Huisartsenwachtdienst tijdens de diepe nacht: Ervaringen van huisartsen.

Hannes De Koninck, UGent

Promotor: Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens, UGent

Co-promotoren: Dr. Ellis Van Daele, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2024 – 2025]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Abstract

Inleiding: De organisatie van huisartsenzorg in België kent de laatste decennia ingrijpende veranderingen. De invoering van huisartswachtposten (HWP) en telefonische triage via 1733 bracht structurele hervormingen, maar leidde ook tot nieuwe knelpunten. De diepe nacht (middernacht tot 8u) blijkt bijzonder belastend: lage patiëntenaantallen contrasteren met hoge werkdruk, slaapverstoring en veiligheidszorgen voor artsen zijn daar enkele van. Artsentekorten, veranderende werkattitudes en toegenomen zorgvraag versterken de druk op het systeem. Bezorgdheden rond triage, werkbelasting en organisatievormen illustreren de complexiteit.

Methode: Deze kwalitatieve studie gebruikte thematische analyse om de ervaringen van huisartsen met de wachtdienst tijdens de diepe nacht te verkennen. Huisartsen met diverse achtergronden werden doelgericht geselecteerd en geïnterviewd via semigestructureerde gesprekken. Interviews werden narratief en thematisch gecodeerd tot overkoepelende thema's.

Resultaten: Tien huisartsen met uiteenlopende praktijkvormen en ervaring werden geïnterviewd. Uit de thematische analyse kwamen zes hoofdthema's naar voren: professionele identiteit, waarbij huisartsen een verlies aan autonomie en zingeving ervaren, ondanks blijvend verantwoordelijkheidsgevoel; impact op gezondheid en functioneren, met verminderde alertheid, gevoelens van onbekwaamheid en zorgen over veiligheid; organisatie en samenwerking, waaronder kritiek op het triagesysteem, onduidelijke rolverdeling en gebrekkige transparantie; financiering en beleid, met zorgen over financiële prikkels, onevenwichtige vergoeding en aanbodgestuurde zorg; toegankelijkheid en toekomstvisies, waarbij huisartsen pleiten voor beperking van nachtzorg tot essentiële zorg, betere patiënteneducatie, inzet van aparte nachtartsen en hervorming van triage en financiering.

Discussie: Huisartsen ervaren de nachtwacht als lichamelijk en mentaal belastend, met gevoelens van vervreemding door schaalvergroting en top-down besluitvorming. Hoewel plichtsgevoel blijft bestaan, wordt het onder druk gezet door een veranderende context. De nachtdienst wordt bemoeilijkt door weinig recuperatie en beperkte zingeving. Het 1733-systeem wordt wisselend beoordeeld: urgenties worden doorgaans goed opgevangen, maar er zijn twijfels over de triage en hoge instroom van niet-dringende zorg. Huisartsen signaleren een lage drempel tot de wachtdienst, met oververtegenwoordiging van kwetsbare groepen en zorggebruik uit gemakzucht. Er leeft brede bezorgdheid over de houdbaarheid van het huidige systeem. Verschillende respondenten pleiten voor structurele hervormingen, zoals betere triage, nachtartsen, patiënteneducatie of herziening van de financiering, en sommigen roepen op tot het fundamenteel herbekijken of afbouwen van wachtdienst tijdens de diepe nacht.

Conclusie: Huisartswachtdienst tijdens de diepe nacht wordt door artsen als zwaar en steeds moeilijker houdbaar ervaren. Hoewel meningsverschillen bestaan over de plaats van nachtzorg binnen de eerste lijn, delen huisartsen zorgen over slaapverstoring, verlies aan autonomie en de beperkte zingeving van veel consulten. De motivatie tot inzet blijkt vooral afhankelijk van inspraak, haalbaarheid en zinvolheid van de zorg. De huidige organisatievormen sluiten niet altijd aan bij de realiteit op het terrein. De studie onderstreept de nood aan hervormingen die niet enkel beleidsmatig gestuurd zijn, maar ook vertrekken vanuit de ervaringen en grenzen van huisartsen zelf.

Inhoudstabel

1. Inleiding ***1***

2. Methode ***3***

3. Resultaten ***4***

3.1. Professionele identiteit **4**

3.1.1. verlies van autonomie 4

3.1.2. Maatschappelijke functie en patiënteneducatie 4

3.1.3. Beroepseer, plichtsbewustheid en een job in verandering. 5

3.1.4. Verantwoordelijkheidsgevoel 5

3.1.5. Onbevredigend werk 5

3.2. Gezondheid en functioneren van huisartsen **6**

3.2.1. Functioneren tijdens en na de diepe nacht 6

3.2.2. Gevoelens van onbekwaamheid 6

3.2.3 Veiligheidsbeleving 7

3.3. Organisatie en structuur **7**

3.3.1. Triagesysteem 7

3.3.2. Rolverdeling tussen zorginstellingen 7

3.3.3. Transparantie binnen de wachtpostorganisatie 8

3.4. Financiering en beleidsmatige keuzes **8**

3.4.1. Financiële Incentive 8

3.4.2. Financiering van huisartsen 8

3.5. Toegankelijkheid, misbruik en capaciteit **9**

3.5.1. Huisartsentekort 9

3.5.2. Lagere sociale klassen tijdens de diepe nacht 9

3.5.3. Te laagdrempelig 10

3.5.4. Service-induced demand 10

3.6. Toekomstvisies en aanbevelingen van huisartsen **10**

3.6.1. Strikte indicatiestelling tijdens de diepe nacht 10

3.6.2. Inzet van Externe Artsen voor Nachtshiften 10

3.6.3. Educatie van Patiënten 11

3.6.4. Financiële prikkels om onnodig gebruik te verminderen 11

3.6.5. Herziening van de Organisatie en Financiering van Wachtposten en FSV 11

3.6.6. Versterking van de reguliere eerstelijnszorg 11

3.6.7. Herziening van het triagesysteem 11

3.6.8. Het volledig sluiten van de wachtpost tijdens de diepe nacht 12

4. Discussie ***12***

5. Conclusie ***14***

6. Reflectie en Aanbevelingen ***14***

6.2 Aanbevelingen voor beleid en praktijk: **14**

6.3 Beperkingen van de studie **15**

7. Referenties *16*
8 Bijlagen *17*
A. Interviewgids: Percepties van huisartsen op wachtdienst tijdens de diepe nacht. **17**
B. goedkeuring ethisch comité **19**
C. Informatiebrief voor de deelnemers **25**
D. Rekruterings e-mail **29**

1. Inleiding

De Belgische wetgeving dicteert dat continuïteit van zorg verplicht is. Dit betekent dat elke huisarts wettelijk verplicht is bij te dragen aan deze permanentie, ook ’s nachts en in het weekend. Sinds de jaren zeventig organiseerden huisartsen lokale beurtrollen, waarbij huisartsen om beurten van wacht waren in hun eigen praktijk, wat hen in staat stelde enkele weekenddagen vrij te nemen. De huisartsgeneeskunde evolueert mee met maatschappelijke veranderingen, waaronder een toenemend aantal vrouwelijke artsen en een dalend totaal aantal actieve huisartsen. Tegelijkertijd leidt de vergrijzing van zowel de algemene populatie en de beroepsgroep tot bijkomende druk op de zorgcapaciteit. Bovendien hechten nieuwe generaties artsen meer belang aan een evenwicht tussen werk- en privéleven, wat de bereidheid tot permanente beschikbaarheid verder onder druk zet. Deze verschuivingen creëren een nood aan een herstructurering van de zorg na de werkuren. (1)

De afgelopen twee decennia is de organisatie van huisartswachtdienst aanzienlijk veranderd. In 2003 opent de eerste huisartswachtpost (HWP) , het is een centrale post waar meerdere artsen samen de wachtdienst verzorgen met behulp van onthaalpersoneel, chauffeurs en de nodige medische uitrusting ter plaatse. Het concept, dat overgewaaid is uit landen als Nederland en Groot-Brittannië, is nu ook in België volledig ingevoegd. (2) Anno 2025 is het volledige Vlaamse grondgebied gedekt door een netwerk van huisartswachtposten. Er zijn 44 vzw’s en 54 HWP. Er zijn dus vzw’s die meerdere HWP uitbaten, zoals de vzw Noord West-Vlaanderen die zowel een HWP in Brugge als in Oostende omvat. Doorgaans is er één hoofdwachtpost en zijn er één of meerdere satellietwachtposten met beperkte openingsuren. In het verleden waren HWP enkel tijdens het weekend en op feestdagen geopend. Nu zijn meer en meer HWP ook actief tijdens weekdagen en in de diepe nacht. De laatste nieuwe evolutie is de ontwikkeling van een telefonische triage (1733) die door enkele wachtposten reeds geïmplementeerd is. Het nummer 1733 werd in het leven geroepen voor ongeplande, niet levensbedreigende eerstelijnszorg. De operatoren volgen digitale protocollen om de urgentiegraad in te schatten. Aan de hand van de urgentiegraad wordt de patiënt verwezen naar ambulance, spoed , huisartswachtpost of naar geplande zorg. In het voorstel tot hervormingswet van juli 2025 wordt bindende triage opgenomen voor niet-planbare zorg: patiënten krijgen via 1733 of aan het onthaal een verplicht advies over waar ze geholpen worden (eigen huisarts, wachtpost of spoed). (3)
In 2024 werden hervormingen van de HWP voorbereid. HWP moeten samenwerken in ‘functionele samenwerkingsverbanden’ (FSV). Zo’n FSV bestaat doorgaans uit 3 wachtposten. Dit moet leiden tot het efficiënter inzetten van de beschikbare middelen.

De mogelijke voordelen van deze wachtposten zijn dat artsen minder wachtdiensten per per jaar moeten presteren, een lagere werkbelasting en een betere scheiding tussen werk en privéleven. Eerder onderzoek wijst op een hogere jobtevredenheid onder huisartsen. (2) Ook blijkt uit een studie in negen Nederlandse huisartswachtposten dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de geleverde zorg. (4)
In theorie biedt een wachtpost meer toegankelijkheid van eerstelijnszorg en meer veiligheid voor huisartsen, alsook een verminderde druk op de spoedgevallendiensten. (2)

Ondanks deze evoluties blijven er belangrijke knelpunten bestaan, met name rond de wachtdienst in de diepe nacht (meestal gedefinieerd als middernacht tot 8u ’s ochtends). Deze late uren gaan gepaard met lage patiëntenaantallen en hoge belasting voor de arts van wacht. Een groep Luikse huisartsen opperden voor het doorbreken van permanentie tijdens ‘la nuit profonde’ , een voorstel dat sindsdien breder is gaan leven. (5) Ook uit bevragingen bij Vlaamse huisartsen blijkt een groeiende bereidheid om alternatieve oplossingen te overwegen. Met name bij huisartsen die de nachtelijke wachtdienst als zwaar ervaren en de vergoeding als ontoereikend beschouwen. (6)

Een centraal probleem bij nachtelijke wachtdienst is de verstoring van het normale dag-nachtritme. Huisartsen proberen vaak te slapen tijdens de wacht, maar worden vervolgens meermaals wakker gebeld.(7) Dit is een belangrijke problematiek vanwege de mogelijke impact op de patiëntveiligheid. Huisartsen hebben vaak al een volledige werkdag gepresteerd voordat zij aan hun inslapende wachtdienst beginnen. Desondanks hervatten zij de dag nadien meestal hun werkzaamheden, vaak met slechts een beperkte of zelfs geen recuperatieperiode. De uitbreiding van de wachtpostgebieden, die onder meer bedoeld was om het aantal inslapende wachten voor huisartsen te reduceren, heeft bijgevolg ook geleid tot intensievere nachtdiensten met een toename van oproepen.

