Een lokale analyse van de samenwerking tussen de huisartsenwachtpost en de spoedgevallen van de regio Turnhout

Dekkers Bjorn, KU Leuven

Promotor: Nicolas Delvaux, KU Leuven

Co-promotoren: Coursier Patrick, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

Achtergrond:
Een goede samenwerking tussen huisartsenwachtposten en spoedgevallendiensten is essentieel voor de organisatie van out-of-hours zorg. In Vlaanderen bevinden deze diensten zich vaak op dezelfde locatie, wat communicatie en doorverwijzing vergemakkelijkt. In de regio Turnhout is de huisartsenwachtpost echter fysiek gescheiden van het ziekenhuis. De invloed van deze fysieke afstand op samenwerking, triage en patiëntenzorg werd nog nauwelijks onderzocht, zeker niet vanuit het perspectief van het niet-medisch personeel.

Doelstelling:
Deze studie onderzoekt hoe onthaalmedewerkers van de huisartsenwachtpost de samenwerking met de spoedgevallendienst ervaren, en welke invloed de locatie van de wachtpost heeft op de werking en organisatie van zorg.

Methode:
Via kwalitatieve semigestructureerde interviews werden zes onthaalmedewerkers bevraagd, waaronder één uit een wachtpost met co-locatie. De data werden geanalyseerd via thematische codering met aandacht voor vier hoofdthema's: structuur van het zorgsysteem, patiëntengedrag, samenwerking tussen diensten en triage/urgentie-inschatting.

Resultaten:
De locatie van de wachtpost heeft een duidelijke impact op de samenwerking, de toegankelijkheid en de organisatie van triage. Co-locatie faciliteert spontane samenwerking maar leidt ook tot verwarring bij patiënten. In Turnhout, waar gewerkt wordt met een afsprakensysteem en telefonische screening, blijkt de werking gestructureerder maar ook kwetsbaarder bij toenemende drukte. Het gedrag van patiënten, mede beïnvloed door het huisartsentekort en sociaal-economische factoren, leidt tot een verhoogde belasting van de wachtpost. Onthaalmedewerkers voeren geen formele triage uit, maar spelen een belangrijke rol in de initiële urgentie-inschatting. Er leeft sterke behoefte aan uniforme triageprotocollen en meer patiënteneducatie.

Conclusie:
De samenwerking tussen wachtpost en spoed wordt overwegend positief ervaren, maar is sterk afhankelijk van locatie, communicatie en taakafbakening. Structurele hervormingen zoals de invoering van een gemeenschappelijk triagepunt of een betere afstemming via het 1733-systeem kunnen bijdragen aan efficiëntere en patiëntgerichte zorg. Deze studie benadrukt het belang van ook het perspectief van niet-medisch personeel te betrekken bij beleidsvorming in de eerstelijnszorg.

Inhoudsopgave

Abstract ***3***

Inleiding ***5***

Achtergrond **5**

Oriënterende literatuur **5**

Doelstelling **6**

Onderzoeksvraag **6**

Methode ***7***

Onderzoekspopulatie en rekrutering **7**

Dataverzameling **7**

Data-analyse **7**

Ethische overwegingen **8**

Resultaten ***9***

Structuur van het zorgsysteem **9**

Patiëntengedrag en de invloed op de werking van de wachtpost **11**

Samenwerking tussen diensten **13**

Triage en urgentie-inschatting **15**

Discussie ***17***

Interpretatie en terugkoppeling literatuur **17**

Voor- en nadelen van alternatieven en aanpassingen **18**

Evaluatie van de studie **19**

Conclusie ***20***

Bibliografie ***22***

Bijlagen ***23***

Bijlage 1: Interview guideline **23**

Bijlage 2: Codeboom van thematische codes en axiale codes (zonder open codering) **24**

Bijlage 3: gedeeltelijk Excel tablad codering **24**

Bijlage 4: ICF en informatiebrief **26**

Bijlage 5: Ethische commissie goedkeuring **31**

Inleiding

Achtergrond

In het Vlaamse gezondheidszorgsysteem heeft elke patiënt een vaste huisarts, die tijdens de reguliere werkuren instaat voor de eerstelijnszorg. Voor acute, ernstige medische problemen kunnen patiënten zich rechtstreeks wenden tot de spoedgevallendienst van een ziekenhuis. Om de continuïteit van zorg buiten de reguliere werkuren te garanderen en om patiënten met dringende, maar niet levensbedreigende klachten op te vangen, werden in Vlaanderen huisartsenwachtposten opgericht. Deze wachtposten voorzien medische permanentie tijdens avonden, nachten en weekends. Ze spelen een cruciale rol in het filteren van zorgvragen die wel urgent zijn, maar niet noodzakelijk tot de spoedgevallenzorg behoren.

Momenteel zijn er in Vlaanderen 54 huisartsenwachtposten actief (1). Hier werken huisartsen volgens een beurtrolsysteem om patiënten uit een vooraf afgebakende regio verder te helpen. Een essentieel onderdeel van de werking van deze wachtposten is triage. Dit betekent het inschatten van de urgentiegraad van de klacht en het nemen van de beslissing om de patiënt al dan niet door te verwijzen naar de spoedgevallendienst, dan wel om zelf de eerste zorgen toe te dienen of de patiënt te laten wachten op een raadpleging bij de eigen huisarts.

Om die reden is een nauwe samenwerking tussen de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst van cruciaal belang. In veel Vlaamse regio's bevinden beide diensten zich dan ook op dezelfde campus of in hetzelfde gebouw, waardoor snelle communicatie en doorverwijzing mogelijk worden gemaakt.

In de regio Turnhout is de situatie echter anders: de huisartsenwachtpost is hier fysiek gescheiden van het ziekenhuis en bevindt zich op een aparte locatie. Deze wachtpost is verantwoordelijk voor de out-of-hours care van een populatie van ongeveer 220.000 mensen (2). Het is plausibel dat deze fysieke afstand invloed heeft op de werking van de wachtpost, met mogelijke gevolgen voor de samenwerking met de spoedgevallendienst, de doorverwijzingspraktijk en het gedrag van patiënten.

Oriënterende literatuur

Om de nood van de studie te bevestigen, werd er via pubmed gezocht naar systematic reviews rond wachtpostgeneeskunde. Als zoektermen werden "out-of-hours-care", "primary care" en "wachtpost" gebruikt. Dit leverde enkele relevante studies op.

Eerdere studies in Europa rond 'out-of-hours-care' tonen een trend dat er meer en meer huisartsenwachtposten ontstaan en deze tot gevolg hebben dat de contacten op de spoedgevallen hierdoor verminderden. Het aantal out-of-hours contacten wordt door de oprichting van deze wachtposten echter verhoogd. (3)(4)

In de databank van het ICHO vinden we ook enkele studies rond dit onderwerp, maar deze focussen vooral op de ervaringen en meningen van huisartsen, spoedartsen en patiënten. Hieruit bleek dat de meeste artsen een co-locatie verkiezen (5)(6). Ook patiënten geven aan dat een co-locatie te verkiezen is aangezien er dan minder onzekerheid over de locatie is bij hun hulpvraag (7). Nochtans bestaat een huisartsenwachtpost uit meer dan enkel medisch personeel. Ook onthaalmedewerkers, chauffeurs en andere ondersteunende medewerkers maken integraal deel uit van het functioneren van de wachtpost.

Doelstelling

Het doel van deze studie is om mogelijke knelpunten en bepalende factoren in kaart te brengen die een impact hebben op de werking van de wachtpost. Om dit te realiseren, worden verschillende aspecten onderzocht, waaronder patiëntengedrag, organisatorische en structurele kenmerken van de dienst, en de rol van triage in het zorgproces. Door deze elementen te analyseren, tracht het onderzoek bij te dragen aan een beter begrip van de dynamiek tussen de huisarstenwachtpost en de spoedgevallendienst, met het oog op het verbeteren van de samenwerking en de efficiëntie van de zorgverlening.

Deze masterproef kiest bewust voor een alternatieve invalshoek door de focus te richten op het niet-medisch personeel, en meer bepaald op de onthaalmedewerkers van de huisartsenwachtpost. Vanwege de woonachtigheid en werkzaamheid, zowel tijdens de jaren in opleiding en in de toekomst van de onderzoeker, werd er gekozen voor een lokale analyse bij de regio van Turnhout.

Onderzoeksvraag

Centraal in deze masterproef staat de volgende onderzoeksvraag:
“Hoe ervaren onthaalmedewerkers van de huisartsenwachtpost de samenwerking met de spoedgevallendienst?”

Om deze hoofdvraag te beantwoorden, worden drie deelvragen geformuleerd:

1. Welke factoren beïnvloeden deze samenwerking?
2. Welke rol speelt triage in de interactie tussen beide diensten?
3. Wat is de invloed van de fysieke locatie van de wachtpost op de samenwerking?

Methode

Deze studie maakt gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode, met als doel het verkrijgen van diepgaand inzicht in de ervaringen en percepties van onthaalmedewerkers van huisartsenwachtposten. De focus ligt hierbij op de thema's triage**,** samenwerking met de spoedgevallendienst, en de invloed van de fysieke locatie van de wachtpost op deze processen.

Onderzoekspopulatie en rekrutering

Deelnemers werden gerekruteerd via een rekruteringsmail, die in eerste instantie werd verstuurd naar de verantwoordelijke van de betrokken huisartsenwachtposten. Na toestemming van deze verantwoordelijke werd de uitnodiging vervolgens gedeeld met het onthaalpersoneel. De inclusiecriteria waren: (1) minstens één jaar werkzaam binnen een huisartsenwachtpost als onthaalmedewerker, en (2) leeftijd van 18 jaar of ouder.

Na het verstrekken van de nodige informatie over het onderzoeksdoel en -verloop, werd voldoende bedenktijd voorzien. Pas na het geven van geïnformeerde toestemming (informed consent) gingen de deelnemers over tot deelname aan het interview.

