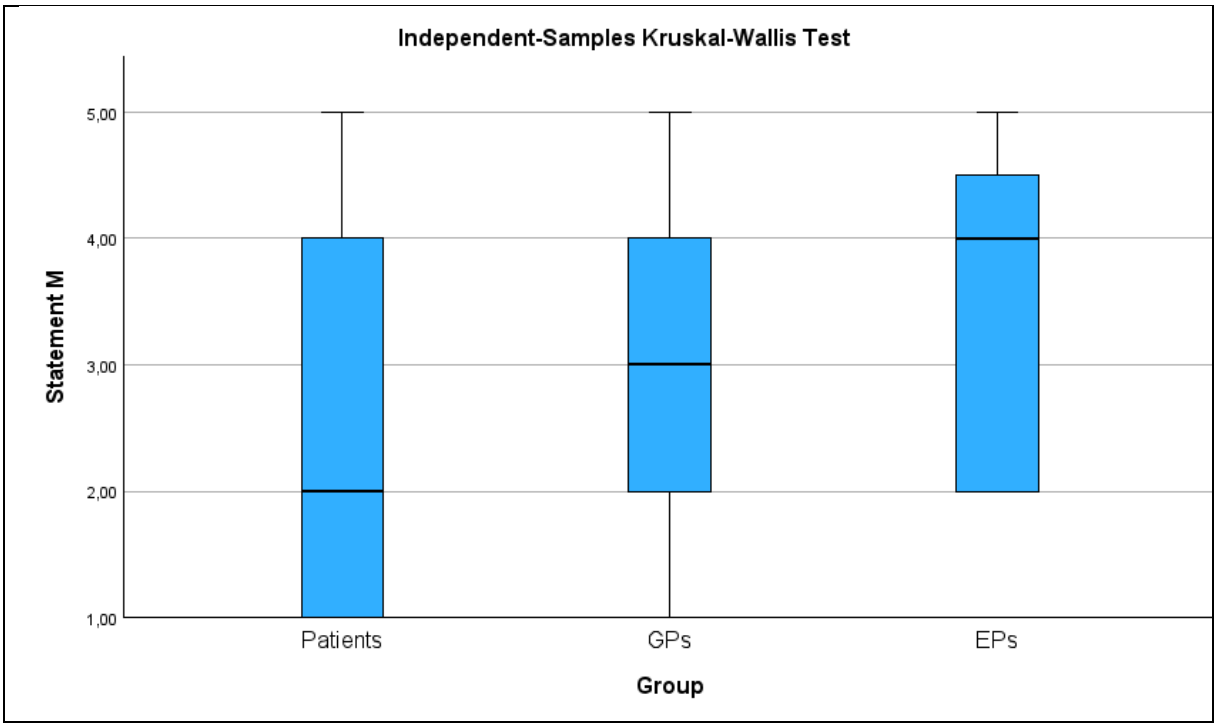


Figure 6: boxplots for statements questioned in the three different groups


Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Statement F
5,00
4,00
3,00
2,00
1,00
Patients
GPs
EPs
Group
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Statement H
5,00
4,00
3,00
2,00
1,00
Patients
GPs
EPs
Group


Independent-Samples Kruskal-Wallis Test
Statement M
5,00
4,00
3,00
2,00
1,00
Patients
GPs
EPs
Group

Attachment 9: approval of the ethics committee

ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Prof. dr. Hilde Philips

FAMPOP

Miss Robin Segers

Project titel: Verschuiving van de planbare zorg naar out-of-hours zorg

Project ID 6004 - Edge n/a - BUN B3002023000198

Datum: 15/01/2024

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 15/01/2024

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Questionnaire	Vragenlijsten masterproef	14/11/2023	1
Insurance	Attest_BA_n_experimenten_2023	14/11/2023	1
CV	CV_Hilde Philips	14/11/2023	1
CV	CV_Veronique Verhoeven	14/11/2023	1
CV	CV_Timen Schenk	14/11/2023	1
CV	CV_Robin Segers	14/11/2023	1
CV	CV_Kato Vandeputte	14/11/2023	1
CV	CV_Jana Goris	14/11/2023	1
GCP	GCP_Veronique Verhoeven	14/11/2023	1
GCP	GCP_Hilde Philips	14/11/2023	1
GCP	GCP_Timen Schenk	14/11/2023	1
GCP	GCP_Robin Segers	14/11/2023	1
GCP	GCP_Kato Vandeputte	14/11/2023	1
GCP	GCP_Jana Gorris	14/11/2023	1
Remarks	EC_Onderzoeksprotocol_versie2_11012024	11/01/2024	2
Remarks	Informatiedocument patiënt_versie2_11012024	11/01/2024	2
Remarks	Informatiedocument artsen_versie2_11012024	11/01/2024	2
Remarks	Toestemmingsformulier artsen_versie2-11012024	11/01/2024	2
Remarks	Toestemmingsformulier patiënten_versie2_11012024	11/01/2024	2

Gelieve rekening te houden met de volgende opmerking:

- Pseudonimiseren gebeurt ahv geslacht en geboortedatum: gelieve de codetabel dan niet aan de onderzoeker te bezorgen, maar deze dient op de wachtdienst te blijven.

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc.

FAGG - Research & development departement, Galileelaan 5/03, 1210 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
prof. dr. Patrick Cras	Physician
mevr. Eva De Backer	Clinical Psychologist
dr. Elyne De Baetselier	Nurse
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
prof. dr. Francois Eyskens	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician
mevr. Inge Michielsens	Legal
dhr. Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Aithne Van den Bossche	Clinical psychologist
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist