# Op weg naar een optimale samenwerking tussen spoeddiensten, huisartsen en huisartsenwachtposten

Claeys Simon, UGent

Mattheeuws Lieselotte, UGent

Van Hecke Paulien, UGent

Promotor: prof. Dr. Eecklo Kristof, UGent

Co-promotoren: dr. Vanden Bussche Piet, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024 – 2026

*Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.*
*Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.*

## Voorwoord

Deze masterthesis vormt het finaal werkstuk van onze huisartsenopleiding en is het resultaat van een intensieve en leerrijke samenwerking tussen ons drie. De samenwerking bood ons niet alleen de kans om onze academische kennis te verdiepen, maar ook om onze vaardigheden in teamverband verder te ontwikkelen.

Deze thesis richt zich op het thema van een duurzame samenwerking tussen de spoedgevallendiensten en de huisartsen(wachtposten). Binnen dit onderzoek bekeken we hoe een betere afstemming en samenwerking tussen deze zorgactoren kan bijdragen aan een efficiëntere organisatie van de eerstelijnszorg. Onze ervaring in beide actoren zorgde ervoor dat we de pijnpunten konden blootleggen en gaf ons de ruimte om collega's actief te betrekken.

Graag willen wij in de eerste plaats onze promotoren, prof. dr. Eecklo Kristof en dr. Vanden Bussche Piet, bedanken voor hun deskundige begeleiding en feedback gedurende het volledige proces. Hun inzichten en kritische blik hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de totstandkoming van deze thesis.

Daarnaast willen wij ook onze families bedanken voor hun begrip en aanmoediging. Hun geduld en vertrouwen hebben ons geholpen om deze uitdaging tot een goed einde te brengen.

Tot slot willen wij elkaar bedanken voor de constructieve samenwerking, het wederzijds respect en de motivatie die we gedurende dit traject hebben gedeeld. De gezamenlijke inspanning heeft geleid tot een voldaan eindresultaat.

Wij hopen dat deze thesis een bijdrage kan leveren aan het onderzoeksdomein.

*Claeys Simon*
*Mattheeuws Lieselotte*
*Van Hecke Paulien*

# Inhoudstafel

**INHOUDSTAFEL** **3**
**ABSTRACT** **4**
**INLEIDING** **5**
**METHODE** **7**
**LITERATUURSTUDIE** **8**
1. De rol van de huisarts als gatekeeper 8
2. Waarom spoed en niet de huisarts? 9
2.1 Spoed overcrowding 10
3. Europees level primary care 10
4. Transmural Safety Incident (TSI) project 13
5. Belang van samenwerking/communicatie tussen eerste lijn en spoeddiensten 14
6. Visiedocument "Out-of-hours care" Domus Medica 14
**RESULTATEN** **15**
1. Onderzoekspopulatie en spreiding 15
2. Ervaring en meldklimaat van transmurale incidenten 17
3. Methodiek van rapportering en communicatie bij incidenten 18
4. Mate en organisatie van overleg 20
5. Overleg bij doorverwijzing en klinische twijfel 20
6. Toegankelijkheid van zorg en gebruik van spoedgevallendienst 21
7. Communicatie en informatieoverdracht 22
**DISCUSSIE** **26**
1. Visie op een goede samenwerking tussen huisartsen, spoeddiensten en huisartsenwachtposten 26
1.1. Gedeelde kernwaarden over verschillende beroepsgroepen 26
1.2 Communicatie als hoeksteen van patiëntenveiligheid 26
2. Huidige systematische overlegstructuren tussen huisartsen, spoeddiensten en huisartsenwachtposten 27
3. Incidentmeldingen 27
4. Buitenlandse aanpak van out-of-hours-care 28
5. Sterktes en zwaktes van dit praktijkverbeterend onderzoek 29
6. Mogelijke praktijkverbeterende interventies 29
6.1 Uniforme triage-afspraken 29
6.2 Regulering voor vaste overlegmomenten 30
6.3 Communicatie 30
6.4 Sensibilisering correct gebruik van spoed en HAWP 30
6.5 Uniform platform voor geïntegreerd incidentmeldingen 30
6.6 Integratie van HAWP in spoeddienst i.p.v. twee aparte entiteiten 31
**CONCLUSIE** **31**
**REFERENTIELIJST** **32**
**ADDENDUM** **34**