Dataverzameling

Er werd gekozen voor semi-gestructureerde interviews aan de hand van een vooraf opgestelde interviewleidraad (interview guide), die voornamelijk gericht was op de perceptie van triage, de samenwerking met spoedgevallen, en de invloed van de locatie van de wachtpost op deze samenwerking. De interviews werden afgenomen op een moment en plaats naar keuze van de deelnemer, hetzij fysiek, hetzij via Microsoft Teams.

Alle interviews werden opgenomen met een voicerecorder, met expliciete toestemming van de respondent. De audiobestanden werden nadien letterlijk getranscribeerd. Direct na transcriptie werden de audio-opnamen verwijderd. In de transcripties werden alle identificerende gegevens gepseudonimiseerd, waarbij gebruik werd gemaakt van een gecodeerde identificatie. Het sleuteldocument met de originele identiteit werd enkel bijgehouden door de onderzoeker en veilig opgeslagen op een OneDrive-account van KU Leuven, beveiligd met tweestapsverificatie.

Data-analyse

De transcripten werden geanalyseerd aan de hand van een thematische codering. Fragmenten van waarde werden uit de interviews geselecteerd en verbonden aan een open codering. Voor elke open codering werd vervolgens een axiale code toegevoegd en tenslotte een thematische code. Deze analyse werd uitgevoerd met het oog op het identificeren van terugkerende thema's, patronen en onderliggende betekenissen in de data. Er werd

gestreefd naar theoretische dataverzadiging: de interviews werden afgenomen tot het punt waarop nieuwe data geen wezenlijke nieuwe inzichten of thema's meer opleverden.

Hoewel de steekproef relatief beperkt bleef in omvang, werd gestreefd naar maximale variatie binnen de respondentenpopulatie, om zo een zo breed mogelijk spectrum aan ervaringen en contexten binnen huisartsenwachtposten te capteren. Op deze manier kunnen ook binnen een kleinere steekproef robuuste en betekenisvolle inzichten worden gegenereerd.

Ethische overwegingen

Dit onderzoek werd uitgevoerd met inachtneming van de geldende ethische richtlijnen voor kwalitatief onderzoek. Er werd zorgvuldig omgegaan met persoonsgegevens, en maatregelen werden getroffen om de vertrouwelijkheid en privacy van deelnemers te waarborgen. Desondanks blijft er steeds een minimaal risico bestaan op schending van de vertrouwelijkheid, bijvoorbeeld door hacking. De gebruikte opslagmethoden (KU Leuven OneDrive met tweestapsverificatie) minimaliseren dit risico echter aanzienlijk. Ethische goedkeuring werd verkregen door de ethische commissie van het UZ/KU Leuven (zie bijlage 5).

Resultaten

Na het versturen van de rekruteringsmail, werden er zes interviews uitgevoerd. De interviews varieerden van 30 min tot 60 min. Één van de interviews gebeurde in een wachtpost met co-locatie bij de spoedgevallen. De resterende vijf interviews gebeurden bij onthaalpersoneel van de wachtpost van Turnhout waarbij de wachtpost op het moment van het onderzoek zich op een aparte locatie bevindt.

Tijdens de interviews kwamen er vier grote thema's aan bod. Deze thema's zijn: Structuur van de zorg, Patiëntengedrag, Samenwerking tussen diensten, Triage en urgentie-inschatting (Tabel 1). Deze thema's zijn vaak in overlap met elkaar en het is moeilijk om hier een duidelijk onderscheid in te maken. We bespreken elk thema kort hier onder.

# VOORKOMEN VAN THEMA'S BINNEN DE INTERVIEWS	**WACHTPOST MET CO-LOCATIE (1INTERVIEW)**	**WACHTPOST OP ANDERE LOCATIE (5 INTERVIEWS)**
STRUCTUUR VAN DE ZORG	9	31
PATIËNTENGEDRAG	7	30
SAMENWERKING TUSSEN DIENSTEN	9	22
TRIAGE EN URGENTIE-INSCHATTING	12	44

(Tabel 1: voorkomen thematische codes)

Structuur van het zorgsysteem

Binnen de interviews kwam naar voren dat de organisatie en structuur van de wachtpost een grote invloed hebben op de werking en toegankelijkheid van de zorg. Vier axiale codes werden binnen dit thema besproken: de taken van het onthaalpersoneel, de algemene organisatie en structuur van de wachtposten, de toegankelijkheid van de zorg**,** en de invloed van de locatie van de wachtpost**.**

Er werden twee verschillende types van wachtposten besproken: een co-gelegen wachtpost op de spoedgevallendienst en een wachtpost met een aparte locatie. Deze twee modellen vertonen significante verschillen in hun dagelijkse werking. De wachtpost op co-locatie is enkel actief in het weekend en werkt met een vrije inloop om patiënten te verzorgen. In Turnhout daarentegen is de wachtpost elke avond geopend van 18u tot 08u en maakt men gebruik van een afsprakensysteem.Deze verschillen in organisatie hebben een duidelijke impact op het verloop van de zorg. Zo wordt in Turnhout elke patiënt geacht eerst telefonisch contact op te nemen, waarna op basis van de aard van de klachten een afspraak

wordt ingepland. Dit systeem biedt volgens het personeel verschillende voordelen, waaronder een meer gestructureerde patiëntenstroom en een betere werkverdeling. Tegelijkertijd wordt erkend dat deze structuur enkel werkbaar blijft zolang de druk beheersbaar blijft. Verschillende medewerkers gaven aan dat bij een mogelijke verhuis naar een co-locatie de toestroom aan patiënten zou toenemen, met als gevolg dat het huidige afsprakensysteem mogelijk zou wegvallen.

De inhoud en complexiteit van de onthaalfunctie varieert sterk per locatie. In de co-locatie zijn de taken van het onthaal eerder administratief van aard. Men registreert patiënten en controleert of ze behoren tot de aangesloten regio. Personen van buiten deze regio worden terugverwezen naar hun eigen wachtpost. Er wordt geen formele triage uitgevoerd, maar via camerabewaking in de wachtzaal houdt men een oogje in het zeil. Het onthaalpersoneel is opgeleid in EHBO om snel in te kunnen grijpen indien nodig.
In Turnhout is de onthaalfunctie uitgebreider. Naast administratie en telefonie voert het onthaalpersoneel een eerste telefonische triage uit. Hierbij wordt beoordeeld of er sprake is van een urgente situatie die onmiddellijke medische aandacht vereist, of dat de patiënt een reguliere afspraak kan krijgen. Deze eerste inschatting is cruciaal voor een efficiënte zorgverlening, zeker gezien de hoge werkdruk. De noodzaak van deze taak wordt des te urgenter sinds de recente afschaffing van de nomenclatuur voor telefonische adviezen. Hierdoor moeten meer patiënten fysiek op consultatie komen, wat de druk op zowel onthaal als artsen aanzienlijk verhoogt. Het onthaalpersoneel gaf aan deze beleidswijziging als contraproductief te ervaren.

Een ander opvallend thema dat uit de interviews naar voren kwam, is de hoge toegankelijkheid van de wachtpost. De drempel om contact op te nemen met de wachtdienst blijkt voor veel mensen lager te liggen dan bij de eigen huisarts. Dit is onder andere te verklaren door de bereikbaarheid van de wachtpost, de mogelijkheid tot een huisbezoek, en het feit dat de kostprijs vaak als lager wordt ervaren. Sommige patiënten, vooral sociaal kwetsbaren, verkiezen hierdoor de wachtpost boven hun eigen huisarts. Deze hoge toegankelijkheid heeft echter ook een keerzijde: bepaalde patiënten maken misbruik van de dienst, wat de werklast voor het personeel verhoogt en leidt tot extra belasting van de zorg.

De fysieke locatie van de wachtpost blijkt eveneens een belangrijke factor te zijn. In Turnhout, waar de wachtpost zich op een aparte locatie bevindt, zijn er regelmatig problemen met de vindbaarheid van de ingang. Het komt zelfs voor dat het onthaalpersoneel mensen buiten moet opzoeken. Bij co-locatie is dit probleem kleiner, aangezien de locatie op een spoedgevallendienst makkelijker te vinden is.

Daarnaast speelt het huisartsentekort een significante rol. Bij de wachtpost op co-locatie merken ze vooral in de winter hierdoor een sterke drukte waardoor, met het vrije inloop systeem, de wachttijden niet uitzonderlijk kunnen oplopen tot meer dan 2 uur. Ook in

Turnhout is dit effect heel duidelijk voelbaar. Door de week worden veel patiënten geholpen die geen vaste huisarts hebben, wat volgens het onthaalpersoneel voor een permanente drukte zorgt. Deze patiëntenpopulatie bestaat grotendeels uit allochtonen, ouderen en mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Tijdens het weekend komt daar nog de klassieke wachtdienstproblematiek bij van patiënten die om medische redenen hun huisarts niet kunnen afwachten.

Tot slot werd ook verwezen naar mogelijke structurele hervormingen die de werking van de wachtpost kunnen verbeteren. Een vaak geopperd voorstel is het gelijktrekken van het betalingssysteem tussen huisartsenpraktijken en de wachtpost, bijvoorbeeld door overal de derdebetalersregeling toe te passen of net nergens. Volgens het personeel zou dit een einde kunnen maken aan de perceptie dat de wachtpost goedkoper is dan de eigen huisarts en zodoende bijdragen aan een meer evenwichtige patiëntenverdeling.

Patiëntengedrag en de invloed op de werking van de wachtpost

Het gedrag van patiënten vormt een cruciale factor in de algemene werking van de huisartsenwachtpost. Uit alle afgenomen interviews blijkt dat patiëntengedrag systematisch aan bod komt, waarbij verschillende terugkerende thema's naar voren kwamen: patiënteneducatie, misbruik van de wachtpost, sociaal-economische invloed, invloed van de locatie van de wachtpost en samenwerking tussen diensten.