Daarnaast is in Nederland teleconsultatie al geruime tijd ingeburgerd. In België is dit veel minder het geval. Sinds de COVID-19-pandemie werden teleconsultaties wettelijk toegelaten binnen de wachtdienst, ook voor onbekende patiënten, en daar werd toen ook een aangepaste vergoeding voor voorzien. Nu die vergoeding opnieuw werd afgeschaft, zijn wachtposten opnieuw financieel afhankelijk van fysieke consultaties. (8)

De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn vormt een belangrijk aandachtspunt binnen de organisatie van de acute zorg. In de praktijk werken deze vaak parallel, zonder gedeeld informatiesysteem, wat kan leiden tot dubbel werk en onduidelijkheid over de opvolging van patiënten. De fysieke scheiding (HWP bevinden zich vaak buiten het ziekenhuis) en het gebrek aan bekendheid bij het brede publiek versterken deze fragmentatie. Ook is de taakverdeling onvoldoende duidelijk afgebakend. (9)

Tegelijkertijd blijft het overgebruik van spoeddiensten een hardnekkig probleem in België. Het aantal jaarlijkse spoedopnames ligt aanzienlijk hoger dan in landen met een vergelijkbaar gezondheidszorgsysteem. (10) Hoewel de invoering van huisartswachtposten sinds 2003 beoogde om de druk op de spoeddiensten te verlichten, bleef de verwachte daling in spoedbezoeken uit. Dit kan onder meer verklaard worden door de blijvende vrije toegang tot spoeddiensten – in tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland, waar de eerste lijn als poortwacht fungeert – én door het grotere vertrouwen van patiënten in de onmiddellijke beschikbaarheid van hooggespecialiseerde zorg op de spoedafdeling. (11)

Daarnaast is veiligheid tijdens de diepe nacht ook een terechte bekommernis van huisartsen. Verbaal agressief gedrag werd waargenomen in 2 op de 1000 contacten per jaar — omgerekend minder dan één incident per nachtshift van 8 uur binnen een populatie van 165.000 inwoners. Tijdens de diepe nacht is het risico op verbaal agressief gedrag van patiënten verhoogd, vooral bij patiënten met mentale gezondheidsproblemen of pijn. (12)

Verder bestaat er in de praktijk weinig consensus onder huisartsen over welke hulpvragen thuishoren bij de wachtdienst tijdens de diepe nacht. Een vorige Huisarts-in-opleiding (Haio) thesis legde huisartsen fictieve casussen voor. Zij moesten oordelen welk van deze patiënten zij bereid waren te zien tijdens de diepe nacht. De antwoorden van artsen waren vaak zeer verdeeld. (5) Een andere haio thesis onderzocht de patiëntenpopulatie tijdens de wachtdienst in de diepe nacht. De urgentiegraad (volgens NHG Triagewijzer) van de consulten werd geanalyseerd. Dit toonde dat ongeveer 85 % van de consultaties werd gelabeld als ‘niet dringend’. Minder dan 10 % werd aangeduid als dringend. 5% werd aangeduid als ‘spoed of levensbedreigend’. (13)

Zoals al eerder vermeld is de schaalvergroting van wachtposten volop aan de gang. De federale overheid investeert aanzienlijk in deze hervorming. Het budget voor wachtposten steeg van 23 miljoen in 2019 naar 70 miljoen euro in 2025. Dit op voorwaarde dat wachtposten intensiever gaan samenwerken vooral tijdens de diepe nacht om zo kostenefficiënt mogelijk te werken. Vanaf 2024 moesten alle huisartswachposten zich groeperen in FSVs. Op 1 januari 2026 moeten alle wachposten een FSV hebben gevormd. Dit proces verloopt echter niet zonder weerstand. Sommige huisartskringen uiten bezorgdheid over de schaalvergroting en wijzen op lokale bijzonderheden (bv. Spreiding van gemeenten, bevolkingsdichtheid, verkeersinfractructuur, of al bestaande wachtdienstmodellen) die maken dat een uniform model moeilijk toe te passen is. (14)

Ook de implementatie van 1733 stuit op praktische problemen. Twee studies gepubliceerd in 2020 tonen aan dat het telefonische triagesysteem via 1733 tekortschiet in nauwkeurigheid en veiligheid. Een observatiestudie met echte patiënten wees uit dat het triageadvies in 71% van de gevallen correct was maar dat er ook onder- en overtriage voorkwam, wat dus leidt tot inefficiënte en potentieel onveilige zorg. (15) Een pilootstudie met gesimuleerde oproepen bevestigde deze problemen: hoewel operatoren vaak het juiste protocol kozen, werd de urgentiegraad regelmatig verkeerd ingeschat. (16) Beide studies concluderen dat het systeem nog niet klaar is voor brede invoering zonder verdere optimalisatie en evaluatie. De Belgische spoedartsenvereniging sprak gestaafd door deze literatuur zijn onvrede uit over de implementatie van 1733. (17)

Deze ontwikkelingen tonen aan dat de zoektocht naar de beste organisatievorm voor nachtelijke huisartswachdienst volop gaande is.

Samengevat werkt de huisartswachtpost in de diepe nacht op het grensvlak van wat de maatschappij nodig heeft en wat voor artsen haalbaar is. Enerzijds is er de nood aan continuïteit: patiënten hebben ook ’s nachts recht op toegankelijke zorg. Anderzijds zijn er de reële bezwaren vanuit het werkveld: de belasting van nachtdiensten op de huisarts (werkdruk, slaapverstoring, veiligheidsrisico’s) en de vraag hoe lang het huidige systeem nog vol te

houden is in een veranderende context van artsentekorten en veranderende attitudes. Bestaande literatuur over huisartswachtposten en nachtelijke urgentiezorg in België schetst al een kader van deze problematiek. Toch is er behoefte aan meer inzicht in hoe huisartsen de nachtwacht zelf ervaren: hoe ervaren huisartsen zélf hun wachtdienst tijdens de diepe nacht? Welke knelpunten signaleren zij in de praktijk en welke oplossingen zien zij als werkbaar? Deze masterproef heeft tot doel een wetenschappelijk onderbouwd antwoord te formuleren op die vragen.

2. Methode

Deze studie maakt gebruik van een kwalitatieve onderzoeksopzet met een thematische analyse, gericht op het in kaart brengen van de ervaringen en percepties van huisartsen omtrent de wachtdienst tijdens de diepe nacht. Er werd gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews om diepgaand inzicht te verkrijgen in de beleving van de deelnemers. 10 huisartsen werden via mail (zie bijlage D) of telefonisch uitgenodigd voor een gesprek rondom wachtdienst tijdens de diepe nacht. Er werd gebruikgemaakt van doelgerichte steekproefselectie, waarbij gezocht werd naar variatie in jaren ervaring, praktijkvorm, geografische ligging en organisatie van de wachtdienst. Huisartsen werden gecontacteerd via professionele netwerken en via persoonlijke aanbeveling. Artsen die bereid waren deel te nemen worden na geïnformeerde toestemming geïncludeerd.

Gegevens worden verzameld via zes 1-op-1 semigestructureerd interviews en twee dubbel-interviews (2 huisartsen). Een interviewgids (zie bijlage A) werd ontwikkeld door de onderzoeker. Alle interviews werden door de onderzoeker online of live afgenomen en duurden gemiddeld 30 minuten per interview. De onderzoeker las alle transcripties meermaals door en kenmerkte betekenisvolle fragmenten met open codes. Deze codes werden vervolgens gegroepeerd in overkoepelende thema's. De codering gebeurde handmatig. De data werd geanalyseerd aan de hand van de QUAGOL-methode (Qualitative Analysis Guide of Leuven). Deze methode combineert een grondige lezing en narratieve verwerking van de interviews met een gefaseerde, conceptuele codering. In een eerste fase werden per interview narratieve samenvattingen en conceptuele schema's opgesteld. Op basis daarvan werd een voorlopige codeboom ontwikkeld. In de tweede fase volgde de eigenlijke codering, waarbij codes thematisch werden geordend en verfijnd tot overkoepelende thema's.

Alle deelnemers gaven geïnformeerde toestemming voorafgaand aan het interview. De anonimiteit van de deelnemers werd gegarandeerd door gebruik te maken van pseudoniemen (P1–P10). De verzamelde data werd veilig opgeslagen en enkel geraadpleegd door de onderzoeker. Het onderzoek werd goedgekeurd door het Ethisch comité op 25/09/2024 (zie bijlage B).

3. Resultaten

In totaal werden 10 huisartsen uit 4 verschillende wachtdienstgebieden geïnterviewd: 5 vrouwen en 5 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar. Vier van hen werkten in een groepspraktijk, drie in een solopraktijk, twee in een duo-praktijk en één in een wijkgezondheidscentrum. Allen werkten ze in een regio waar een huisartswachtpost actief is, bij slechts één huisarts was de wachtpost enkel actief in het weekend, hier was 1733 ook nog niet uitgerold. Bij de andere huisartsen werd er wel gebruik gemaakt van 1733 (fase 2) Enkel in de regio van B, C (zie tabel) is het verplicht 1733 te contacteren vooraleer men zich kan aanmelden in de wachtpost.

Code	Geslacht	Leeftijd	Praktijkvorm	Regio
P1	V	40	Groepspraktijk	A
P2	M	36	Groepspraktijk	B
P3	M	48	Solopraktijk	A
P4	M	36	Solopraktijk	C
P5	V	36	Wijkgezondheidscentrum	D
P6	M	57	Solopraktijk	A
P7	V	30	Groepspraktijk	A
P8	V	56	Groepspraktijk	A
P9	V	37	Duopraktijk	C
P10	M	53	Duopraktijk	C

3.1. Professionele identiteit

3.1.1. Verlies van autonomie

Huisartsen ervaren een gevoel van vervreemding over de huidige organisatie van de wachtdienst. De centralisering van de werking maken dat sommigen zich herleid voelen tot uitvoerder. Het gevoel van collegialiteit onder huisartsen, heeft plaatsgemaakt voor bureaucratie en afstandelijkheid, en dit heeft impact op motivatie en werkplezier. Sommige huisartsen wijzen op de beperking in professionele beslissingsvrijheid. Ze geven aan dat ze vroeger wachtdiensten van thuis uit konden opnemen en telefonisch veel konden afhandelen. Deze manier van werken werd als werkbaar en efficiënt beschouwd, en liet toe om op maat van de situatie te handelen. Dat is nu niet langer mogelijk.

P8: *"We hebben daar echt het gevoel dat wij als arts gewoon uitvoerders zijn van wat boven ons hoofd beslist wordt. Dat we geen inspraak hebben is een grote ontevredenheid."*

De verplichte samenwerking met een chauffeur en de bijhorende structuur wordt over het algemeen als positief ervaren, maar enkelen missen zelfstandigheid en flexibiliteit in dit systeem, wat leidt tot tijdsverlies en frustratie.

Tot slot wordt ook het triageproces als minder autonoom ervaren. Artsen kunnen zelf minder inschatten of een consultatie al dan niet nodig is, wat het gevoel versterkt dat de arts minder beslissingsruimte heeft.
Hoewel de huidige organisatie voor meer uniformiteit zorgt, leidt ze volgens sommige huisartsen tot verlies van werkplezier, betrokkenheid en motivatie door het wegvallen van autonomie.

3.1.2. Maatschappelijke functie en patiënteneducatie

Sommige huisartsen vinden dat hun rol als arts in de diepe nacht niet los te koppelen is van de sociaal-maatschappelijke context. Losstaand van de urgentiegraad, vinden sommige artsen het hun taak oor te bieden aan ongerustheid en het bieden van educatie.