# Abstract

**Achtergrond:** Sinds de opkomst van huisartsenwachtposten de laatste decennia en hun lokalisatie naast spoeddiensten, is een samenwerking tussen spoeddiensten, huisartsen en huisartsenwachtposten (HAWP) zeer actueel. Daar tegenover staat een optimale communicatie tussen alle organismen en spelers. Uit vorig onderzoek is reeds een platform ontwikkeld waar incidenten tussen de verschillende instanties gemeld kunnen worden. In de praktijk merken we echter dat hier weinig tot niets mee gedaan wordt.

**Methode:** Dit praktijkverbeteringsonderzoek is tweeledig. Eerst werd een literatuursonderzoek uitgevoerd. Artikels werden gevonden via Pubmed na gebruik van enkele relevante MesH-terms. Na toepassing van het sneeuwbaleffect werden 29 artikels geïncludeerd. Daarnaast werden huisartsen, spoedartsen en wachtpostcoördinatoren bevraagd aan de hand van enquêtes. De resultaten werden bekomen met behulp van open-, gesloten- en meerkeuzevragen.

**Resultaten:** Zowel huisartsen (52%) als spoedartsen (±80%) rapporteerden ervaring met transmurale incidenten, met een hoge bereidheid (80%) tot melding ondanks praktische drempels. Overleg en communicatie tussen eerste en tweede lijn worden door beide groepen (±80%) als onvoldoende en vaak informeel ervaren. Communicatieproblemen, vooral rond ontslagbrieven en medicatieoverdracht, vormen de belangrijkste oorzaak van incidenten. Respondenten benadrukken de nood aan gestructureerde meldsystemen, betere digitale informatie-uitwisseling en intensievere samenwerking ter bevordering van patiëntveiligheid.

**Conclusie:** Deze studie toont aan dat er een brede consensus bestaat tussen de 3 actoren over de kernprincipes van een goede samenwerking binnen de out-of-hours care, waaronder laagdrempelige communicatie, wederzijds respect en een duidelijke rolverdeling met de huisarts als coördinator. Desondanks blijft de praktische implementatie hiervan beperkt en onvoldoende ontwikkeld. Hierdoor blijft de samenwerking sterk afhankelijk van lokale initiatieven, met risico op variabele zorgkwaliteit en verminderde patiëntveiligheid. Verdere verbetering ligt vooral in het structureel en beleidsmatig verankeren van bestaande visies.

# Inleiding

Tijdens het laatste jaar stage tijdens de algemene opleiding geneeskunde, werden we vaak geconfronteerd met een sterk bezette spoedgevallendienst, zowel weekdagen als in het weekend, terwijl op dat moment de huisartsenwachtpost (HAWP) geopend was. Opvallend daarbij was de frequente aanwezigheid van niet-urgente, huisartsgerelateerde pathologieën op de spoeddienst. Bovendien verliep de samenwerking en informatieoverdracht tussen de eerste en tweede lijn niet altijd optimaal. Dit bracht de nodige frustraties met zich mee bij zowel huisartsen als spoedartsen.