Patiënteneducatie kwam naar voren als het meest besproken thema. Het informeren van patiënten over het doel en de werking van de wachtpost, evenals over het correcte gebruik van de eigen huisarts, blijkt essentieel. Uit de interviews blijkt dat veel patiënten onvoldoende op de hoogte zijn van wanneer en hoe ze contact moeten opnemen met de eigen huisarts of de wachtpost. Zo consulteren zij vaak enkel de online agenda van hun huisarts en nemen geen telefonisch contact op om na te gaan of er toch nog een afspraak mogelijk is. Er bestaat dus een duidelijke nood aan gerichte educatie.

Via de wachtpost wordt deze educatie op verschillende manieren aangeboden: mondeling via telefoon, door middel van flyers, via het antwoordapparaat en persoonlijk bij een bezoek aan de wachtpost. Beide locaties vermelden ook het belang van online tools, zoals websites en voorafgaande vragenlijsten, al blijkt uit de praktijk dat patiënten deze nog weinig benutten. Patiënten worden hierop aangesproken, aangezien het gebruik van deze middelen kan bijdragen aan een efficiëntere triage. De wachtpost is immers bedoeld voor semi-urgente gevallen – situaties die niet kunnen wachten tot de eigen huisarts beschikbaar is – en niet voor routinevragen of administratieve formaliteiten. Een andere opvallende vaststelling betreft de onzekerheid van patiënten, vooral bij jonge gezinnen met kleine kinderen. Deze onzekerheid leidt vaak tot vroegtijdig contact met de wachtpost, ook bij niet-dringende klachten. Hoewel begrijpelijk, draagt dit bij aan een verhoogde belasting van de

dienst. Een minimale educatie over de gezondheid van een kind kan hierbij reeds een verschil maken.

Een tweede belangrijke thematiek is het misbruik van de wachtpost. In elk interview worden gevallen beschreven waarin patiënten hun klachten als urgenter voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn, in de hoop sneller geholpen te worden. Daarnaast worden afspraken gemaakt voor louter administratieve doeleinden, zonder voorafgaand contact met de eigen huisarts aangezien dit niet past in de planning van de patiënt. Een meer zorgwekkende vorm van misbruik betreft het zogenaamde "shoppinggedrag": patiënten contacteren meerdere wachtposten op zoek naar voorschriften voor verslavende medicatie. Dit fenomeen wijst op het belang van een betere samenwerking tussen wachtposten en andere zorgdiensten, evenals een goede registratie en informatiedeling.

De locatie van de wachtpost kwam als beïnvloedende factor aan bod bij het gedrag van patiënten. Zowel bij co-locatie als bij een aparte locatie wordt aangegeven dat patiënten vaker rechtstreeks naar de spoeddienst gaan, ook wanneer hun klachten op de wachtpost behandeld kunnen worden. Bij een co-locatie worden deze patiënten echter sneller en gemakkelijker terugverwezen naar de wachtpost, terwijl dat bij een aparte locatie volgens het onthaalpersoneel veel minder gebeurt. In één interview werd veronderstelt dat bij co-locatie de patënten nog makkelijker de spoedgevallen zouden consulteren aangezien ze toch al op deze locatie zijn. Dit onderstreept het belang van een directe samenwerking tussen spoedafdelingen en wachtposten. Dit wordt verder geanalyseerd in een volgend thema.

In de interviews met medewerkers van de wachtpost in Turnhout wordt bovendien nadrukkelijk gesproken over een sociaal-economische invloed**.** Er wordt aangegeven dat een aanzienlijk groter aandeel van de bezoekers recht heeft op verhoogde tegemoetkoming in vergelijking met de populatie in een doorsnee huisartsenpraktijk. Het onthaalpersoneel vermoedt dat veel patiënten de wachtpost prefereren omdat zij denken dat de financiële drempel daar lager ligt. Dit vanwege het ‘derdebetalers systeem’ dat daar wordt toegepast. Daarnaast merkt men op dat er opvallend meer ‘sociale gevallen’, allochtonen, jonge gezinnen en ouderen aanwezig zijn. Binnen deze allochtone populatie wordt bovendien vaak een taalbarrière vastgesteld: veel patiënten spreken noch Nederlands noch Engels. Deze groep overlapt sterk met patiënten zonder vaste huisarts in de regio Turnhout, wat de druk op de wachtpost verder verhoogt.

Samenvattend tonen de interviews aan dat patiëntengedrag een multidimensioneel en doorslaggevend element is in de werking van de huisartsenwachtpost. Zowel educatie, misbruik, sociaal-economische factoren, locatie als samenwerking tussen diensten zijn bepalende componenten die onderling sterk verweven zijn. Gerichte educatie over het juist gebruik van het zorgsysteem en structurele samenwerking kunnen bijdragen aan een efficiëntere en meer gepaste inzet van de wachtposten.

Samenwerking tussen diensten

Binnen het thema samenwerking tussen diensten kwamen de axiale codes praktische verwijzing, de invloed van de locatie van de wachtpost en communicatie tussen diensten naar voren. Deze aspecten spelen een cruciale rol in de organisatie van zorg en de ervaring van zowel patiënten als zorgverleners.

Een belangrijk verschil in samenwerking wordt waargenomen tussen de wachtpost op co-locatie en die in Turnhout op een verschillende locatie. In de wachtpost op co-locatie blijkt de fysieke nabijheid tot de spoeddienst van het ziekenhuis een voordeel te zijn. Het onthaalpersoneel neemt regelmatig telefonisch contact op met de spoedafdeling om patiënten aan te kondigen die doorverwezen worden. Op die manier is men op spoed op de hoogte en wordt vermeden dat patiënten opnieuw teruggestuurd worden naar de wachtpost. Er is eveneens een bestaande afspraak waarbij bij een onwel worden van een patiënt, de REA-nummer van het nabije ziekenhuis wordt gebeld, waarna hulp onmiddellijk wordt toegediend. Dit duidt op een goed georganiseerde samenwerking en een korte communicatielijn tussen beide diensten. Spoeddiensten reageren doorgaans ook sneller op patiënten die via deze weg worden aangemeld. Hoewel de communicatie in omgekeerde richting – van spoed naar wachtpost – minder frequent voorkomt, wordt deze samenwerking als positief ervaren.

Toch zijn er ook knelpunten. Zo komt het voor dat patiënten bij de wachtpost worden geweigerd of uitgesteld wegens niet-urgente klachten, waarna zij alsnog naar de spoed gaan. Daarbij geven sommige patiënten foutief aan dat ze effectief door de wachtpost zijn doorgestuurd. Dergelijke situaties veroorzaken frustraties bij de spoeddienst, die het gevoel hebben onnodig belast te worden. Dit illustreert het belang van duidelijke communicatie en uniforme afspraken over verwijzingen. Het opstellen van gedeelde protocollen kan bijdragen aan het vermijden van misverstanden tussen de wachtpost, spoedgevallen en de patiënt.

De co-locatie van diensten heeft niet enkel praktische voordelen, maar roept ook bepaalde verwachtingen op bij patiënten. Door de fysieke nabijheid ontstaat de indruk dat beide diensten deel uitmaken van één zorgsysteem, terwijl het in werkelijkheid om aparte entiteiten gaat. Zo heeft de wachtpost geen toegang tot het medisch dossier van het ziekenhuis en is er geen directe integratie van systemen. Toch zorgt de co-locatie voor een drempelverlagend effect: patiënten kunnen makkelijker doorverwezen worden en er is een gevoel van veiligheid bij het beschikken over nabije gespecialiseerde zorg.

In Turnhout, waar de wachtpost zich op een aparte locatie bevindt, is de communicatie tussen diensten minder frequent. Het onthaalpersoneel geeft aan dat patiënten bij het maken van een afspraak soms zelf vermelden dat ze zijn doorgestuurd door de spoed, maar directe communicatie tussen de diensten komt minder voor. Men gaat er van uit dat indien medische informatie belangrijk is, de artsen onderling contact zullen opnemen. Soms belt

het onthaal de spoed wel op voor praktische redenen, maar dit gebeurt dan zonder medische informatie. Patiënten ontvangen wel steeds een verwijsbrief van de arts wanneer zij worden doorverwezen.

Wat betreft de aard van de klachten, wordt er opgemerkt dat spoeddiensten vaker geconfronteerd worden met patiënten die eigenlijk op de wachtpost thuishoren, eerder dan omgekeerd. Patiënten lijken sneller de ernst van hun klachten te overschatten en kiezen daarom vaker voor de spoed. Wanneer een wachtpost in co-locatie zou worden geplaatst, vreest het onthaalpersoneel dat deze verwarring kan toenemen. Zonder duidelijke communicatie en signalisatie zullen patiënten mogelijk rechtstreeks naar de spoed stappen, denkende dat de diensten één geheel vormen. Een heldere scheiding in communicatie naar de patiënt toe lijkt dus essentieel volgens de interviews.

Tijdens de interviews werden enkele potentiële voordelen van co-locatie onderstreept. Er zou sprake zijn van een efficiëntere doorverwijzing en een verhoogde toegankelijkheid. Sommige respondenten verwachten bovendien dat de werkdruk op de wachtpost zal afnemen, aangezien patiënten mogelijk sneller geneigd zullen zijn om zich tot de spoed te wenden als zij zich reeds in het ziekenhuis bevinden. Anderen stellen net het tegenovergestelde: dat de aanwezigheid van beide diensten op één locatie zal zorgen voor een grotere toestroom naar de wachtpost, wat de drukte zou kunnen verhogen.

Een duidelijk gedeelde aanbeveling uit de interviews is het belang van een initieel telefonisch contact. Een dergelijk systeem zou reeds een eerste triage mogelijk maken en de patiënt meteen naar de juiste dienst kunnen verwijzen. Dit aspect komt verder aan bod in het volgende thema.

Het telefonische contact is in Turnhout reeds ingeburgerd en wordt gezien als een voordeel van de aparte locatie. Zo kan het onthaal bij vermoeden van pathologieën waarvoor de wachtpost niet is uitgerust – zoals fracturen waarvoor beeldvorming nodig is – reeds bij de telefonische screening aanraden om zich tot de spoed te wenden. Het onthaalpersoneel verwijst enkel naar de spoed voor deze praktische zaken, nooit omwille van een medische reden. In geval van twijfel rond een patiënt zijn volgende stap, wordt steeds een arts ingeschakeld om de verantwoordelijkheid van de verwijzing te dragen.