P2: *"De meeste zaken zijn in principe misschien wel uit te stellen naar de ochtend toe, maar ergens blijf ik ook vinden dat we een maatschappelijke functie hebben, en die zit hem vooral in medische educatie."*

Er wordt verwezen naar situaties waarin patiënten niet over voldoende kennis beschikken om de ernst van een klacht in te schatten, of wanneer angst en onwetendheid de hoofdreden zijn om medische hulp in te roepen. In die gevallen is er niet noodzakelijk sprake van misbruik, maar eerder van een reële nood aan geruststelling.

P3: *"De grootste reden van de mensen om te komen is angst en onwetendheid. (…) Ik snap dat mensen dat niet durven inschatten."*

Huisartsen begrijpen dat de drempel om hulp te zoeken in sommige gevallen laag ligt, zoals bij jonge kinderen. Angst en ongerustheid spelen daarbij een grote rol bij ouders die zich onzeker voelen of het gevoel hebben dat de situatie mogelijk ernstig is. In die context wordt het bieden van geruststelling als zinvol ervaren. Ze benadrukken dat menselijkheid essentieel blijft in hun werk. In meerdere uitspraken wordt het belang van het geruststellen van ongeruste patiënten benadrukt, ook al is de medische urgentie beperkt. Ook het verlichten van pijn of ongemak wordt door sommige huisartsen gezien als een waardevolle invulling van nachtelijke zorg.
Toch blijft het spanningsveld bestaan tussen beschikbaarheid enerzijds en het vermijden van overconsumptie anderzijds.

P2*: (over geruststelling 's nachts) "Liefst niet hé! De wachtpost mag geen nachtwinkel worden."*

3.1.3. Beroepseer, plichtsbewustheid en een job in verandering.

Artsen geven hun kijk op veranderingen binnen de organisatie van de zorg en werkervaringen doorheen de jaren. Ze spreken over de rol die ze willen opnemen als huisarts. Moeilijke en onaangename taken zijn deel van het beroep en bepalen deels de identiteit van de huisarts. Daarbij leeft bij sommige artsen het besef dat de context van huisartswachtdienst verandert, maar ook het verlangen om trouw te blijven aan wat men als deel van het vak beschouwt. Huisartsen benadrukken dat hun werk soms zwaar is, zeker tijdens de nachten. Toch hoort dat volgens sommigen nu eenmaal bij het beroep. Ze verwijzen naar de verantwoordelijkheid en plicht die gepaard gaan met arts zijn, ook wanneer het fysiek of mentaal belastend is.

P3: *"We zijn toch allemaal zeer gevoelig geworden. Je mag je voet zetten waar je wilt, je staat op iemand z'n tenen. Ik heb dan zoiets van: jong, je bent wel dokteur geworden hé."*

Ook het verschil tussen vroeger en nu wordt regelmatig aangehaald. Oudere huisartsen verwijzen naar een tijd waarin het aantal wachtdiensten veel hoger lag, maar waar engagement vanzelfsprekend was. Tegelijk erkennen ze dat de werkomstandigheden van vroeger moeilijk te vergelijken zijn met nu.

Dit illustreert hoe sommige huisartsen zoeken naar evenwicht tussen hun veranderende werkomgeving en hun blijvend plichtsgevoel. Hoewel het systeem evolueert, blijft de trots op het beroep bestaan.

3.1.4. Verantwoordelijkheidsgevoel

Huisartsen ervaren een gevoel van verantwoordelijkheid dat meespeelt in hun beslissingen om al dan niet patiënten te zien. Ook wanneer de urgentiegraad beperkt lijkt, geven sommige artsen aan toch te gaan.

P6: "*Ik persoonlijk ging altijd. Ja. Omdat je eigenlijk altijd verantwoordelijk bent voor wat er gebeurt. Ook als je niet ging en als dat toch een keer slecht zou aflopen.*"

Daarnaast geven sommige huisartsen aan dat het niet altijd eenvoudig is om een inschatting te maken of om mensen telefonisch gerust te stellen. Het verantwoordelijkheidsgevoel speelt ook bij meer structurele afspraken, zoals bij overlijdensmeldingen vanuit woonzorgcentra. Dit verantwoordelijkheidsgevoel wordt deels ingegeven door zorgethiek, maar ook door een onderliggende angst voor juridische of tuchtrechtelijke gevolgen wanneer men besluit niet te gaan.

Deze uitspraken laten zien dat het verantwoordelijkheidsgevoel bij nachtelijke wachtdiensten een rol speelt op zowel individueel als medico-legaal niveau.

3.1.5. Onbevredigend werk

Niet alle ervaringen tijdens de diepe nacht worden als even zinvol of motiverend ervaren. Verschillende huisartsen geven aan dat het werk op die momenten soms als onbevredigend wordt beleefd, zeker wanneer het gevoel ontbreekt dat de zorg echt noodzakelijk is. Voor sommige artsen is het zelfs een bepalende factor in hun bereidheid om wachtdiensten op te nemen.

Ook het verschil tussen vroeger en nu komt aan bod. Steeds vaker wordt urgente pathologie (terecht) opgevangen door de spoeddiensten. Patiënten met ernstige aandoeningen gaan tegenwoordig sneller rechtstreeks naar de spoeddienst, onder meer door toegenomen kennis over urgenties, een historische verschuiving van urgentiebehandeling weg van de huisarts, en rechtstreekse triage naar spoed via 1733. Dit beperkt de rol van huisartsen in de acute zorg aanzienlijk.

P10: *"Vroeger vond ik als je gaat voor een urgentie 's nachts, je was misschien wel moe de volgende dag, maar je had het gevoel dat je iets zinvols gedaan had (…) Dat gevoel van, ik maak vannacht het verschil in de wachtpost, dat heb je totaal niet."*

Dit toont aan dat huisartsen niet enkel belang hechten aan de handelingen die ze stellen, maar ook aan de betekenis ervan. Wanneer die betekenis ontbreekt, kan het werk tijdens de nacht als weinig bevredigend of zelfs frustrerend worden ervaren.

3.2. Gezondheid en functioneren van huisartsen

3.2.1 Functioneren tijdens en na de diepe nacht

De huisartswachtdienst tijdens de diepe nacht laat vaak sporen na, niet alleen tijdens de dienst zelf, maar ook op het functioneren de dagen erna. Huisartsen ervaren deze nachten als belastend, zowel fysiek als mentaal. Sommigen merken op dat de vermoeidheid niet stopt bij het einde van de wachtdienst. Huisartsen ervaren dat een inslapende wachtdienst hun functioneren tot dagen nadien negatief beïnvloedt. Hoewel de drukte tijdens een diepe nacht kan variëren, laat zelfs een rustige wacht vaak een effect na.

P9: *"Ik heb al twee keer gehad dat ik geen oproepen had tussen 12u en 6u, maar het is ook niet dat je een goede nachtrust hebt. (…) Heel de week vind ik daardoor gehypothekeerd."*

Naast vermoeidheid speelt ook het levensstadium een rol. Oudere artsen ervaren dat nachtwachten zwaarder doorwegen dan vroeger, terwijl ook jongere artsen aangeven dat de combinatie met levensfasegebonden factoren, zoals borstvoeding, de belasting verhoogt. Toch verschilt de impact sterk per persoon en vermoedelijk ook per wachtgebied. P2 geeft aan dat de meeste zondagnachten eerder rustig verlopen en dat hij de volgende dag zonder probleem opnieuw aan het werk kan. Bij anderen ligt het anders en wordt de dag na een nachtwacht bewust tijd vrijgemaakt voor herstel.
Ten slotte leeft bij sommigen het gevoel dat de impact van een diepe nachtwacht niet langer in verhouding staat tot de medische meerwaarde:

P10: *"Ik vind de medische meerwaarde relatief beperkt voor de impact dat het voor de rest heeft zeker op de kwaliteit van je werk voor de rest van de week. En uiteindelijk ook op je work-life balance."*

Samengevat toont dit thema hoe het functioneren van huisartsen sterk beïnvloed kan worden door nachtelijke wachtdiensten, zowel op korte als langere termijn, en met persoonlijke verschillen afhankelijk van leeftijd, omstandigheden en praktijkorganisatie.

3.2.2 Gevoelens van onbekwaamheid

Hoewel huisartsen over het algemeen zich in staat achten goede medische hulp te verlenen, kunnen bepaalde omstandigheden tijdens de diepe nacht leiden tot gevoelens van onzekerheid of verminderde bekwaamheid. Deze gevoelens zijn vaak niet het gevolg van een gebrek aan kennis of ervaring, maar eerder van vermoeidheid, tijdsdruk en moeilijke werkomstandigheden. De vermoeidheid na een volle werkdag voorafgaand aan de inslapende wacht speelt daarbij een belangrijke rol. Daarbovenop speelt ook het ontbreken van patiëntcontext een rol.

P8: *"Het is niet dat wij niet capabel zijn die patiënten te zien. Maar je ontziet het om de hele nacht te werken, omdat je weet dat je 's nachts gewoon ook niet meer zo goed functioneert."*

Samenvattend komt naar voren dat sommige huisartsen door verschillende factoren minder goed functioneren tijdens de diepe nacht, wat gevoelens van onbekwaamheid in de hand kan werken.

3.2.3 Veiligheidsbeleving

Huisartsen geven aan dat veiligheid tijdens nachtelijke wachtdiensten een belangrijk aandachtspunt is. In het bijzonder bij huisbezoeken in minder veilige buurten voelen sommigen zich kwetsbaar. Een degelijke logistieke omkadering wordt gezien als essentieel om risico's te beperken. Meerdere artsen geven aan dat ze zich zonder chauffeur niet veilig zouden voelen. De infrastructuur van de wachtpost zelf is ook van invloed op het veiligheidsgevoel.

Artsen die in meerdere wachtposten actief zijn, merken duidelijke verschillen in veiligheidsgevoel. Zo vertelt een huisarts dat ze zich in de ene wachtpost veilig voelt dankzij de aanwezigheid van een noodknop, een vluchtweg en aanwezigheid van security, terwijl ze zich in de andere juist onveilig voelt door het ontbreken van die voorzieningen. Voor vrouwelijke artsen is er bijkomende bezorgdheid rond grensoverschrijdend gedrag. Eén arts getuigt over een man die herhaaldelijk belde voor een huisbezoeken en vrouwelijke artsen in het verleden seksueel intimideerde.

Hoewel de mate van veiligheidsbeleving verschilt per locatie en ervaring, zijn alle respondenten het erover eens dat de aanwezigheid van een chauffeur en duidelijke veiligheidsmaatregelen onmisbaar zijn.

3.3. Organisatie en structuur

3.3.1. Triagesysteem

De meningen over de werking van het triagesysteem via 1733 zijn verdeeld. Huisartsen ervaren dat het systeem soms goed werkt, zeker bij het herkennen van duidelijke urgenties. Tegelijk geven velen aan dat de triage regelmatig planbare zorg doorstuurt naar de wachtdienst.

Er is ook twijfel over de medische inschatting die via het systeem gemaakt wordt. Verschillende artsen wijzen erop dat de triage gebeurt door mensen zonder medische achtergrond. Ook wordt er geopperd dat het 'pluis-niet-pluisgevoel' van artsen moeilijk te vervangen is door een protocol.

Daarnaast wijst een aantal huisartsen op een structureel probleem in de organisatie van het systeem zelf. Zo blijft het op sommige wachtposten mogelijk voor patiënten om zonder telefonische triage toch rechtstreeks naar de wachtpost te komen. Hierdoor verliest de triage deels haar functie. Het systeem laat in deze situatie niet toe om een gecontroleerde toegang tot de wachtdienst te garanderen, wat tot frustratie leidt bij huisartsen.