Uit de geraadpleegde literatuur blijkt dat oneigenlijk gebruik van urgentiediensten in hoofdzaak te verklaren is door de rechtstreekse aanmelding zonder voorafgaande doorverwijzing door een huisarts. (1) Daarnaast bestaan nog talrijke andere oorzaken die bijdragen aan dergelijke niet-urgente aanmeldingen. Een deel van de patiënten wordt wél verwezen door de huisarts, maar deze verwijzingen blijken niet altijd gerechtvaardigd te zijn, noch worden ze steeds voorzien van duidelijke of volledige verwijsbrieven. (2)

Als huisarts werkzaam in een kring met een bijhorende wachtpost, komen we in aanraking met eerstelijnszorg buiten de kantooruren. De laatste jaren werd in België al meer en meer ingezet op de centralisering van de wachtdienst, zo mogelijk naast een spoeddienst. De strategische positionering van de huisartsenwachtpost in de nabijheid van de spoedgevallendienst heeft als doel de werkdruk op de spoed te verlichten. Op die manier kan de HAWP fungeren als een eerstelijns triage voor de spoeddienst. Een efficiënte werking veronderstelt echter een nauwe en goed gestructureerde samenwerking tussen beide diensten.

Deze complexe structuur van organisatie leidt tot regelmatige incidenten met betrekking tot gebrekkige communicatie, verlies van medische informatie, foute medicatieschema's en een tekort aan coördinatie. Dergelijke situaties worden omschreven als transmurale incidenten, gedefinieerd als ongewenste gebeurtenissen binnen de gezondheidszorg die zich voordoen tijdens de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en zorginstellingen. (3) Incidenten van dit type kunnen, of hebben het potentieel om schade aan de patiënt te veroorzaken. Deze worden geclassificeerd volgens de ernstgraad, gaande van bijna-incidenten en incidenten zonder schade, over incidenten met tijdelijke schade, tot incidenten met blijvende schade of overlijden. (3, 4)

Een doeltreffende organisatie omtrent de communicatie tussen de eerste en tweede lijn is essentieel om verscheidene incidenten tijdens de overdracht te vermijden. Onvoldoende of onduidelijke verwijzingen kunnen immers leiden tot onveilige situaties met mogelijk ernstige gevolgen. (5) Vanuit deze noodzaak is het TSI-project (Transitional Safety Incidents) gestart. Dit initiatief heeft tot doel om incidenten op een veilige manier te registreren, te analyseren en op basis van de bevindingen verbetertrajecten te initiëren. Momenteel betreft dit een pilotproject binnen UZ Gent en AZ Delta, met de intentie om het in de nabije toekomst verder uit te rollen over heel Vlaanderen. (2)

Deze thesis richt zich op de organisatie, communicatie en samenwerking tussen de spoedgevallendienst en de huisartsen(wachtposten). Dit praktijkverbeterend project tracht in kaart te brengen hoe de samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen(wachtposten) vandaag de dag gebeurt door de actoren zelf aan het woord te laten. De focus ligt voornamelijk op de Vlaamse context, met een beperkte reflectie naar de situatie in andere Europese landen.

De onderzoeksvragen die hieruit voortvloeien zijn:

- Wat is de visie van de verschillende actoren binnen de eerste lijn voor de out-of-hours organisatie?
- Hoe regelmatig overleggen spoeddiensten met HAWP?
- Welke werkpunten komen uit deze overleggen?
- Kunnen er lessen getrokken worden over de werking van zorg buiten de kantooruren in andere Europese landen?
- Welke handvatten kunnen gegeven worden voor de toekomst om toe te passen in de praktijk?

# Methode

Het doel van deze thesis is om de samenwerking tussen spoedgevallendiensten, huisartsen en huisartsenwachtposten in kaart te brengen, voornamelijk op Vlaams niveau. Dit werd onderzocht via een tweeledig luik.