Samenvattend kan gesteld worden dat samenwerking tussen wachtpost en spoeddienst essentieel is om de zorg toegankelijk en efficiënt te houden. Co-locatie kan hierbij voordelen bieden in termen van doorverwijzing en communicatie, maar vereist duidelijke afspraken en communicatie om verwarring en misbruik te voorkomen. Onafhankelijk van de locatie van de wachtpost werd de huidige samenwerking door alle deelnemers wel als vlot en aangenaam ervaren.

Triage en urgentie-inschatting

Een belangrijk thema dat in de interviews sterk naar voren kwam, is de manier waarop triage wordt uitgevoerd en de invloed van de locatie van de wachtpost op dit proces. Dit aspect blijkt een cruciale rol te spelen, niet alleen in de organisatie van de zorg, maar ook in de samenwerking tussen diensten en het stroomlijnen van het zorgtraject voor de patiënt.

Een eerste onderscheid dat hierbij moet worden gemaakt, is dat tussen *triage* en *urgentie-inschatting*. Triage houdt het systematisch classificeren van de urgentiegraad van een patiënt in, met daaraan gekoppelde concrete opvolging, en wordt doorgaans uitgevoerd door een arts of verpleegkundige. Urgentie-inschatting daarentegen betreft de initiële beoordeling of een patiënt al dan niet onmiddellijk medische aandacht nodig heeft. Deze inschatting gebeurt doorgaans door onthaalpersoneel tijdens het eerste telefonisch contact. Hoewel dit onderscheid in theorie duidelijk is, werd tijdens de interviews opgemerkt dat beide termen in de praktijk vaak door elkaar worden gebruikt, wat kan leiden tot verwarring over rollen en verantwoordelijkheden.

Alle deelnemers gaven aan dat zij zich beperken tot het maken van een eerste urgentie-inschatting en zich niet bezighouden met daadwerkelijke triage, hoewel het in de praktijk vaak wel zo benoemd wordt. Concreet houdt dit in dat het onthaalpersoneel beoordeelt of een patiënt een afspraak kan krijgen, dan wel onmiddellijk met een arts moet spreken. Bij twijfel wordt steeds een arts telefonisch ingeschakeld, zodat er toch een vorm van klinische beoordeling plaatsvindt. Deze aanpak wordt als essentieel beschouwd om overbelasting van de wachtpost te vermijden. Er leeft bij het personeel immers de overtuiging dat een aanzienlijk deel van de telefonische oproepen betrekking heeft op eerder banale klachten die eigenlijk geen onmiddellijke medische aandacht vereisen en dus eerder bij de eigen huisarts gezien kunnen worden.

Om deze initiële inschatting te ondersteunen, wordt er gebruik gemaakt van verschillend tools voor triage. Zo maken beide wachtposten gebruik van protocollen waarin specifieke klachten en symptomen opgelijst zijn die aanleiding geven tot onmiddellijke doorverwijzing naar een arts. Deze protocollen fungeren als een eerste tool voor urgentie-inschatting. Daarnaast worden digitale tools ingezet, zoals de website *moetiknaardedokter.be*, die op basis van enkele vragen een eerste advies geeft over de urgentie van de klachten. Patiënten wordt aangeraden deze in te vullen vóór ze contact opnemen met de wachtpost. Deze digitale triage helpt om patiënten beter te oriënteren en kan zo de telefonische druk op het onthaal verlichten.

In Turnhout wordt recent ook het *1733-systeem* gebruikt, een centraal triagenummer dat beoogt een eerste urgentie-inschatting te maken vóór contact met de wachtpost. Hoewel het personeel hier nog niet volledig mee vertrouwd is, zijn de reacties overwegend positief. Sommigen blijven sceptisch over de doeltreffendheid van telefonische triage, aangezien non-

verbale signalen ontbreken, maar over het algemeen wordt verwacht dat dit systeem de werklast aan het onthaal zal verlichten.

Ondanks het bestaan van protocollen en digitale ondersteuning blijft ook het *niet-pluisgevoel* van het onthaalpersoneel een bepalende factor in hun handelen. In geval van twijfel of een onbestemd gevoel bij een patiënt, wordt steevast een arts geraadpleegd. Dit gevoel, dat voortkomt uit ervaring en intuïtie, wordt als waardevol beschouwd, maar komt moeilijk aan bod in gestandaardiseerde systemen zoals 1733. Sommige deelnemers uiten dan ook hun bezorgdheid dat deze systemen onvoldoende rekening houden met dit belangrijke menselijke aspect.

De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor triage blijft in alle gevallen bij de arts. Zelfs onthaalmedewerkers met een verpleegkundige achtergrond worden geacht deze rol niet op zich te nemen. Er is duidelijk behoefte aan een betere taakafbakening en structurele ondersteuning van de eerste urgentie-inschatting, zodat de juiste patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terechtkomt, zonder extra belasting voor het onthaalpersoneel.

Een terugkerend idee in de interviews is het nut van een gemeenschappelijk triagepunt, vooral in het kader van co-locatie. Verschillende deelnemers geven aan dat het zogenaamde "pingpong-effect" – waarbij patiënten van de ene dienst naar de andere worden doorgestuurd – zeer frustrerend is. Patiënten weten vaak niet waar ze zich precies moeten aanmelden. Een centraal aanmeldpunt waar triage plaatsvindt voor zowel de wachtpost als de spoedgevallen zou dit kunnen verhelpen. De voorkeur gaat hierbij uit naar triage door een verpleegkundige, aangezien onthaalpersoneel zich onvoldoende gekwalificeerd voelt om deze verantwoordelijkheid op zich te nemen.

Discussie

Deze studie bracht via interviews met onthaalmedewerkers een aantal structurele en praktische uitdagingen in kaart in verband met de samenwerking tussen huisartsenwachtposten en spoeddiensten. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen geïnterpreteerd aan de hand van bestaande literatuur, worden mogelijke alternatieven en aanpassingen besproken, en wordt een kritische reflectie gemaakt op het onderzoeksproces zelf.

Interpretatie en terugkoppeling literatuur

Alle deelnemers gaven aan dat de wachtpost als relatief druk wordt ervaren. De meerderheid wijt deze drukte aan de hoge toegankelijkheid van de dienst en de lage kostprijs voor de patiënt, wat mogelijk drempelverlagend werkt voor het raadplegen van de wachtdienst. Daarnaast speelt het huisartsentekort in de regio Turnhout een significante rol in het verhogen van de werklast op de wachtpost. Patiënten die overdag moeilijk terechtkunnen bij een eigen huisarts, wenden zich sneller tot de wachtdienst, ook bij minder dringende klachten. Om de instroom beter te reguleren en de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen, is er nood aan duidelijke en uniforme afspraken over de financiële regeling tussen huisartsen uit de regio en de wachtpost. Een eenduidige aanpak kan mogelijk onnodige consultaties beperken en het systeem beter laten functioneren.

Verder blijkt patiënteneducatie een cruciale factor. Het informeren van patiënten over het correcte gebruik van de wachtdienst, de structuur van het Belgische zorgsysteem en de rol van de huisarts daarin, kan bijdragen aan een meer doeltreffend gebruik van de beschikbare zorgcapaciteit. Heldere communicatie, ondersteund door sensibiliseringscampagnes, kan helpen om het aantal niet-urgente contacten te reduceren en zo de druk op de wachtpost te verlichten (6).

Uit de resultaten blijkt dat de samenwerking tussen huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst over het algemeen als vlot wordt ervaren, ondanks een aantal structurele beperkingen. Deze subjectieve ervaring van vlotheid lijkt vooral voort te komen uit korte communicatielijnen, goede onderlinge verstandhoudingen en de bereidheid om flexibel met elkaar mee te denken. Doch denkt de meerderheid van het onthaalpersoneel dat een co-locatie van huisartsenwachtpost en spoedgevallen een meerwaarde zou zijn. Deze resultaten komen overeen met bevindingen van vorige studies (5,6).

Echter, op inhoudelijk en structureel vlak zijn er duidelijke verbeterpunten. De communicatie verloopt vaak via indirecte kanalen zoals via verwijsbrief, wat de kans op miscommunicatie verhoogt en de continuïteit van zorg kan ondermijnen. Daarnaast blijkt dat termen als ‘triage’ en ‘urgentie-inschatting’ in de praktijk door elkaar worden gebruikt, wat wijst op een

gebrek aan eenduidigheid in taakverdeling. De literatuur benadrukt nochtans het belang van duidelijke rolafbakening in multidisciplinaire settings (8).

De locatie van de wachtpost blijkt een invloed te hebben op de samenwerking. Co-locatie wordt als positief ervaren omdat het fysieke nabijheid creëert, waardoor overleg spontaner en efficiënter verloopt. In afwezigheid van co-locatie is samenwerking sterk afhankelijk van individueel initiatief en goodwill. Deze bevindingen komen ook overeen met de opgezochte literatuur (5,6,7).

Voor- en nadelen van alternatieven en aanpassingen

Een belangrijk alternatief dat meermaals werd genoemd, is de oprichting van een gemeenschappelijk triagepunt. Dit zou de patiënt beter oriënteren en het veelvuldige heen-en-weer-verwijzen ("pingpong-effect") kunnen voorkomen. Het voornaamste voordeel hiervan is de centralisatie van aanmelding en beoordeling, wat de efficiëntie verhoogt en de patiëntgerichtheid verbetert. Echter, een dergelijk systeem vereist de aanwezigheid van voldoende gekwalificeerd personeel (bij voorkeur verpleegkundigen) en een sluitend protocol, wat organisatorisch en financieel niet vanzelfsprekend is.