Hoewel triage op zich als nuttig wordt erkend, blijkt uit de gesprekken dat het huidige systeem in de praktijk nog tekortschiet. Vooral over-triage en de manier waarop het systeem wordt gebruikt of omzeild, blijven belangrijke aandachtspunten.

3.3.2. Rolverdeling tussen zorginstellingen

De grens tussen de taken van de huisarts van wacht en de spoeddienst is in de diepe nacht niet altijd scherp afgebakend. Verschillende huisartsen geven aan dat bepaalde hulpvragen (zoals snijwonden die gehecht moeten worden of ongerustheid bij zieke kinderen) zowel in de wachtdienst als op de spoed kunnen worden opgevangen. Voor patiënten is het vaak minder van belang wie hen helpt, zolang ze snel en correct worden geholpen.

Toch zijn er duidelijke verschillen in context en ondersteuning. Op de spoeddienst is er doorgaans een volledig team aanwezig, met verpleegkundigen en infrastructuur, en is er ruimte voor recuperatie na een nachtshift. Huisartsen missen die ondersteuning. De rolverdeling tussen de twee lijnen blijft volgens meerdere respondenten een punt van discussie.

Daarbij wordt ook gekeken naar samenwerking en toekomstige organisatievormen. Er wordt verwacht dat de fysieke nabijheid van spoed en wachtpost invloed zal hebben op het wachtpostgebruik. Sommigen pleiten voor een nauwere integratie van beide diensten, zowel inhoudelijk als financieel. P5 stelt voor om faciliteiten te delen. Ook de financiering zou volgens haar beter afgestemd kunnen worden.

Tegelijk klinkt er ook twijfel over de noodzaak om een hele wachtdienst draaiende te houden voor slechts enkele patiënten. En wordt de denkoefening gemaakt of de diepe nacht niet volledig door de spoeddienst kan opgevangen worden.

P10: *"Om gemiddeld twee patiënten per nacht te zien met een chauffeur en een secretariaat (…) kan je wel afvragen of je die patiënten dan niet beter ziet op spoed."*

De rolverdeling tussen spoed en wachtpost blijft daarmee een evenwichtsoefening. Verdere afstemming tussen beide lijnen wordt door velen als noodzakelijk gezien.

3.3.3. Transparantie binnen de wachtpostorganisatie

Binnen de werking van de huisartsenwachtdienst leeft bij verschillende artsen de behoefte aan meer transparantie, zowel over het triageproces als over de informatie die gedeeld wordt tussen de betrokken partijen. Er heerst onduidelijkheid over wat er precies gebeurt met ingevoerde gegevens, hoe beslissingen tot stand komen, en welke informatie artsen op de wachtpost mogen inzien of gebruiken.

Zo geven meerdere artsen aan dat ze de urgentiegraad van een consult kunnen ingeven, maar niet weten wat er vervolgens met die informatie gebeurt. Nochtans leeft voor sommigen de hoop dat een correcte en consequente invulling van urgentiegraad kan bijdragen aan een betere evaluatie van het wachtdienstgebruik. Ook de beperkte informatiedeling over individuele patiënten wordt als een gemis ervaren. Artsen moeten patiënten zien zonder vooraf de hulpvraag te kennen.

Ook over het triagesysteem 1733 bestaat er onduidelijkheid. Hoewel sommige artsen weten dat het systeem eerder werd toegelicht, blijft het moeilijk om te volgen wat er achter de schermen precies gebeurt.

P2 is optimistischer en verwijst naar een lezing waarbij de coach van 1733-operatoren uitleg gaf over het triage-protocol. Toch blijft het gevoel bestaan dat huisartsen onvoldoende zicht hebben op de werking en beslissingen binnen het systeem.

Kortom, het gebrek aan transparantie belemmert volgens artsen niet alleen de praktische werking, maar ook de mogelijkheid om het gebruik van de wachtdienst op een onderbouwde manier te analyseren en bij te sturen. Meer inzicht in triage, informatiedeling en opvolging wordt gezien als een noodzakelijke stap richting een beter georganiseerde en beter begrepen wachtdienst.

3.4. Financiering en beleidsmatige keuzes

3.4.1. Financiële Incentive

Huisartsen ervaren dat de huidige financiële structuur van wachtposten nefast is voor het correct gebruik van de wachtdienst. Enkel een hoog aantal consultaties houdt de wachtpost draaiende. Het huidige model moedigt volgens hen overconsumptie aan.
Ook bemoeilijkt het strikte triage en creëert het frustratie omdat het volume belangrijker lijkt dan de kwaliteit van de zorg. Meerdere huisartsen brachten hun bezorgdheid uit over het feit dat triage soms wordt afgezwakt uit financiële overwegingen.

P7: *"De wachtpost heeft wel baat bij meer consultaties. Dat financiële speelt enorm. Dat is een achterliggende agenda, heb ik soms het gevoel."*

Sommige artsen ervaren dat telefonische consultaties of terughoudendheid in het fysiek zien van patiënten op weerstand stuit, mogelijk ook uit financiële overwegingen.

Samenvattend ervaren huisartsen de structurele afhankelijkheid van de wachtpost van patiëntenaantallen als strijdig met evidence-based en doelgerichte zorg.

3.4.2. Financiering van huisartsen

De manier waarop huisartsen tijdens wachtdiensten vergoed worden verschilt per regio. In sommige wachtposten wordt gewerkt met een forfaitair systeem per shift, terwijl andere gebieden vasthouden aan betaling per prestatie. De meningen over welk systeem het meest rechtvaardig of werkbaar is, lopen uiteen. Sommige artsen zijn tevreden met het huidige model waarin ze werken, anderen uiten kritiek. De discussie strekt zich breder uit dan de vergoeding op zich. Ook waardering, werkbelasting en solidariteit binnen het team spelen

een rol. Sommige artsen benadrukken dat een hoge vergoeding niet noodzakelijk opweegt tegen de vermoeidheid en het verlies van een werkdag erna.

P1: *"Ik verdien dan liever minder maar dat het een goede wachtdienst is die goed georganiseerd is, dan dat ik de volgende dag kan werken dan een hoog bedrag moet verdienen om van wacht te zijn."*

De overgang naar een forfaitair systeem heeft bij sommige artsen geleid tot een gevoel van verminderde motivatie. Waar vroeger een gedeeltelijke prestatievergoeding nog aanspoorde om consulten op te nemen, zorgt het forfaitair systeem ervoor dat inzet en werkbelasting minder direct beloond worden. In dat opzicht fungeerde het prestatiesysteem vroeger soms als compensatie voor de intensiteit en verantwoordelijkheid van het werk. Om deze discussie te vermijden is in sommige wachtgebieden betaling per prestatie behouden.

P5: *"Ik heb 1600 euro gedraaid. Je was niet blij. Je had veel moeten werken. Maar je troost zat wel in portemonnee. (…) Dat verzachte de pijn."*

Toch zijn er ook artsen die het verdelen van de inkomsten onder alle artsen aanvaardbaar vinden. In een prestatiesysteem verdient de rijdende arts minder dan de zittende arts. Wie in een jaar meer zittende wachtdiensten heeft is dus in het voordeel, wat wrevel kan veroorzaken.

De discussie over de financiering toont aan dat artsen niet alleen kijken naar wat ze verdienen, maar ook naar wat werkbaar en billijk aanvoelt.

3.5. Toegankelijkheid, misbruik en capaciteit

3.5.1. Huisartsentekort

Verschillende huisartsen geven aan dat het toenemende huisartsentekort een directe invloed heeft op de werking en belasting van de wachtdienst. In sommige regio's is de reguliere zorg overdag moeilijk bereikbaar, waardoor patiënten sneller hun toevlucht zoeken tot de wachtdienst – ook voor niet-dringende zorg.
De wachtdienst fungeert daardoor steeds vaker als vangnet voor mensen zonder vaste huisarts. Sommigen zien de wachtpost zelfs als een noodzakelijk kwaad voor deze groep patiënten.

P5: *"De wachtpost is zeker geen antwoord op de huisartsennood in bepaalde regio's. Maar ondertussen hebben de mensen wel geen andere mogelijkheden."*

Het gevolg is dat patiënten gefragmenteerde zorg krijgen, met wisselende artsen die hen slechts sporadisch zien. Dit leidt volgens sommigen tot minder kwaliteitsvolle zorg en vormt zelfs een gevaar voor de patiëntveiligheid.
Niettemin kan de wachtdienst in sommige gevallen ook verlichting bieden aan huisartsen die tijdens de week al verdrinken in het werk. Soms is het een opluchting wanneer patiënten tijdens het weekend al gezien en geholpen zijn.

Het is vanzelfsprekend dat de wachtdienst niet bedoeld is om structurele gaten in de eerstelijnszorg op te vangen. Zonder versterking van de reguliere huisartsenzorg blijft de druk op de wachtdienst groot.

3.5.2. Lagere sociale klassen tijdens de diepe nacht

Enkele huisartsen merken op dat tijdens de diepe nacht disproportioneel meer consultaties plaatsvinden bij patiënten uit lagere sociale klassen. De urgentie van deze contacten is vaak beperkt, terwijl onderliggende sociale problemen vaker op de voorgrond treden.

P8: *"Ik vind vaak: hoe later op de nacht, hoe minder terecht de consultatie. Omdat dan die sociale problematieken naar boven komen."*

Mede doordat het wachtpostgebied ook stedelijke gebieden omvat worden artsen vaker geconfronteerd met patiënten in kwetsbare leefomstandigheden.

Ook de financiële drempel speelt hierin een rol. Sinds de wachtdienst toegankelijker en goedkoper is geworden, zou het profiel van de patiënten veranderd zijn.

Deze observaties roepen vragen op over het gebruik van de wachtdienst voor problemen die niet strikt medisch zijn, en wijzen tegelijk op een breder maatschappelijke probleem: hiaten in zorgverlening voor mensen in sociaal kwetsbare situaties.

3.5.3. Te laagdrempelig

Huisartsen uiten bezorgdheid over de lage drempel tot de huisartsenwachtdienst, zeker tijdens de diepe nacht. Wat oorspronkelijk bedoeld was als noodvoorziening, is voor sommige patiënten een gemakkelijke en snelle toegang tot zorg geworden. De combinatie van vlotte bereikbaarheid, lage kosten en het wegvallen van wachttijden overdag zorgt ervoor dat steeds meer mensen de wachtdienst gebruiken uit gemak.

P10: *"Ik zie al mensen die de maandagochtend om 5 uur op de wachtpost komen. En om 6u beginnen werken en dan rap een keer via de wachtpost passeren. Dat kan toch niet de bedoeling zijn?"*

Volgens meerdere artsen ligt een deel van het probleem in het gebrek aan financiële drempel. De kostprijs voor een nachtelijk consult of huisbezoek is vaak zeer laag. Daarnaast wijzen huisartsen op een gemis aan bewustmaking en educatie van patiënten over het juiste gebruik van de wachtdienst. De wachtpost wordt door sommigen gebruikt als een luxeservice.

Artsen stellen dat het merendeel van de bevolking de wachtdienst wel correct gebruikt. Echter het gedrag van een kleine groep patiënten zorgt voor een groot deel van de druk op de wachtdienst. Er wordt verwezen naar het Pareto-principe, waarbij een 20% van de gevallen 80% van de belasting veroorzaakt.

Bovendien weten veel patiënten niet dat de de wachtdienst wordt opgevangen door de actieve huisartsen in de regio. Eerder denken ze dat er een nachtarts is die sowieso paraat blijft. Dit kan ook drempelverlagend werken.

Hoewel niemand het belang van toegankelijke zorg in vraag stelt, leeft de overtuiging dat de balans momenteel zoek is. De lage drempel verlaagt de kwaliteit van de wachtdienst en zet druk op een systeem dat net bedoeld is voor dringende medische hulp.

3.5.4. Service-induced demand

Enkele huisartsen wijzen op het fenomeen van *service-induced demand*: het idee dat het zorgaanbod zelf bijdraagt aan het creëren van extra vraag.

Maatregelen zoals werken op afspraak of extra personeel inschakelen zouden de dienstverlening aantrekkelijker maken, de drempel nog doen verlagen en de vraag verder doen toenemen, aldus een arts.
Ook de veronderstelling dat de wachtpost de druk op de spoeddienst zou verlichten, klopt volgens de meeste huisartsen niet. Door service-induced demand dreigen zowel de wachtdienst als de spoeddienst overrompeld te worden.

Binnen dit thema wordt duidelijk dat er nood is aan een evenwicht tussen bereikbaarheid en begrenzing.

3.6. Toekomstvisies en aanbevelingen van huisartsen

3.6.1. Strikte indicatiestelling tijdens de diepe nacht

Sommige artsen pleiten voor een herstructurering van de nachtelijke wachtdienst met strikte indicatiestelling. Ze stellen voor om de focus te leggen op specifieke doelgroepen en medische problemen. Artsen denken aan bewoners van woonzorgcentra, overlijdens en hechtingen.

3.6.2. Inzet van Externe Artsen voor Nachtshiften

Om de werkdruk te verlichten, wordt voorgesteld om externe artsen in te zetten die bewust kiezen voor nachtshiften. Dit zou de belasting voor reguliere huisartsen verminderen.

3.6.3. Educatie van Patiënten

Er is een duidelijke nood aan educatie van patiënten om onnodige consultaties te verminderen. Huisartsen benadrukken het belang van duidelijke communicatie over wanneer het gepast is om de wachtdienst te contacteren. Dit bijvoorbeeld via infomercials op televisie of folders die patiënten krijgen in de wachtzaal.
Volgens sommigen is ook betere communicatie wenselijk over het feit dat nachtwachten vaak worden gedaan door artsen die overdag werken en proberen te rusten tijdens de dienst.

3.6.4. Financiële prikkels om onnodig gebruik te verminderen

Het verhogen van het remgeld tijdens de diepe nacht wordt door sommige huisartsen gezien als een mogelijke maatregel om onnodige consultaties te ontmoedigen en het gebruik van de wachtdienst beter te richten op medische noodzaak. De huidige lage financiële drempel wordt vaak als een factor beschouwd die bijdraagt aan overconsumptie. Tegelijkertijd roept het voorstel ethische vragen op rond toegankelijkheid van zorg, vooral voor kwetsbare groepen.

P4: *"Als de patiënt weet dat ze het volledige bedrag betalen en het dan later terug krijgen, gaan ze misschien sneller wachten tot de volgende dag"*

Sommige huisartsen stellen voor om financiële drempels in te voeren voor patiënten die onterecht gebruikmaken van de wachtdienst, om zo het aantal onnodige consultaties te verminderen. De vraag rijst hoe en door wie zal worden vastgesteld of een consultatie al dan niet gerechtvaardigd was.

3.6.5. Herziening van de Organisatie en Financiering van Wachtposten en FSV

Er wordt gesuggereerd om de organisatie en financiering van de wachtdienst te herzien, zodat deze beter aansluit bij de huidige behoeften en realiteiten van de huisartsenpraktijk. Bijvoorbeeld een eerste- en tweedelijnsspoedzorg die beter op elkaar afgestemd om efficiënter te functioneren en middelen doelmatiger in te zetten

Andere artsen benadrukken vooral de impact van schaalvergroting op het persoonlijke welzijn van huisartsen tijdens wachtdiensten. Volgens deze respondent betekent een groter wachtgebied niet noodzakelijk een betere dienstverlening aan de bevolking, terwijl het voor de artsen zelf wel leidt tot meer ongemak en verminderde rust. Een terugkeer naar kleinere wachtgebieden, zoals vroeger, wordt gezien als een mogelijke verbetering van de werkomstandigheden.

P6: *"Ik vind het geen verbetering met je wachtgebied groter te maken. Moest het gebied kleiner zijn, zoals vroeger, dan kan je thuis slapen. Dan zal de bediening van de bevolking hetzelfde zijn. Maar voor ons persoonlijk zal het beter zijn."*

3.6.6. Versterking van de reguliere eerstelijnszorg

Een versterking van de reguliere eerstelijnszorg wordt door enkele huisartsen gezien als een structurele oplossing om de druk op de wachtpost te verlagen. Door in te zetten op betere bereikbaarheid en continuïteit binnen de gewone praktijkwerking, zou de nood aan nachtelijke tussenkomsten kunnen afnemen en de rol van de wachtpost op termijn herzien of zelfs overbodig worden. Daarbij hoort ook het aanpakken van het huisartsentekort als een essentieel onderdeel gezien van een duurzame hervorming.

P5: *"Ik denk dat je het niet los kunt zien van ons werk overdag en hoe we gezondheid zien in het algemeen. Zien we gezondheid als brandjes blussen en mensen die ziek zijn verder helpen? Of zie je gezondheid als mensen gezond houden en informeren?"*

3.6.7. Herziening van het triagesysteem

Er werden verschillende voorstellen geformuleerd om het huidige triagesysteem te herzien, met bijzondere aandacht voor de werking van het nummer 1733. Enkele respondenten pleiten voor een afschaffing van 1733 en de triage te laten uitvoeren door verpleegkundigen of zelfs door een arts, terwijl anderen juist voorstellen om 1733 verder uit te breiden en verplicht te maken in alle regio's zodat patiënten niet langer zonder voorafgaand telefonisch contact worden gezien. Daarnaast wordt gesuggereerd om het systeem sterker te sturen op het onderscheiden van dringende en planbare zorg, zodat patiënten met niet-dringende hulpvragen efficiënter

kunnen worden doorverwezen naar zorg binnen de kantooruren. Tot slot wordt ook de financiële afhankelijkheid van consultaties op de wachtpost in vraag gesteld: omdat de werking deels afhankelijk is van het aantal uitgevoerde raadplegingen, kan dit aanleiding geven tot een bewust lakse triage.

3.6.8. Het volledig sluiten van de wachtpost tijdens de diepe nacht

Over het al dan niet openhouden van de wachtpost tijdens de diepe nacht zijn de meningen verdeeld. Een meerderheid van de geïnterviewde huisartsen beschouwt ondanks de vele tekortkomingen de beschikbaarheid van de huisarts in deze uren nog steeds als noodzakelijk binnen ons gezondheidssysteem. Tegelijkertijd zijn er ook stemmen die stellen dat nachtelijke zorg buiten het taakveld van de huisarts valt en in het huidige zorglandschap een permanente aanwezigheid van huisartsen in deze uren niet meer noodzakelijk is.

4. Discussie

Deze studie bracht in kaart hoe Vlaamse huisartsen de wachtdienst tijdens de diepe nacht ervaren. De zes thema's die uit de analyse naar voren kwamen, bieden inzicht in de verschillende dimensies van deze ervaring.

De schaalvergroting en het top-down karakter van beslissingen leiden bij sommigen tot een gevoel van vervreemding en verlies aan betrokkenheid. Anderzijds blijft bij sommige huisartsen een zeker plichtsgevoel aanwezig. Toch wordt dat gevoel steeds meer onder druk gezet door een veranderende context. Verder blijkt de diepe nacht zwaar te wegen op het lichamelijk en mentaal functioneren van huisartsen. Dit kan gevoelens van onbekwaamheid in de hand werken.

1733 wordt door sommige artsen als nuttig beschouwd, maar velen uiten twijfels over de medische inschattingen en de wijze waarop het systeem wordt toegepast. Urgenties worden volgens de artsen vaak onderschept, echter veel huisartsen vinden dat 1733 onder-trieert. Zeker in regio's waar het gebruik van 1733 niet verplicht is, blijft de instroom van planbare zorg hoog.

Het merendeel van de artsen vindt dat de financiële tegemoetkoming niet altijd in verhouding staat tot de werkbelasting. Daarnaast worden de consultatie-gedreven inkomsten ervaren als een belemmering voor strikte triage.

Verder signaleren huisartsen dat de drempel tot het komen naar de wachtdienst erg laag is. Patiënten zonder vaste huisarts, of mensen uit kwetsbare sociaaleconomische contexten zijn volgens hen oververtegenwoordigd. Artsen ervaren dat de wachtdienst te vaak wordt gebruikt uit gemakzucht.

Sommigen stellen voor om nachtelijke zorg te beperken tot strikte indicatiestelling. Anderen pleiten voor structurele aanpassingen zoals betere triage, heldere patiënteneducatie, inzet van aparte nachtartsen of een herziening van het financieringssysteem.

Tot slot klinkt bij enkele huisartsen de overtuiging dat het systeem in zijn huidige vorm niet meer houdbaar is. Voor hen wegen de nadelen: verminderde nachtrust, verlies aan kwaliteit van zorg, psychische belasting, lage urgentiegraden en de grote overheidsinvesteringen – zwaarder door dan de voordelen. Vanuit dat perspectief klinkt de roep om het systeem fundamenteel te herbekijken: het structureel af bouwen ten gunste van andere, meer doelmatige inzet van middelen binnen de eerstelijnszorg.

De resultaten van deze studie worden hieronder naast de bestaande literatuur geplaatst. Zo wordt duidelijk in hoeverre de ervaringen van huisartsen tijdens de diepe nacht overeenkomen met of afwijken van eerdere bevindingen:

De beleving dat de urgentiegraad tijdens de diepe nacht vaak laag is en dus het werk op dat moment weinig zinvol is kan worden gestaafd door de statistische gegevens van de wachtpostbezoeken, waarin de urgentiegraden tijdens de diepe nacht inderdaad doorgaans laag blijkt. (18)

De literatuur toont bovendien aan dat beperkte toegang tot reguliere eerstelijnszorg, zoals een tekort aan huisartsen, of moeilijkheden om tijdig een afspraak te krijgen, leidt tot een verhoogd gebruik van de wachtdienst. (19) Onze bevindingen sluiten hierbij aan: artsen ervaren dat de overbelasting van de wachtdienst mede voortkomt uit het huisartsentekort.

Ook triage via 1733 heeft volgens veel artsen nog niet geleid tot verlichting van de wachtdienst. Deze ervaring wordt eveneens ondersteund door de literatuur, waarin een aanzienlijk aandeel over-triage wordt beschreven. (15) Ook de wens naar bindende triage, waarbij patiënten verplicht eerst 1733 moeten bellen, leeft sterk bij de respondenten, en lijkt in vervulling te gaan via het nieuwe wetsvoorstel dat in 2026 van kracht gaat. 1733 zou ook vanuit de wachtpost zelf geraadpleegd mogen worden. (3) Tegelijkertijd roept dit vragen op: wat gebeurt er met patiënten die zich al op de wachtpost aanmelden, maar van 1733 te horen krijgen dat hun hulpvraag niet thuishoort binnen de wachtdienst?

Daarnaast wordt uitbreiding van wachtdienstgebieden in FSV in de literatuur geprezen om het verlagen van de werkdruk en een duurzamer gebruik van middelen. (20) Echter huisartsen ervaren in deze studie deze uitbreiding tijdens de diepe nacht niet steeds als een verbetering. De inslapende wachten worden als zwaarder ervaren, artsen moeten verplicht in de wachtpost verblijven, en de rijdende arts legt vaak grote afstanden af. Daarbij rijst de vraag of patiënten aan de rand van het gebied wel de moeite doen om naar de wachtpost te rijden, of eerder voor een nabijgelegen spoeddienst kiezen.