Ook het bredere gebruik van het 1733-systeem als centraal triagenummer werd naar voren geschoven. Dit systeem zou de werkdruk bij het onthaalpersoneel kunnen verlichten door een eerste preselectie van patiënten. Tegelijkertijd werden bedenkingen geuit over de beperkingen van telefonische triage, vooral het ontbreken van visuele en contextuele informatie. Bovendien kan het systeem moeilijk anticiperen op het niet-pluisgevoel, dat vaak als doorslaggevend wordt ervaren in het vroeg detecteren van ernstige pathologie (9). Het 1733-systeem werd juist geïmplementeerd na het afnemen van de interviews voor deze studie. De meerwaarde van dit systeem zal dus snel merkbaar worden bij het personeel.

Een laatste mogelijke aanpassing is het versterken van het onthaalpersoneel via opleiding en ondersteuning. Hoewel onthaalmedewerkers vaak als eerste een inschatting maken van urgentie, voelen zij zich onvoldoende bevoegd om deze rol formeel op te nemen. Een opleidingstraject met aandacht voor klinisch redeneren en risicodetectie kan hun positie versterken, maar roept vragen op over verantwoordelijkheidsverschuiving en juridische aansprakelijkheid.

De implementatie van aanpassingen zoals een gemeenschappelijk triagepunt of structureel gebruik van 1733 vergt een geïntegreerde aanpak, waarbij zowel organisatorische, personele als financiële aspecten overwogen moeten worden. Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst is daarbij een belangrijke faciliterende factor. In regio's waar co-locatie niet mogelijk is, kan de implementatie van virtuele triage-oplossingen, zoals videoconsulten of gedeelde digitale dossiers, een alternatief vormen.

Daarnaast is het noodzakelijk om via interdisciplinaire werkgroepen duidelijke afspraken te maken over rolverdeling, terminologie en communicatieroutes. De ontwikkeling van gestandaardiseerde maar flexibele protocollen, die ruimte laten voor klinische inschatting, is hierbij essentieel.

Evaluatie van de studie

Deze studie biedt waardevolle inzichten in de praktijk van triage en samenwerking tussen spoed en wachtpost vanuit het perspectief van het onthaalpersoneel. Een belangrijk sterk punt is de kwalitatieve aanpak via semigestructureerde interviews, waardoor diepgaande contextuele informatie werd verzameld. De betrokkenheid van verschillende profielen uit het veld draagt bij aan de rijkdom van de data.

Toch kent deze studie enkele beperkingen. Ten eerste was de steekproefomvang relatief beperkt, onder meer door tijdsdruk en een beperkte responsgraad. Meer deelnemers of meer vergelijkingen met andere wachtposten zou de studie sterker maken. Bovendien betreft het een lokale analyse, waardoor de resultaten mogelijk niet representatief zijn voor andere huisartsenwachtposten of regio's in Vlaanderen.

Een bijkomende beperking is het specifieke perspectief dat werd belicht. De studie focuste voornamelijk op de ervaringen en inzichten van onthaalmedewerkers. Hoewel deze medewerkers een waardevolle kijk bieden op de dagelijkse werking en samenwerking, is hun rol in het zorgproces beperkt. Ze gaven zelf aan dat verdere communicatie en samenwerking doorgaans via de artsen verloopt.

Desalniettemin draagt deze studie, in combinatie met eerdere onderzoeken (5,6,7), bij aan een meer genuanceerd en volledig inzicht in de mogelijke impact van co-locatie van huisartsenwachtposten met spoedgevallendiensten. Door ook het perspectief van onthaalmedewerkers te betrekken, wordt een bredere kijk op de organisatie en samenwerking binnen de acute zorg mogelijk.

Conclusie

Deze kwalitatieve studie biedt een uniek perspectief op de werking van de huisartsenwachtpost, met bijzondere aandacht voor de samenwerking met spoedgevallendiensten en de invloed van de fysieke locatie van de wachtpost. Door te focussen op het vaak onderbelichte perspectief van het onthaalpersoneel, biedt deze studie een waardevolle aanvulling op eerder onderzoek dat zich voornamelijk richtte op artsen en patiënten.

De resultaten tonen aan dat de locatie van de wachtpost een substantiële invloed heeft op zowel de organisatie van zorg als op de samenwerking met andere diensten. Co-locatie met een spoeddienst blijkt de communicatie en doorverwijzing te vergemakkelijken, maar leidt tegelijkertijd tot verwarring bij patiënten over de rolverdeling tussen beide diensten. In regio's zoals Turnhout, waar de wachtpost zich op een aparte locatie bevindt, worden voordelen gezien zoals het initiële telefonische contact en een beter controleerbare toestroom via een afsprakensysteem. Tegelijkertijd zorgt de aparte ligging voor praktische problemen met bereikbaarheid en verhoogt het de drempel voor spontane samenwerking met spoed.

Een ander belangrijk thema is het patiëntengedrag. Uit de interviews blijkt dat de wachtpost vaak wordt geconsulteerd voor niet-dringende klachten, onder meer door de lage financiële drempel, het huisartsentekort, en een gebrekkige kennis van het zorgsysteem. Sociaal kwetsbare groepen en mensen zonder vaste huisarts doen relatief vaker een beroep op de wachtpost. Patiënteneducatie over het zorglandschap en het gepast gebruik van zorgdiensten is dan ook essentieel om de wachtdiensten duurzaam te houden.

Ook triage en urgentie-inschatting kwamen duidelijk naar voren als bepalende factoren in de werking van de wachtpost. Hoewel het onthaalpersoneel geen formele triage uitvoert, speelt hun inschatting bij het eerste contact een belangrijke rol in de patiëntenstroom. De afwezigheid van formele triageprotocollen of professionele ondersteuning wordt ervaren als een risico, zeker gezien de toenemende druk op de dienst. De recente invoering van het 1733-systeem wordt gezien als een veelbelovende stap, al bestaan er nog vragen over de effectiviteit ervan en het gebrek aan ruimte voor klinisch intuïtief handelen.

Op vlak van samenwerking werd algemeen een goede verstandhouding gerapporteerd tussen wachtpost en spoed, maar de communicatie is vaak informeel en afhankelijk van individueel initiatief. Uniforme afspraken en duidelijke rolverdelingen, bijvoorbeeld via een gedeeld triagepunt bij co-locatie, zouden de samenwerking kunnen optimaliseren.

Aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek zijn onder meer:

- het formaliseren van triageprocessen en het versterken van de rol van onthaalmedewerkers via opleiding en ondersteuning;
- het invoeren of verbeteren van patiënteneducatiecampagnes over het gepast gebruik van de wachtpost;
- het onderzoeken van de haalbaarheid van een gemeenschappelijk triagepunt bij co-locatie;
- het verder evalueren van het 1733-systeem op effectiviteit en gebruiksgemak.
- uniformiteit rond betalingen bij de wachtpost en bij de huisarts

Hoewel deze studie een beperkte steekproef heeft en lokaal van aard is, biedt ze relevante inzichten voor beleidsmakers, zorgorganisaties en toekomstige onderzoekers. De resultaten suggereren dat de combinatie van goede organisatie, aangepaste locatie, ondersteunde triage en gerichte educatie de sleutel kan vormen tot een beter functionerende en meer duurzame out-of-hours zorg.

Bibliografie

1. Domus Medica. *Een visueel overzicht van de huisartsenwachtposten* [Internet]. Mechelen: Domus Medica; z.d. [geciteerd op 22 april 2025]. Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/out-of-hours-care/een-visueel-overzicht-van-de-huisartsenwachtposten

2. Huisartsenvereniging regio Turnhout [Internet]. Turnhout: HVRT; z.d. [geciteerd op 22 april 2025]. Beschikbaar op: https://hvrt.be

3. Foster, H., Moffat, K. R., Burns, N., Gannon, M., Macdonald, S., & O'Donnell, C. A (2020). *What do we know about demand, use and outcomes in primary care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature.* BMJ Open, *10*(1), e033481. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033481

4. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. *Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review*. Scand J Prim Health Care. 2011 Dec;29(4):198-209. doi: 10.3109/02813432.2011.629150. PMID: 22126218; PMCID: PMC3308461.

5. Wilms J., Boeve T., Van Criekinge J., Schoenmakers B., *Co-locatie van huisartsenwachtpost en spoeddienst,* Masterproef ICHO, 2020

6. VandenBulcke Z., De Sutter A., *Wat is de betekenis van de lokalisatie van een huisartsenswachtpost op een ziekenhuissite?,* Masterproef ICHO, 2021

7. Joordens P., Schoenmakers B., *Huisartsenwachtpost of spoedgevallendienst: hoe beslist de patiënt?,* Masterproef ICHO, 2019

8. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling GJ, Fiolet HFBM, Crebolder HFJM, van Schayck CP. *The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service.* J Gen Intern Med. 2005;20(7):612–617.

9. Brink GT van den, Luitjes SH, Moors M, Lambooij MS, Timmermans DRM. *Factors influencing clinical decision making of emergency medical services personnel: a qualitative study.* BMC Emerg Med. 2019;19(1):1–9.

Bijlagen

Bijlage 1: Interview guideline

Sectie 1: Algemene Ervaringen en Motivatie

Hoe ervaart u het werk in de huisartsenwachtpost?
Welke aspecten van het werk vindt u het meest uitdagend? En welke aspecten geven u de meeste voldoening?

Sectie 2: Taakomschrijving en Verantwoordelijkheden
Kunt u de kerntaken en verantwoordelijkheden binnen uw functie beschrijven?
Welke specifieke rollen vervult u naast het directe patiëntencontact, zoals administratieve of coördinerende taken?
Zijn er taken die volgens u cruciaal zijn voor het goed functioneren van de wachtpost?
Hoe frequent heeft u rechtstreeks contact met patiënten, en hoe verloopt dit doorgaans?
Hoe verschilt het patiëntencontact van bijvoorbeeld contacten in reguliere huisartspraktijken?

Sectie 3: Patiëntdemografie en Kenmerken
Welke patiëntgroepen maken voornamelijk gebruik van de diensten van de huisartsenwachtpost?
Is er een duidelijk profiel te schetsen op basis van bijvoorbeeld leeftijd, het al dan niet hebben van een vaste huisarts, of andere demografische factoren?
In hoeverre is de sociaal-economische status van patiënten van invloed op hun zorgbehoeften of zorgvraag aan de wachtpost?
Merkt u verschillen in de zorgvragen of verwachtingen tussen verschillende socio-economische groepen?

Sectie 4: Invloed van het Huisartsentekort

Welke invloed heeft het huidige huisartsentekort op de werking en de organisatie van de wachtpost?
Zijn er specifieke momenten waarop het tekort bijzonder merkbaar is, zoals piekuren of tijdens vakanties?
Worden er maatregelen genomen om de gevolgen van het tekort op te vangen?

Sectie 5: Triage en Organisatie van Patiëntenstromen
Kunt u het triageproces binnen de wachtpost toelichten?
Op welke manier wordt de urgentie van klachten vastgesteld? Worden hiervoor specifieke protocollen gevolgd?
Welke contactmethoden worden gebruikt in de wachtpost (bijvoorbeeld telefonisch, walk-in, op afspraak), en wat zijn de voor- en nadelen van elk van deze methoden?
Is er een voorkeur voor een van deze methoden om de zorgkwaliteit en efficiëntie te waarborgen?

Sectie 6: Samenwerking met Spoedgevallendiensten
Hoe verloopt de samenwerking met de spoedgevallendienst?
Kunt u aangeven of er structurele uitdagingen zijn in de samenwerking met spoedeisende hulp, en welke verbeteringen mogelijk zijn?
Wat zijn volgens u de belangrijkste voordelen en nadelen van een aparte wachtpost los van de spoedeisende hulp?
Welke impact heeft dit op de efficiëntie en toegankelijkheid van zorg?
Welke problemen heeft u al meegemaakt om wille van de locatie van de wachtpost?
Hebt u zelf wel eens contact met de spoedgevallen?
In welke setting gebeurt dit contact?

Sectie 7: Toekomstige Veranderingen en Verwachtingen

Welke veranderingen verwacht u na de mogelijke verhuizing van de wachtpost naar de spoedafdeling?
Welke voordelen denkt u dat deze veranderingen met zich mee zullen brengen, zowel voor patiënten als voor het personeel?

Sectie 8: Gebruik en Effectiviteit van Triagenummer 1733
Hoe beoordeelt u het gebruik en de effectiviteit van het nationale triagenummer 1733?
Denkt u dat het gebruik van dit nummer zou moeten worden gestimuleerd, en hoe verloopt het huidige gebruik door patiënten?
Zijn er volgens u specifieke groepen patiënten die vaak het triagenummer gebruiken, of juist niet?
Is er binnen de wachtpost een strategie om het gebruik van dit nummer te bevorderen?

Bijlage 2: Codeboom van thematische codes en axiale codes (zonder open codering)

1. Structuur van de zorg
    1.1. Toegankelijkheid van de zorg (18x)
    1.2. Taken van het onthaal (12x)
    1.3. Organisatie en infrastructuur (4x)
    1.4. Invloed van locatie van de wachtpost (6x)
2. Patiëntengedrag
    2.1. Educatie van patiënten (18x)
    2.2. Misbruik wachtpost (7x)
    2.3. Samenwerking tussen diensten (2x)
    2.4. Sociaal economische invloed (9x)
    2.5. Toegankelijkheid van de zorg (1x)
3. Samenwerking tussen diensten
    3.1. Communicatie tussen diensten (16x)
    3.2. Invloed van locatie van de wachtpost (10x)
    3.3. Educatie van patiënten (1x)
    3.4. Algemene samenwerking (2x)
    3.5. Praktische verwijzing (2x)
4. Triage en urgentie-inschatting
    4.1. Initiële urgentie-inschatting (3x)
    4.2. Educatie van patiënten (1x)
    4.3. Toegankelijkheid van de zorg (1x)
    4.4. Tools voor triage (28x)
    4.5. Triage op gevoel (11x)
    4.6. Verantwoordelijkheid van triage (12x)
5. Werkervaring op de wachtpost
    5.1. Werktevredenheid (4x)
    5.2. Flexibele collega's (1x)
    5.3. Uitdagingen op de wachtpost (1x)
    5.4. Algemene ervaringen (3x)

Bijlage 3: gedeeltelijk Excel tablad codering

Fragment	Open Code	Axiale Code	Thematische Code
Heel aangenaam werken hé.	fijn werken op WP	werktevredenheid	werkervaring op de wachtpost
Dus we zijn gestart met een groep. En DDD zei ook van ik heb mensen aangenomen op mijn gevoel dat die allemaal bij elkaar zouden passen.	Goede collega's	werktevredenheid	werkervaring op de wachtpost
Dat maakt het zo tof. Dat wij er dan voor elkaar zijn. Is er ergens een wissel nodig. Dat dat ingevuld wordt. Iedereen ondersteunt elkaar. Dus als er iemand moet opgeleid worden. Dan zorgt DDD daar ook altijd voor om die bijvoorbeeld bij mij te zetten. Of bij een ander collega die hier al lang werkt, om zoveel mogelijk al die te kunnen opleiden.	Makkelijk wisselen van shift	flexibele collega's	werkervaring op de wachtpost
De weekwacht wordt hier niet georganiseerd. De weekendwachten worden hier georganiseerd. En nu ook de feestdagen en de brugdagen sinds kort. Sinds vorig jaar denk ik.	geen weekwacht	toegankelijkheid van zorg	structuur van de zorg
Bij mij is het inschrijven van patiënten. Die komen zich aanmelden aan het onthaal. Dan vragen wij de persoonsgegevens of die nog hetzelfde zijn. En de huisarts.	administratieve taak	taken van het onthaal	structuur van de zorg
En van welke gemeente dat ze komen, moeten we sinds een jaar vragen. En daar loopt het soms wat fout. Dat er soms wat onenigheid is tussen de patiënt en de onthaalmedewerker of medewerkster. Dat die heel boos worden. Dat die zeggen, wij willen daar niet naartoe gaan, want wij vinden dat geen goed ziekenhuis of weet ik wat. Maar wij zeggen ook altijd duidelijk, BBB is niet aan de wachtpost gekoppeld. Dat heeft er niks mee te maken. Dat is losstaand. Zoals dat wij ook niet aan CCC vasthangen. Want de mensen zeggen soms ook wel eens: ja, mijn specialist zit in CCC. Dus dan kunnen ze onze gegevens zien.	WP heeft geen relatie met nabijgelegen ziekenhuis	invloed van locatie van wachtpost	samenwerking tussen diensten
Wij kunnen ook soms inschatten van, dit gaat niet goed met die persoon en even een dokter roepen en vragen van, zou u niet eerder denken dat dit is voor een spoedgeval?	Eerste inschatting triage	triage op gevoel	triage en urgentie-inschatting
Want zo'n grote wachtzaal, en dan vanuit een huisarts bel ik dan meestal wel naar de spoed om te zeggen, zeg, de huisarts heeft gezegd, die persoon heeft waarschijnlijk dat, ik kan die naar jullie sturen. Op die manier. Wat wel fijn is voor de spoed, want dan weten ze dat ze die niet terug naar u moeten sturen wat wij die eigenlijk al gestuurd hebben.	onthaal brieft patiënten door aan spoed	communicatie tussen diensten	samenwerking tussen diensten
Mogen jullie zelf ook die keuze maken, zeg maar, van, ik stuur die toch naar de spoed al? Dat is niet de bedoeling. Als de patiënt zegt van, ik heb het hier gehad, ik ga naar spoed, dan mogen die op eigen verantwoordelijkheid gaan, maar dan is dat niet onze verantwoordelijkheid. Wij kunnen vragen van, wij kunnen even een dokter roepen om te vragen of dit iets voor spoed is. Willen ze dat niet, gaan ze gewoon weg, dan is dat eigen verantwoordelijkheid eigenlijk.	Onthaal stuurt nooit door	verantwoordelijkheid van triage	triage en urgentie-inschatting
Is dat hier op de wachtpost allemaal vrije inloop, of hebben jullie ook afspraken? Nee, enkel vrije inloop. Sommige mensen bellen op voorhand, waardoor dat we dan kunnen zeggen van, u bent van deze regio, dus u mag naar hier komen, het is zonder afspraak. En dan anderen, ja, moeten we doorverwijzen aan andere wachtposten.	enkel vrije inloop, geen afsprakensysteem	organisatie & infrastructuur	structuur van de zorg
Ook een taak van het onthaal is als er iemand bijvoorbeeld onwel wordt hier, voor dan te bellen naar de REA-nummer, dat is zelfs van hierover van de spoed, dus dan komen ze direct binnen de vijf minuten naar hier eigenlijk, om te helpen.	Onthaal belt REA bij onwel worden van patiënt	communicatie tussen diensten	samenwerking tussen diensten
sommige verpleegkundigen kunnen nogal gemakkelijk de rol opnemen van ik weet het allemaal, en ik ga advies geven, wat heel goed bedoeld is, maar dat mag niet. En dan kan het wel eens een keer mislopen. Op dat vlak is het wel een nadeel.	verpleegkundigen willen advies geven	verantwoordelijkheid van triage	triage en urgentie-inschatting
ik heb wel een patiënt al regelmatig aan het onthaal gehad, die praktisch elke keer dat ik hier werk, en ik kan veel werken, dat hij zich regelmatig aanmeldt. En dat heb ik ook even gemeld, aan DDD, van, wat moet ik ermee doen? Dus ja, ik heb toen aan die meneer gezegd, meneer, u komt heel vaak, want ik heb u al veel gezien, wat is het probleem? Waarom kom je altijd naar hier? Met uw rug? Altijd hetzelfde probleem? Ja, moet ik nog lang wachten voordat ik naar de specialist mag? Nu bleek dat een taxichauffeur te zijn, die net in het weekend een briefje kwam vragen	ziekteverzuim	misbruik van de wachtpost	patiëntengedrag
Ik ben eens nagegaan van een persoon die ook voor antidepressiva kwam, of voor iets dergelijke. En nu bleek dat die vrouw bij andere wachtposten ook al had geprobeerd medicatie te krijgen.	shopping van medicatie	misbruik van de wachtpost	patiëntengedrag
Maar als mensen bellen voor een benzo voorschrift bijvoorbeeld, dan mogen jullie al wel gewoon zeggen van dat doen we eigenlijk algemeen niet. Dat moet zelfs niet overlegd worden? Nee inderdaad, dat zeggen we dan wel via de telefoon.	verslavende middelen worden niet voorgeschreven	misbruik van de wachtpost	patiëntengedrag
Merkt u dat er veel patiënten komen die geen huisarts hebben? Ja, Tegenwoordig veel meer. Voornamelijk van de gemeente EEE zijn er echt heel weinig huisartsen.	Huisartsentekort	Toegankelijkheid van zorg	structuur van de zorg
Bij ons komt het ook regelmatig voor, vooral in het groot verlof proberen de mensen dat. Wij staan hier op de luchthaven. En mijn papa is heel ziek in Marokko. Meestal is het in Marokko. Ik wil maar een voorbeeld geven. En dan zeggen ze: ik heb deze medicatie niet bij, ik ben dat vergeten thuis.	Telefonisch medicatie vragen	misbruik van de wachtpost	patiëntengedrag
Heeft het huisartsentekort ook een invloed op de werking van de wachtpost hier? Ja. Vooral het oplopen van de patiënten. We zitten hier met een overvolle wachtzaal. Met 2 uur wachttijd soms. Waardoor dat mensen met niet-acute zaken hier ook naartoe komen. Niets voor de wachtpost eigenlijk. En eigenlijk moeten degenen die het heel dringend nodig hebben met een dokter, die moeten dan heel lang wachten.	Drukte door huisartsentekort	toegankelijkheid van zorg	structuur van de zorg
Is het dan ook een functie van jullie om daar een beetje zoals jullie daar straks eigenlijk zeiden, in te triëren al? Ja, dat wordt gedaan. Als ik zie: dat gaat hier echt niet goed, dan bel ik de arts en dan komt die even tot hier.	dokter wordt gehaald bij urgente zaken	verantwoordelijkheid van triage	triage en urgentie-inschatting
Ik vraag of ik ze moet inschrijven of dat het voor spoed is. Nu kan het zijn dat ze zelf zeggen kom, ik neem die nu mee of als volgende.	dokter wordt gehaald bij urgente zaken	verantwoordelijkheid van triage	triage en urgentie-inschatting
We hebben nu ook het voordeel, helemaal in het begin van de wachtpost hadden we nog geen camera's. En dan zat ik eens aan het onthaal en dan is er iemand heel slecht geworden in de wachtzaal. En toen hebben ze precies voor camera's installeren. En het onthaal, dat is ook wel een beetje een taak van het onthaal. Om een beetje in de hoogte te houden.	Veiligheidsmaatregelen: camera's	taken van het onthaal	structuur van de zorg
Niet verpleegkundig, maar wel een EHBO-attest hebben wij allemaal. Dus we hebben allemaal gewoon de basis opgeleid. Dat is op die moment dan ook het belangrijkste natuurlijk.	opleiding personeel	taken van het onthaal	structuur van de zorg
Tijdens de winterperiode is het hier altijd wel veel drukker. Maar dan zorgen wij ervoor dat er een extra arts ingezet wordt.	Drukte tijdens winterperiode	toegankelijkheid van zorg	structuur van de zorg
Ja. Is er een manier van hoe dat urgentie wordt vastgesteld? Zoals in de wachtzaal. Zijn dat protocollen ofzo? Of is dat gewoon op het gevoel van jullie? Dat is echt op het gevoel. Er zijn geen protocollen over. Nee. We mogen geen zorg weigeren. En eigenlijk ook niet trieren. Dus eigenlijk is het gewoon de bedoeling iedereen inschrijven. Iedereen die binnenkomt inschrijven. En als je een niet pluisgevoel hebt. Toch even een dokter bellen.	triage vooral op gevoel van onthaal	triage op gevoel	triage en urgentie-inschatting
Weet jullie dat een dokter een bepaalde protocol heeft om dat te triëren? Ik heb zo'n beetje het gevoel dat dat van dokter tot			