Deze bezorgdheid over bereikbaarheid en werkdruk wordt versterkt door het beperkte gebruik van telefonische consultaties binnen de wachtdienst, hoewel artsen erkennen dat dit de nachtdienst potentieel zou kunnen verlichten. (8)

Een gevoel van onveiligheid tijdens nachtwachten wordt door sommige huisartsen ervaren. Een verhoogd risico op agressie tijdens de diepe nacht wordt door de literatuur erkend. (12) Niettemin worden de aanwezigheid van een chauffeur en een goed uitgeruste wachtpost als belangrijke verbeteringen voor het veiligheidsgevoel genoemd.

Ook de negatieve impact van nacht- en shiftwerk op de gezondheid van medisch personeel is herkenbaar voor huisartsen. Dit wordt uitgebreid beschreven en bevestigd in de literatuur. (7)

Tot slot blijkt dat het traditionele plichtsgevoel – “je bent wel dokter geworden hè” – nog steeds leeft onder enkele huisartsen, maar uit de literatuur blijkt toch dat de bereidheid om nachtwachten te doen de afgelopen decennia is afgenomen, ook bij oudere artsen. (6) (18)

De resultaten van deze studie bevestigen in grote lijnen wat in de literatuur bekend is over de uitdagingen van nachtelijke huisartswachtdiensten, maar brengen ook bijkomende bezorgdheden aan het licht over werkdruk, organisatie en het zinvolle karakter hiervan.

5. Conclusie

Deze studie onderzocht hoe huisartsen de wachtdienst tijdens de diepe nacht ervaren, in een context van organisatorische hervormingen, toenemende werkdruk en maatschappelijke veranderingen. Uit de interviews blijkt dat artsen zich hiertegenover op verschillende manieren positioneren: sommigen beschouwen het als een essentieel onderdeel van onze gezondheidszorg, anderen betwijfelen of de diepe nacht nog thuishoort binnen eerstelijnszorg. Ondanks deze verschillen leeft er een breed gedeeld gevoel van belasting, vooral door het verstoren van het slaapritme, het verlies aan autonomie, en de vaak onbevredigende aard van de hulpvragen.

De resultaten tonen aan dat de motivatie om nachtwachtdiensten te blijven vervullen afhangt van elementen zoals haalbaarheid, inspraak en de mogelijkheid om betekenisvolle zorg te leveren. Financiële prikkels spelen hierin slechts een ondergeschikte rol. Tegelijk werd duidelijk dat de huidige organisatievormen niet altijd in lijn liggen met de noden en verwachtingen van de huisartsen. Vooral de lage drempel voor patiënten, het perverse effect van service-induced demand en de financiële afhankelijkheid van een hoog aantal consulten in de wachtposten, worden als problematisch ervaren.

Hoewel sommige huisartsen zich nog steeds betrokken voelen en bereid zijn om patiënten te helpen, klinkt steeds vaker de vraag of deze inzet nog te verantwoorden is. Nachtelijke zorg kan zeker betekenisvol zijn, zowel medisch als sociaal, maar het is allerminst evident of huisartsen hierin nog een centrale rol kunnen of willen spelen. Het besef groeit dat het huidige systeem stilaan op zijn grenzen botst. Recente hervormingen, zoals schaalvergroting, telefonische triage en aangepaste financiering zijn ingezet, maar hun daadwerkelijk nut en effect op het terrein moeten in de toekomst nog blijken.

De studie laat zien dat een goed werkend model voor huisartsenwachtdiensten niet alleen op plannen van beleidsmakers mag zijn gebaseerd. Het moet ook rekening houden met de ervaringen van de zorgverleners zelf. Zonder die balans wordt werken in de diepe nacht niet alleen onhoudbaar, maar ook steeds moeilijker te verantwoorden binnen de eerstelijnszorg.

6. Reflectie en Aanbevelingen

6.2 Aanbevelingen voor beleid en praktijk:

- **Strikte indicatiestelling**: Bepaal heldere richtlijnen over welke medische indicaties binnen het domein van de huisartswachtdienst vallen, en wanneer doorverwijzing naar spoed gerechtvaardigd is. Dit kan ook helpen bij publiekseducatie.
- **Versterking van triage**: Het verder uitbouwen van het triagenummer 1733 met voldoende opgeleide operatoren kan de toestroom aan nachtelijke hulpvragen beter kanaliseren. Het verplicht maken van 1733 in alle wachtposten lijkt evident. Efficiëntie (Over-triage) en Veiligheid (Onder-triage) blijven belangrijke verbeterpunten.
- **Educatie van de bevolking**: Ontwikkel breed gedragen campagnes om burgers te informeren over gepast gebruik van de huisartswachtpost en het onderscheid tussen dringende en planbare zorg. Informeer de populatie over het feit dat de wachtdienst wordt opgenomen door de huisartsen in de regio (zij zitten niet te wachten tot een patiënt komt). De huisartswachtpost mag geen comfortoplossing zijn.
- **Herziening financiering:** Er is nood aan een financieel model dat kwaliteitsvolle zorg boven volume plaatst, en waarin ook telefonische consultaties gewaardeerd worden.
- **Aandacht voor artsenwelzijn**: Structurele maatregelen zoals rusttijd na een wachtdienst, voldoende veiligheidsmaatregelen en inspraak in de organisatie van de wachtpost kunnen nachtwachtdienst werkbaar houden.
- **Structurele hervorming eerstelijnszorg**: De wachtdienstdruk wordt mede bepaald door het tekort aan vaste huisartsen. Versterk de toegankelijkheid van de reguliere huisartsenzorg, zodat wachtdiensten niet langer dienen als vangnet voor een ontoereikend systeem.
- **Herziening van de wachtpostregio's**: Vermijd een 'one size fits all'-model voor de nachtwacht. Hou rekening met lokale spreiding, bevolkingsdichtheid en bestaande praktijken bij het vormgeven van functionele samenwerkingsverbanden.

6.3 Beperkingen van de studie

Deze studie heeft enkele beperkingen die in rekening moeten worden genomen bij de interpretatie van de resultaten:

- **Beperkte steekproefgrootte**: Hoewel de kwalitatieve opzet geen statistische generaliseerbaarheid beoogt, blijft het aantal deelnemers (n=10) beperkt. Er kunnen andere perspectieven bestaan die in deze groep niet aan bod kwamen.
- **Geografische en organisatorische bias**: De tien geïnterviewde huisartsen waren actief in slechts vier verschillende wachtgebieden, waarbij vijf van hen werkzaam waren binnen hetzelfde wachtgebied. Hierdoor bestaat het risico dat bepaalde lokale kenmerken, organisatorische afspraken of cultuur binnen die specifieke regio een onevenredige invloed hebben gehad op de resultaten. Hoewel de ervaringen van deze artsen waardevol zijn, kunnen ze niet zomaar worden geëxtrapoleerd naar andere wachtpostregio's. Toekomstig onderzoek met een bredere regionale spreiding is aangewezen om tot meer representatieve conclusies te komen.
- **Sociale wenselijkheid**: Huisartsen kunnen in interviews geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven. Dit risico is eigen aan face-to-face dataverzameling. Ook de twee dubbelinterviews kunnen sociaal wenselijke antwoorden uitlokken, bijvoorbeeld om onenigheid met de andere geïnterviewde te vermijden.
- **Onderzoeker-betrokkenheid**: De data werden verzameld, geanalyseerd en geïnterpreteerd door één onderzoeker, de analyse blijft gevoelig voor interpretatiebias.
- **De beleving van HAIO's**: De beleving van nachtelijke wachtdienst van Haio's werd niet bevraagd, hoewel zij vaak een groot aandeel hebben in de wachtdienstrotatie.
- **Subjectieve perceptie**: De resultaten weerspiegelen de ervaringen en meningen van huisartsen zelf. Deze percepties worden niet objectief getoetst aan patiëntuitkomsten of zorgdata.

Toekomstig onderzoek zou kunnen inzetten op triangulatie van perspectieven (bijvoorbeeld met patiënten of spoedartsen), evaluatie van effectiviteit van de nieuwe hervormingen zoals (bindende) 1733 en de vormgeving van FSV en het verder kwantificeren van werkbelasting en patiëntstromen tijdens de diepe nacht.

7. Referenties

1. Philips H. Out-of-hours Primary Care in Belgium. 2010;180. Available from: http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=hilde.philips&n=16402
2. Schoenmakers B. Opstart en Management van een Huisartsenwachtpost. 2015;(January).
3. Domus Medica. 1733 en bindende triage: eindelijk schot in de zaak. 2025.
4. Smits M, Huibers L, Oude Bos A, Giesen P. Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives: A longitudinal study. Scand J Prim Health Care. 2012;30(4):206–13.
5. Demmers R, Van der Heyden K. Huisartsenwachtdiensten tijdens de diepe nacht. 2016.
6. Merckx J, De Lepeleire J, Vankrunkelsven P. Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst. 2013.
7. Czyż-Szypenbejl K, Mędrzycka-Dąbrowska W. The Impact of Night Work on the Sleep and Health of Medical Staff—A Review of the Latest Scientific Reports. J Clin Med. 2024;13(15).
8. Domus Medica. Tijdelijke schrapping van de vergoeding voor teleconsultaties: symptoom van een dieperliggend probleem. 2025.
9. Hong M, Thind A, Zaric GS, Sarma S. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. Health Policy (New York) [Internet]. 2020;124(8):812–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.015
10. Van den Heede Koen DCDSBNCODEGAGAMSQWVLCV de VCarine. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. . 2016.
11. 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.
12. Giesen P, Mokkink H, Hensing M, van den Bosch W, Grol R. Rude or aggressive patient behaviour during out-of-hours GP care: Challenges in communication with patients. Patient Educ Couns [Internet]. 2008;73(2):205–8. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108002140
13. Rappé Koen, Philips Hilde. Het holst van de nacht: nachtmerrie voor de huisarts? 2016.
14. De Specialist [Internet]. 2024. Jaar extra voor reorganisatie wachtposten (Vandenbroucke). Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/jaar-extra-voor-reorganisatie-wachtposten-vandenbroucke.html#:~:text=eerder om het wachtpostenbudget fors,FSV%27s
15. Morreel S, Colliers A, Remmen R, Verhoeven V, Philips H. How accurate is telephone triage in out-of-hours care? An observational trial in real patients. Acta Clinica Belgica: International Journal of Clinical and Laboratory Medicine [Internet]. 2020; Available from: https://doi.org/10.1080/17843286.2020.1839719
16. Morreel S, Philips H, Colliers A, Verhoeven V. Performance of a new guideline for telephone triage in out-of-hours services in Belgium: A pilot study using simulated patients. Health Serv Manage Res. 2020;33(4):166–71.
17. Sylvia Mariën. Gazet van Antwerpen. 2020. Spoedartsen kanten zich tegen noodnummer 1733: forse kritiek op centrale voor niet-dringende hulp.
18. Koen R, Hilde P. Het holst van de nacht: nachtmerrie voor de huisarts? 2016;1–55.
19. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. Emergency Medicine Journal. 2015;32(5):373–8.
20. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? 2011.

8 Bijlagen

A. Interviewgids: Percepties van huisartsen op wachtdienst tijdens de diepe nacht.

1) **Kennismaking**
   - Hoe oud is de deelnemer en hoeveel jaren ervaring?
   - Welk soort huisartspraktijk heeft de deelnemer? (solo, duo, groepspraktijk, wijkgezondheidscentra?)
   - Hoe ziet de organisatie van de wachtdienst in de regio van de deelnemer eruit?

2) **Ervaringen laatste inslapende wacht**
   - Hoe verliep de laatste inslapende wacht?
   - Welk soort pathologie kwam aan bod?
   - Welke urgentiegraad kent de deelnemer toe aan deze casussen?
   - Hoe verliep de telefonische triage/1733?