Bijlage 4: ICF en informatiebrief

Geïnformeerde toestemming

Titel van het onderzoek: De uitdagingen van een huisartsenwachtpost op een verschillende locatie van de spoedgevallen door de ogen van het niet-medisch personeel

Naam + contactgegevens promotor en onderzoeker(s):

Onderzoeker: Bjorn Dekkers

dekkersbjorn@hotmail.com

+32 478964454

KU Leuven

Beulken 6, 2321 Meer

Promotor: Nicolas Delvaux

Nicolas.delvaux@kuleuven.be

+32 479 319812

KU Leuven

Karel De Floustraat 17, 8000 Brugge

Doel en methodologie van het onderzoek:

Het identificeren van uitdagingen en moeilijkheden bij de huisartsenwachtpost in Turnhout en hun samenwerking met de spoedgevallen door middel van een interview bij niet medische personeelsleden.

Tijdens het interview zullen vragen gesteld worden over de werking van de wachtpost en uw ervaringen hiermee. Alle persoonlijke gegevens worden gepseudonimiseerd in het onderzoek.

Gegevens van het onderzoek zullen bewaard en verwerkt worden op een Onedrive met tweestaps beveiliging via KU Leuven authenticator.

Duur van het experiment:

15-30 min

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan volgende proeven of testen:
  - Éénmalig interview

- Ik weet dat er risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan mijn deelname:
  - Kost 15-30 min tijd

- Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze:
  - Problemen op de wachtpost kunnen gevonden worden en vervolgens aangepakt worden.

Mijn deelname levert een bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek. Ik weet dat ik geen verdere beloning of compensatie voor mijn deelname zal ontvangen.

- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

- Ik weet dat er in dit onderzoek opnames van mij gemaakt kunnen worden:
  - Tijdens het interview zal er een audio opname gemaakt worden. Deze wordt meteen na transcriptie verwijderd.

- Ik weet dat in dit onderzoek onderwerpen of vragen aan bod kunnen komen die gevoelig of persoonlijk van aard zijn: over de werkomgeving.

- Mijn persoonsgegevens zullen verwerkt worden in lijn met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR). Hierbij worden alleen de gegevens verwerkt die strikt noodzakelijk voor het behalen van de onderzoeksdoelstellingen. Doorheen het onderzoek zullen mijn gegevens steeds vertrouwelijk behandeld worden. De onderzoekers nemen maatregelen om mijn privacy te beschermen. Zo zullen mijn persoonsgegevens gepseudonimiseerd worden, wat betekent dat mijn gegevens niet meer aan mij gekoppeld kunnen worden zonder gebruik van aanvullende informatie die alleen toegankelijk is voor de onderzoekers. Ik begrijp dat mijn gepseudonimiseerde gegevens kunnen hergebruikt worden voor ander wetenschappelijk onderzoek en mogelijk ook in het kader van onderwijs en academische lezingen. Meer informatie over de verwerking van mijn persoonsgegevens kan teruggevonden worden in de bijgevoegde informatiebrief.

- Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres:

  _____

- Voor verdere vragen over het onderzoek weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:
  Dekkers Bjorn, dekkersbjorn@hotmail.com

- Deze studie werd beoordeeld en goedgekeurd door de Ethische commissie UZ Leuven (*S68534*). Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de onderzoeker.

- Ik weet dat ik bij onderstaande terecht kan indien ik na het onderzoek ongemakken of moeilijkheden ervaar als gevolg van de thema's die in het onderzoek aan bod kwamen:

  dekkersbjorn@hotmail.com

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Datum:

Naam en handtekening proefpersoon

Naam en handtekening onderzoeker

INFORMATIEBRIEF

Titel van het onderzoek: *De uitdagingen van een huisartsenwachtpost op een verschillende locatie van de spoedgevallen door de ogen van het niet-medisch personeel.*

Naam en contactgegevens promotor en onderzoeker(s):

Promotor: Nicolas Delvaux

Nicolas.delvaux@kuleuven.be

Onderzoeker: Bjorn Dekkers

Bjorn.dekkers@student.kuleuven.be

0478964454

ALGEMENE DOELSTELLINGEN ONDERZOEK

In Vlaanderen hebben patiënten een vaste huisarts waar zij tijdens de werkuren terechtkunnen. Voor dringende medische problemen kunnen zij rechtstreeks naar de spoedgevallen. Om zorg te bieden voor urgente maar niet levensbedreigende problemen, zijn er huisartsenwachtposten opgezet. Deze wachtposten bieden ondersteuning aan patiënten die niet zeker zijn van de ernst van hun situatie en waar triage een belangrijke rol speelt.

In de regio Turnhout is de huisartsenwachtpost echter op een andere locatie gevestigd dan de spoedgevallen. Dit onderzoek richt zich op de invloed van deze scheiding op de werking van de wachtpost, met specifieke aandacht voor de ervaringen en perspectieven van het niet-medisch personeel.

Doel van het Onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om te begrijpen hoe de huidige locatie van de huisartsenwachtpost de samenwerking met de spoedgevallen beïnvloedt. We onderzoeken onder andere:

- Zijn er spanningen in de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners?
- Verhoogt de locatie de drempel tot verwijzing naar de spoedgevallen?
- Zijn patiënten geneigd om onterecht naar de spoed te gaan?

Om deze vragen te beantwoorden, zullen we kwalitatieve interviews afnemen met niet-medische personeelsleden van de wachtpost. De interviews worden gepland voor het einde van februari 2025, met de mogelijkheid tot verlenging indien nodig. Elk interview zal ongeveer 30 min duren en kan op een voor u geschikt moment worden ingepland.

INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS

In het kader van uw deelname aan dit onderzoek zullen persoonsgegevens over u verzameld en verwerkt worden. Deze verwerking zal gebeuren in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG / GDPR). De volgende categorieën van persoonsgegevens zullen verwerkt worden tijdens dit onderzoek: Naam, leeftijd, beroep, persoonlijke werkervaringen.