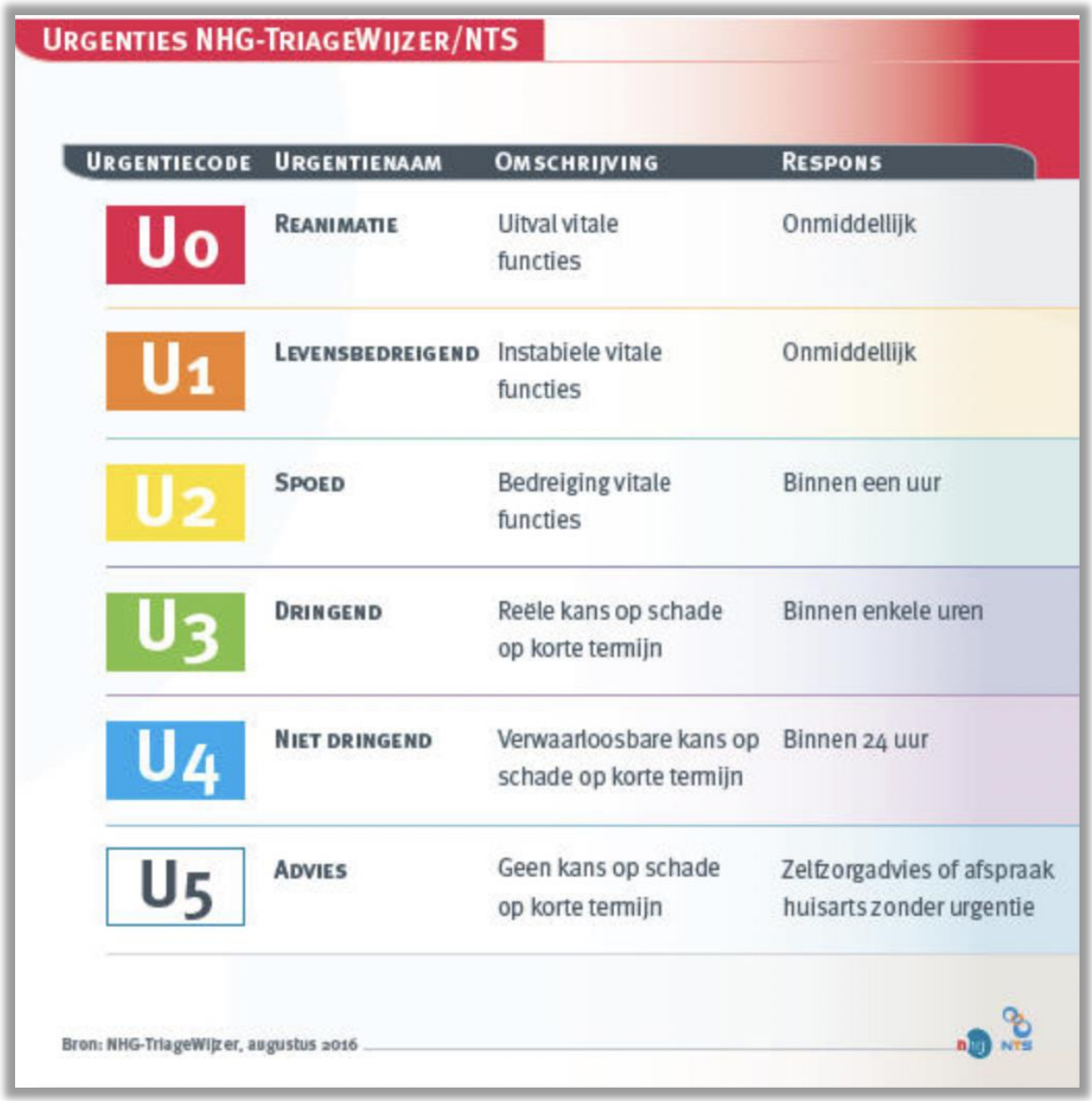
3) **Urgentiegraad**

   De deelnemer krijgt informatie via de NHG-triagewijzer over de verschillende urgentiegraden.
   - Vult de deelnemer de urgentiegraad steeds waarheidsgetrouw in op het EPD of gebeurt dit soms lukraak?
   - Wat vindt de deelnemer van volgende stelling: Een consult tijdens de diepe nacht is of te urgent (voor spoed) of het kan wachten tot de volgende werkdag?
   - Indien de deelnemer niet akkoord gaat: een voorbeeld van een terechte nachtconsultatie?
   - Wat is de rol van telefonische triage/1733 in het inschatten van urgentie?
   - Zijn er voor de deelnemer andere factoren die een consult tijdens de diepe nacht rechtvaardigen losstaande van de urgentiegraad?

4) **Veiligheid en welzijn arts**
   - Voelt de deelnemer zich veilig tijdens de diepe nacht? Welke aspecten maken dat de arts zich veilig/onveilig voelt?
   - Wat doet een nachtwacht met de fysieke en mentale gezondheid van de deelnemer? Is er vermoeidheid nadien? Werkt de deelnemer de dag nadien? Lijdt de werkprestatie overdag hieronder? Lijdt de work-life balans hieronder?

5) **Financieel**
   - Wegen de kosten van een wachtpost open te houden en huisartsen te vergoeden op tegen het voorkomen van spoedopnames tijden de diepe nacht?
   - Hoe wordt de deelnemer vergoed voor een inslapende wachtdienst (per prestatie of forfaitair). Vindt de deelnemer deze vergoeding adequaat?

6) **Pro of contra de inslapende wacht**
   - Is er plaats voor huisartsgeneeskunde in de diepe nacht?
   - Zo ja: Moeten er dan dingen veranderen om dit te optimaliseren of is het goed zoals het nu is?
   - Zo nee: Wat is het alternatief?



Urgentiegraden volgens NHG-triagewijzer 2016

B. goedkeuring ethisch comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Dr. Pauline Boeckxstaens
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Universiteit Gent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Hannes Wim De Koninck	25/09/2024	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2024-0198	nvt	B6702024000356

Betreft:
Huisartsenwachtdienst tijdens de diepe nacht: percepties van huisartsen.
Out of hours primary care at night: perceptions of general practitioners.

Betrokken student(en):
- Hannes Wim De Koninck

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.

De CME geeft op 17/09/2024 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Paleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined the above mentioned dossier.

EC gives on 17/09/2024 a favourable opinion on this study

EC emphasizes that a favorable opinion does not mean that the Medical Ethics Committee assumes responsibility for the investigation.
The promoter and the principal investigator are responsible for the correct ethical and legal conduct of the research

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

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

Bijlage 1: Documenten

Categorie: CV
- Pauline Boeckxstaens, versie ontvangen dd. 21/05/2024 (EN)
- student, versie ontvangen dd. 26/03/2024 (NL)

Categorie: GCP certificaat
- Pauline Boeckxstaens, dd. 14/10/2021 (EN)

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- GDPR, versie 2 dd. 10/09/2024 (Nederlands)

Categorie: Interview Guide
- Interview guide, versie ontvangen dd. 23/04/2024 (NL)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- Rektruterings e-mail, versie ontvangen dd. 10/09/2024 (Nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

voorzitter: Prof. dr. R. Peleman
Secretaris: Dr. L. Goossens

Effectief lid	Plaatsvervangend lid
Prof. dr. G. Van Lancker UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀	Prof. dr. S. Rottey UZ Gent - klinisch farmacoloog, ♀
Prof. dr. D. De Bacquer Ugent - statisticus, ♂	Prof. dr. P. Coorevits Ugent - statisticus, ♂
Dr. M. Cosyns Extern - huisarts, ♂	Dr. J. Matthys Extern - huisarts, ♂
Dr. J. Van Elsen Extern – huisarts ♂	Dr. J. Matthys Extern – huisarts, , ♂
Prof. dr. K. De Groote UZ Gent - kindercardioloog, ♀	Dr. P. De Bruyne UZ Gent - kinder gastro-enteroloog, ♀
Prof. dr. W. Notebaert UGent - psycholoog, ♂	Dhr. W. Schrauwen UGent - psycholoog, ♂
Mevr. R. Vrielynck UZ Gent - verpleegkundige, ♀	Mevr. A. Charles UZ Gent - verpleegkundige, ♀
Dhr. C. Demeestere UZ Gent - verpleegkundige, ♂	Dhr. G. De Smet UZ Gent - verpleegkundige, ♂
Apr. K. Kint UZ Gent - apotheker, ♀	Apr. L. Huys UZ Gent - apotheker, ♀
Dhr. B. Vanderhaegen UZ Gent - Ethicus, ♂	Dhr. K. Raus UZ Gent - Ethicus, ♂
Prof. dr. T. Goffin UGent - jurist, ♂	Mevr. V. Vanscheewijck UGent - jurist, ♀
Mevr. C. Van Caeneghem extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀	Mevr. S. Degroote extern - patiëntvertegenwoordiger, ♀
Prof. dr. W. Van Biesen UZ Gent - nefroloog, ♂	Dr. A. Beyens UZ Gent - geneticus, ♀
Prof. dr. R. Peleman UZ Gent - internist en pneumoloog, ♂	Dr. L. Goossens UZ Gent - neonatoloog, ♀
Dr. T. Martens UZ Gent - hartchirurg, ♂	Dr. H. Eker UZ Gent - algemene en hepatobiliaire chirurg, ♂
Dr. L. Dhaenens UZ Gent - fertiliteitsarts, ♀	Dr. I. Dehaene UZ Gent - verloskunde, ♀
Dr. R. Van Der Looven UZ Gent - kinderrevalidatie, ♀	Dr. M. Neckebroek UZ Gent - anesthesist, ♀
Dr. E. Schoentjes UZ Gent - (kinder - jeugd)psychiater, ♂	Prof. dr. K. Dhondt UZ Gent - (kinder - jeugd)psychiater, ♀

Appendix 3a: Aandachtspunten (indien van toepassing)

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de nieuwste versie van de Verklaring van Helsinki, het Oviedo-verdrag inzake mensenrechten en biogeneeskunde en toepasselijke wet- en regelgeving.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de PI/promotor van dit onderzoek ten aanzien van de privacy van de persoons-/patiëntgegevens in contacten met patiënten, of bij het inzien van patiëntgegevens, inclusief de juiste uitvoering daarvan door collega's en studenten. De PI/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet op de patiëntenrechten van 22/ 8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

De CME verwijst op haar website naar de ICH/GCP-richtlijnen en bevestigt dat van elke onderzoeker een GCP-training vereist is. Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker dat elk lid van het onderzoeksteam een geldig GCP-certificaat heeft. De conformiteit van vertaalde documenten ten opzichte van de Nederlandse documenten is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever.

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat de CME verwacht dat haar eerste opmerkingen ab initio in aanmerking worden genomen bij de volgende indiening door dezelfde sponsor.

Mits er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie pas starten wanneer de Clinical Trial Agreement werd goedgekeurd en ondertekend door de CEO van het UZ Gent (en/of door een gemachtigde vertegenwoordiger van de UGent).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek en bepaalde studies met "medical devices" dienen door de klant (PI of sponsor) te worden ingediend bij het FAGG (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten).

Studies met geneesmiddelen voor onderzoek mogen enkel uitgevoerd worden op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaar maakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art. 13 van de Belgische wet van 7/5/2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon en in art. 21 van de Belgische wet van 7/05/2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

Bepaalde onderzoeken met medische hulpmiddelen vallen ook onder wettelijke termijnen (KB van 17/3/2009). Raadpleeg de website van het FAGG voor meer informatie: www.fagg-afmps.be .

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Alvorens het onderzoeksproject kan starten, vereist dergelijk onderzoek ook een positief advies van het Federaal Comité voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro.