Gebruik van uw persoonsgegevens

Enkel persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de doeleinden van dit onderzoek zullen verzameld en verwerkt worden. Uw gegevens zullen in het kader van dit onderzoek gepseudonimiseerd worden. Dit wil zeggen dat gegevens die u kunnen identificeren zoals naam en functie worden losgekoppeld van de andere onderzoeksdata en vervangen worden door een unieke, willekeurige code. Op deze manier is het niet langer onmiddellijk zichtbaar welke gegevens van welke specifieke persoon afkomstig zijn. Enkel de onderzoeker kan via de unieke code de gegevens terug linken aan een specifieke persoon. Dit zal echter enkel in uitzonderlijke gevallen gebeuren, bijvoorbeeld indien u beroep doet op uw recht op inzage of rectificatie van uw gegevens. Ook in de wetenschappelijke output van dit onderzoek, zoals publicaties, zal u niet geïdentificeerd worden.

Als rechtsgrond voor de verwerking van uw gegevens wordt het algemeen belang aangewend. Dit betekent dat het onderzoek zal leiden tot een vermeerdering van kennis en inzicht die de maatschappij (direct of indirect) ten goede komt. Stopzetting van deelname aan de studie houdt in dat de eerder verzamelde gegevens nog verder rechtsgeldig kunnen worden betrokken in de studie en niet moeten worden verwijderd door KU Leuven.

Uw gegevens zullen door de onderzoekers gedurende 10 jaar na afloop van het onderzoek bewaard worden op een beveiligde opslaglocatie van KU Leuven.

Uw rechten

U hebt het steeds recht om meer informatie te vragen over het gebruik van uw gegevens. Daarnaast kan u beroep doen op het recht van inzage en het recht op verbetering (rectificatie) van uw gegevens voor zover deze rechten de doeleinden van het onderzoek niet onmogelijk maken of ernstig belemmeren.

Indien u op één van deze rechten beroep wil doen, kan u contact opnemen met de onderzoekers aan de hand van de contactgegevens bovenaan deze brief.

Andere ontvangers van uw data

In het kader van dit onderzoek wordt samengewerkt met KU Leuven. De onderzoeksdata zullen dan ook gedeeld worden met onderzoekers van deze instelling. Enkel de gepseudonimiseerde data zullen met hen gedeeld worden. Zij zullen dus niet in staat zijn om de gegevens te verbinden aan specifieke personen. Deze instelling is gebonden door een overeenkomst die de veiligheid en bescherming van uw gegevens verzekert.

Hergebruik van uw gegevens

De mogelijkheid bestaat dat uw gepseudonimiseerde gegevens kunnen hergebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek door:

- onderzoekers en/of academische partners die samenwerken met of gegevens ontvangen van KU Leuven (met inbegrip - onder bepaalde voorwaarden- van een master- of doctoraatstudent),

Het kunnen ter beschikking stellen van gegevens is essentieel om onderzoeksresultaten te kunnen valideren en de vooruitgang van de wetenschappelijke kennis te kunnen bewerkstelligen.

Ingeval van hergebruik van uw gegevens zullen steeds de nodige contractuele afspraken gemaakt worden om de persoonsgegevens te beschermen en de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van de partijen te bepalen in overeenstemming met de relevante wetgeving.

In het kader van hergebruik kunnen uw persoonsgegeven worden overgedragen buiten de Europese Economische Ruimte, op voorwaarde dat passende maatregelen genomen zijn om uw persoonsgegevens te beschermen in overeenstemming met de relevante wetgeving. Met name zullen deze gegevens in principe enkel in gepseudonimiseerde vorm worden doorgegeven, en zullen alle partijen betrokken bij het onderzoek verplicht zijn om de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens te respecteren.

Er zal transparant geïnformeerd worden over eventueel hergebruik van uw data. Dit zal gebeuren email.

Elk hergebruik zal steeds gebeuren conform de geldende wetgeving en conform het beleid van KU Leuven ter zake. Dit beleid houdt onder meer in dat een onafhankelijk orgaan zal waken over de bescherming van persoonsgegevens en uw rechten.

Merk op dat uw gepseudonimiseerde gegevens ook kunnen beschikbaar worden gemaakt op bepaalde dataplatformen voor verder wetenschappelijk onderzoek en dit met strikt beveiligde en gecontroleerde toegang. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren in het kader van publicaties over resultaten. Het dataplatform voorziet een toegangsbeleid en verbindt zich ertoe toegang tot gegevens conform de geldende wetgeving te regelen.

Contactgegevens

KU Leuven fungeert als verwerkingsverantwoordelijke in het kader van dit onderzoek. Meer specifiek zal enkel de onderzoeker Bjorn Dekkers toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Ingeval van specifieke vragen over dit onderzoek, inclusief de verwerking van uw persoonsgegevens, kan u met hen contact opnemen.

Voor verdere vragen en bedenkingen over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u contact opnemen met de functionaris voor gegevensbescherming voor wetenschappelijk onderzoek van KU Leuven (dpo@kuleuven.be). Gelieve hierbij te verduidelijken om welk onderzoek het gaat door vermelding van de titel en de namen van de onderzoekers.

Indien u, na contact te hebben opgenomen met de functionaris voor gegevensbescherming, een klacht zou willen indienen over hoe uw informatie wordt behandeld, kan u terecht bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit (www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Bijlage 5: Ethische commissie goedkeuring

Leuven, 05 Dec 2024

Ethics Committee
Research UZ/KU Leuven
Herestraat 49

B 3000 Leuven (Belgium)

Email : ec@uzleuven.be

prof. dr. Nicolas Delvaux

Our reference:			
S68534			

MP De uitdagingen van een huisartsenwachtpost op een verschillende locatie van de spoedgevallen door de ogen van het niet-medisch personeel.

Dear colleague

The Ethics Committee Research (EC Research) UZ/KU Leuven has examined and discussed the above mentioned dossier in the meeting held on 08 Jul 2024.

EC Research has no objection to the project, provided that the data is managed confidentially and in compliance with the Belgian legislation on privacy.

EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is recommended for each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate (i.e. a certificate obtained not longer than 3 years ago).

This project does not fall within the scope of the Law of 7/5/2004.

EC Research requires that the head/staff of the clinical department or the responsible care program are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

For the assessment of this dossier, documents/answers submitted on 04 Mar 2024, 10 Jun 2024 , 03 Dec 2024 and 04 Dec 2024 have been taken into account.

This letter concerns:

Protocol:

versie 4 dd 04Dec2024

Informed Consent Form:

ICF version 4 dd 04Dec2024

GDPR questionnaire:

PRET dd 27Nov2024

EC Research confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

EC Research confirms that members with a potential conflict of interest abstain from voting.

List of members: see appendix.

Points of concern: (if applicable)

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Data Transfer or Material Transfer Agreement, the study can only start when the Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Leuven (and/or by an authorized representative of KU Leuven R&D).

For studies with patient data/involvement; EC Research emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the participants'/patients' data. Additionally, all access to patient data by students or coworkers should occur under the responsibility and supervision of the PI/promotor (including the use of personal data in electronic/digital tools).The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

This advice of EC Research does not imply that EC Research can be held accountable for the planned study. In addition, you should ensure that your opinion as principal investigator is reproduced in publications of the study results, reports for the government, etc.

We request you to inform us if the study will not be initiated, or when it will be closed or prematurely ended (stating the reason).

Yours sincerely,



Prof. Dr. Minne Casteels
Chair
Ethics Committee Research UZ Leuven

List of members EC Research UZ/KU Leuven on 08 Jul 2024:

Chair	prof. dr. Maria-Reinhilde Casteels	Clinical Pharmacology
Vice chair	prof. dr. Dominique Bullens	Paediatrics
	De heer Aernout De Raemaeker	Medical Legislation alternate
	De heer Jean-Jacques Derèze	Medical Legislation alternate
	De heer Mathijs Swaak	Healthy volunteer repres.
	Mevr. Annick Vanclooster	Nurse
	Mevr. Dorien Fierens	Medical Legislation alternate
	Mevr. Katelijne Van Overwalle	Pt representative (alternate)
	Mevr. Lia De Wilde	Pt representative (alternate)
	Mevr. Marie Gilliot	Medical Legislation alternat
	Mevr. Marilien Vandeputte	Nurse
	Mevr. Teresia De Fraye	Pt representative
	Mevr. Valerie Christens	Medical Legislation alternat
	Mevr. Veerle Vanparys	Pharmacist (alternate)
	dr. Ellen Deleus	Abdominal surgery
	dr. Kamiel Verbeke	Clin. Psychology
	dr. Lut De Groote	General Practitioner
	dr. Marleen Renard	Paediatrics
	dr. Walter Janssens	Clinical Pharmacology
	prof. André Loeckx	Pt representative (alternate)
	prof. Ben Van Calster	Statistics
	prof. Guy Bosmans	Clin. Psychology (alternate)
	prof. Kristin Verbeke	TARGID
	prof. Pascal Borry	Ethics (alternate)
	prof. Rik Gosselink	Revalidation
	prof. dr. Anne Smits	Paediatrics
	prof. dr. Anne Uyttebroeck	Paediatrics
	prof. dr. Ariel Alonso	Statistics (alternate)
	prof. dr. Bart Van der Schueren	Endocrinology / Pharmacology
	prof. dr. Catherine Cassiman	Ophthalmology
	prof. dr. Francesca Bosisio	Pathology
	prof. dr. Frank Van Calenbergh	Neurosurgery
	prof. dr. Frederik Nevens	Hepatholgy
	prof. dr. Gregor Verhoef	Haematology
	prof. dr. Jan Verhaegen	Laboratory Medicine
	prof. dr. Jan de Hoon	Clinical Pharmacology
	prof. dr. Karin Sipido	Experimental Cardiology
	prof. dr. Koen Luyckx	Clin. Psychology (alternate)
	prof. dr. Laura Van Gerven	ORL
	prof. dr. Maria Schetz	Intensive care
	prof. dr. Peter Sinnaeve	Cardiology
	prof. dr. Simon Brumagne	Physiotherapy
	prof. dr. Xavier Bossuyt	Immunology
	prof. dr. apr. Erwin Dreesen	Pharmacist