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer en de reglementen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. U blijft verantwoordelijk voor het onderzoek. Daarnaast dient u ervoor te zorgen dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc. die het resultaat zijn van dit onderzoek. U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijk verband met de studie onduidelijk is.

De CME-goedkeuring die voor een specifiek project wordt gegeven, is één jaar geldig. Wij verzoeken u ons te informeren als het onderzoek niet wordt gestart of als het onderzoek niet binnen 1 jaar na goedkeuring start.

De CME bevestigt dat - in geval van belangenverstrengeling - betrokken leden niet deelnemen aan de stemming over het onderzoek.

Indien het onderzoek niet binnen een jaar wordt beëindigd, eist de ICH-GCP dat jaarlijks een voortgangsrapportage aan de CME wordt verstrekt.

Tot slot verzoeken wij u de (voortijdige of geplande) beëindiging van het onderzoek binnen de wettelijke termijnen te melden en het Clinical Study Report (CSR) aan de CME te bezorgen.

Houd er in het geval van een klinische proef (EudraCT) rekening mee dat de resultaten moeten worden gepubliceerd in het European Clinical Trial Register. Het rapport van deze resultaten kan als CSR naar de EC worden gestuurd.

Appendix 3b: Points of concern (if applicable)

The EC 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.

The EC emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the person/patient data in contacts with patients, or when viewing patient data, including the correct implementation thereof by coworkers and students. 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.

The EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is required from each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.
We would like to draw your attention to the fact that the EC expects her initial comments to be taken into account ab initio at the next submission by the same sponsor.

*Provided that there is a **Clinical Trial Agreement**, the study can only start when the Clinical Trial Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Gent (and/or by an authorized representative of UGent).*

Studies with investigational medicinal products and certain studies with "medical devices" should be submitted by the client (PI or sponsor) to the FAMHP (Federal Agency for Medicines and Health Products).
Studies with investigational medicinal products are only allowed to be conducted, provided that the minister (FAMHP) does not state objections within legal deadlines as described in art. 13 of the Belgian law of 7/5/2004 concerning experiments on the human person and art. 21 of the Belgian law of 7/5/2017 concerning clinical trials with medicines for human use.

Certain studies using medical devices are also covered by legal deadlines (KB of 17/3/2009). Please consult the FAMHP website for more information: www.fagg-afmps.be.

Research on embryos in vitro is covered by the law of May 11, 2003. Before the research project can start, such research also requires a positive advice of the Federal Committee for medical and scientific research on embryos in vitro.

Please take into account the regulations of the hospital concerning tissue management and the regulations of the law of December 19, 2008.

This favorable advice of the EC does not imply that it will assume responsibility for the planned study. You will remain responsible for the study. In addition, you should ensure that your opinion as an involved researcher is reproduced in publications, reports for the government, etc. which are the result of this study. You are reminded that concerning clinical studies, any observed serious event needs to be reported immediately to the sponsor and the ethics committee, even if the causal relationship with the study is unclear.

The EC approval given for a specific project, is valid for one year. We request you to inform us if the study will not be initiated or if the study does not start within 1 year after approval.

The EC confirms that - in case of conflict of interest - involved members do not take part in the vote concerning the study.

*If the study will not be terminated within a year, the ICH-GCP demands that an **annual progress report** will be provided to the EC.*

*Finally, we request you to report the termination (early or planned) of the study within the legal deadlines and provide the **Clinical Study Report** (CSR) to the EC.*

In case of a clinical trial (EudraCT), please be informed that the results must be published in the European Clinical Trial Register. The report of these results can be sent to the EC as the CSR.

C. Informatiebrief voor de deelnemers

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Huisartsenwachtdienst tijdens de diepe nacht: Percepties van huisartsen.

Beste Dokter,

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

1. Beschrijving en doel van de studie

U werd uitgenodigd om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek naar huisartsenwachtdienst tijdens de diepe nacht. Dit is onderzoek is gebaseerd op diepte interviews met huisartsen.

Achtergrond
De Belgische wetgeving dicteert dat continuïteit van zorg verplicht is. Dit betekent op heden dat 24/7 een huisarts voor patiënten ter beschikking is.
Wachtdienst voor huisartsen tijdens de diepe nacht (23 uur tot 7 uur) is in het verleden al voer voor discussie geweest.

- Twijfelachtige kosten-efficiëntie: huisartswachtposten hebben deels als doel om de kosten te reduceren door het verminderen van spoedopnames. Echter dit effect is op heden nog niet kunnen aangetoond worden. Eerder zorgen ze voor een service-induced demand effect. D.w.z. de vraag tot zorg stijgt door het stijgen van het aanbod.
- De gezondheid van artsen: Nachtdienst na de kantooruren is zeer belastend voor artsen. Zeker aangezien veel artsen de volgende dag opnieuw verplicht zijn te werken door het artsentekort.
- Urgentiegraad: Het is niet helemaal duidelijk voor de patiënt en voor artsen welke casus gezien moet worden in dit timeframe van 8 uur. Welke casus kan niet wachten tot de volgende ochtend maar is niet urgent genoeg om te worden behandeld door een spoeddienst?
- Veiligheidsproblemen voor artsen: Fysieke en verbale agressie t.o.v. artsen, en meer specifiek ongewenste seksuele intimidatie t.o.v. vrouwen. Ook middelenmisbruik (vraag naar verdovende middelen) is een vaak voorkomend probleem.

Een vorige Haio masterproef legde huisartsen 10 fictieve casussen voor. Zij moesten oordelen welk van deze casussen zij bereid waren om tijdens de diepe nacht te zien. De antwoorden van artsen waren vaak zeer verdeeld. Dit toont aan dat ook onder huisartsen geen duidelijkheid is welke patiënt 's nachts gezien moet worden door de eerste lijn. Een andere haio-thesis van 2016 onderzocht reeds de patiëntenpopulatie tijdens de wachtdienst in de diepe nacht. De urgentiegraad (volgens NHG Triagewijzer) van de consulten werd geanalyseerd.

In het zelfde onderzoek was er ook een enquête-deel. Er werd aan huisartsen enkele stellingen voorgelegd. 1/2de van de respondenten gaf aan dat wachten tijdens diepe nacht niet door de huisarts moeten worden gedaan. 10% was hierin neutraal. Echter op de vraag of alles naar spoed moest doorgestuurd worden tijdens de diepe nacht, antwoordde slechts 1/3de van de artsen positief.
De eerste Haio masterproef heeft betrekking op fictieve casussen.

Het eerste luik van de tweede masterproef maakt gebruik van data van consultaties. De huisartsen wisten niet dat de gegevens in studieverband gebruikt gingen worden. De validiteit van de data is dus onduidelijk. Het enquête luik maakt gebruik van gesloten vragen. Het lijkt me dus interessant om dit onderwerp verder te exploreren.

Naar mijn weten is er op dit moment nog geen kwalitatief onderzoek gebeurd waarbij via diepte interviews gepolst wordt naar de ervaringen van huisartsen omtrent wachtdienst tijdens de diepe nacht.

Opzet
U wordt samen met nog een 15-tal andere huisartsen uitgenodigd voor een gesprek rondom wachtdienst tijdens de diepe nacht. Dit idealiter enkele dagen na uw laatste inslapende wacht. Er wordt u dan ook gevraagd de patiëntencontacten te noteren/onthouden. U werd willekeurig geselecteerd op basis van jaren ervaring, regio, patiëntenpopulatie, soort praktijk, organisatie van wachtdienst in de regio.

Inclusiecriteria:

- Erkend huisarts actief in Vlaanderen.
- Huisarts doet mee aan wachtdienst tijdens de diepe nacht.

Exclusiecriteria:

- Huisartsen in opleiding

Indien u bereid bent deel te nemen wordt u na geïnformeerde toestemming geïncludeerd. De onderzoeker vraagt toestemming voor het opnemen (audio) van het interview. Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (Lees hoofdstuk 5 voor meer info over persoonsgegevens) Gegevens worden verzameld via een 1-op-1 semigestructureerd interview. Alle interviews worden door onderzoeker online of live afgenomen met een richttijd van 30 minuten per interview. Het gesprek wordt opgenomen en letterlijk uitgeschreven.

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

De opdrachtgever van deze studie is UGent. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens.

2. Toestemming en weigering

Deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan weigeren om deel te nemen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven.

3. Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte aanpak van eerstelijnsgezonheidszorg.

4. Kosten

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

5. verwerking van persoonsgegevens

In overeenstemming met de algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Ook over uw andere rechten (o.a. het recht op beperking van de verwerking van uw (persoons)gegevens, het recht om uw (reeds verzamelde) gegevens te laten wissen in bepaalde omstandigheden, en het recht om een klacht in te dienen) wordt gewaakt.

Voor meer informatie over de rechten die u heeft en hoe u die kan uitoefenen, kan u terecht op de website van UGent (https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/privacyverklaring.htm)

Uw deelname aan de studie betekent dat uw gegevens verwerkt worden voor het doel van de studie. Deze verwerking van gegevens is noodzakelijk voor de vervulling van een taak in het algemeen belang volgens artikel 6, paragraaf 1 (e) en is noodzakelijk met het oog op wetenschappelijk onderzoek volgens artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende. De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5). Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid worden verwerkt en bewaard op een beveiligde gedeelde schijf van de UGent gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. U heeft recht op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden kan de toegang tot uw gegevens uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien u toegang wil tot uw gegevens, zal u zich richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Pauline Boecxstaens (UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

Om meer inhoudelijke informatie te verkrijgen over de studie en om uw rechten uit te kunnen oefenen, kan u contact opnemen met het studieteam.
De Data Protection Officer kan u desgewenst ook meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

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

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

6. Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. Contact

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Hannes De Koninck
Adres: Roerdompstraat 1, 8400 Oostende
Telefoonnummer: +32492675406

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar na het einde van de studie. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt worden voor **huidig** wetenschappelijk onderzoek.
Ik ben ervan op de hoogte dat mijn gepseudonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor **toekomstig** academisch wetenschappelijk onderzoek in het kader van hetzelfde/een vergelijkbaar onderzoeksdomein. Dergelijke nieuwe studie dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien ik wens dat mijn gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, zal ik de DPO contacteren (zie contactgegevens onder sectie 5).

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan deze studie bestaande uit volgende **<u>verplichte aspecten</u>** zoals toegelicht onder hoofdstuk 1 van de informatiebrief: - Deelnemen aan diepte-interview - Gebruik contactgegevens en/of adres door de onderzoeker voor online of live interview	

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

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende minstens 10 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

D. Rekruterings e-mail

Beste dokter,
Ik ben Hannes De Koninck, HAIO in Oostende. Ik nodig u graag uit om deel te nemen aan een studie in het kader van mijn masterproef getiteld: *"Huisartsenwachtdienst tijdens de diepe nacht: Percepties van huisartsen"*.

Er is veel discussie over de inslapende wacht, met vragen over kosten-efficiëntie, werkdruk voor huisartsen en welke patiënten al dan niet 's nachts gezien moeten worden. Via diepte-interviews willen we meer inzicht krijgen in hoe huisartsen deze inslapende wacht ervaren.

We nodigen u uit voor een vertrouwelijk interview (live of via videochat) van ongeveer 30 minuten, idealiter kort na uw laatste inslapende wacht. Deelname is vrijwillig, en alle verkregen data wordt gepseudonimiseerd. Voorwaarden zijn dat u erkend huisarts bent in Vlaanderen en nachtwachtdiensten doet. In de bijlage vindt u de informatiebrief/ICF, en goedkeuring van het ethisch comité.

Als u interesse heeft om deel te nemen aan deze studie of indien u nog extra vragen heeft, aarzel niet om contact op te nemen met mij.

Met vriendelijke groet,
Hannes De Koninck
Promotor: Prof. Dr. Pauline Boeckxstaens