Enerzijds is met een literatuurstudie verder gebouwd op het TSI-project (19). Vanuit dit onderzoek van dr. Viki Wouters zijn relevante artikels geselecteerd. Verder zijn verschillende artikels geïncludeerd vanuit de databank van Pubmed. Artikels gepubliceerd tussen 2003 en 2025 zijn geïncludeerd. Voor de zoekstrategie werden volgende zoektermen (MeSH-termen) gebruikt: Primary care, out of office care, emergency department, utilization, over-utilization, out of hours primary care. Er werd eveneens gezocht via de synoniemen. Synoniemen zijn verkregen door het lezen van verschillende artikels, de expertise van de promotor en het gebruiken van verschillende vertaalapplicaties. Verder is er gebruik gemaakt van het snowballing-effect. Via abstracten van gevonden artikels op Pubmed is doorgeklikt op “similar articles”. Nadien zijn de referentielijsten van desbetreffende artikels afgegaan. Na het analyseren van de titel werden 57 artikels weerhouden. Hierna werden alle artikels volledig gelezen. Uiteindelijk is het literatuuronderzoek gebaseerd op 29 relevante artikels of werkstukken.

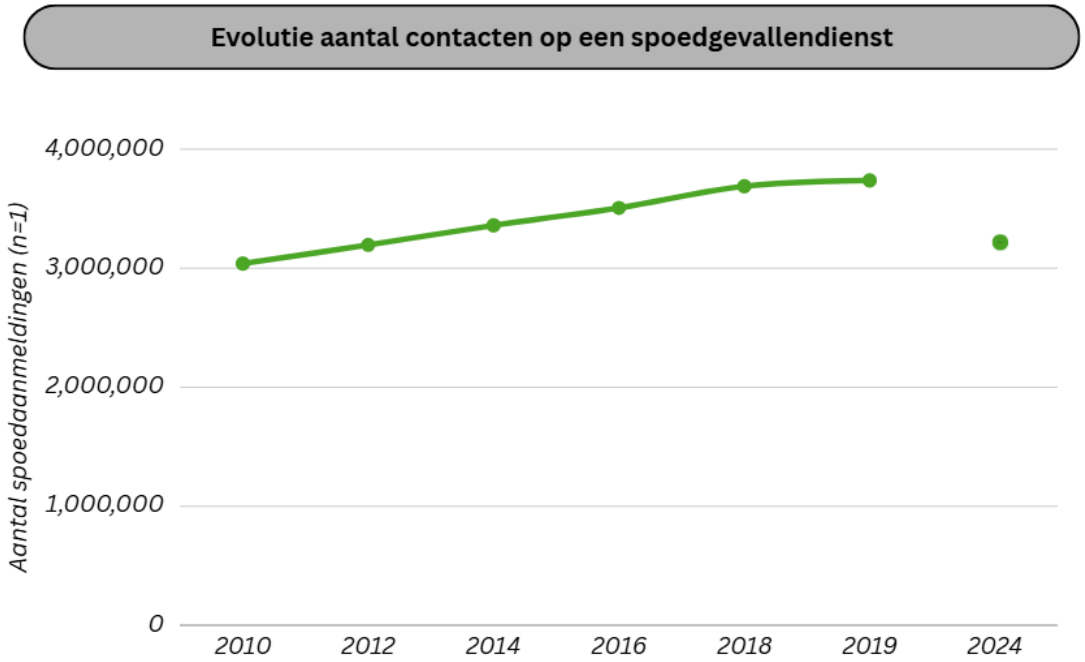
Buiten literatuuronderzoek werd ook gewerkt met vragenlijsten/enquêtes. Aan de hand van korte, efficiënte vragenlijsten is informatie vergaard over de Vlaamse wachtkringen, incidentmeldingen en samenwerking tussen huisartsen en spoedartsen (bijlage 1,2,3). A.d.h.v. zeven à acht open- en meerkeuze vragen werd gepolst naar de tevredenheid van het huidige systeem, noodzakelijke veranderingen, valkuilen etc.
De vragenlijsten zijn opgesteld door een team van huisartsen in opleiding, ondersteund door dr. Van Den Bussche, praktijkassistent centrum huisartsgeneeskunde UGent en senior arts expertisedomein kwaliteit en vorming Domus Medica. De vragenlijsten zijn, na goedkeuring van het Ethisch Comité, via RedCap gepseudonimiseerd en verspreid naar huisartsen, spoedartsen en wachtpostcoördinatoren in Vlaanderen. De sleutel tot deze code is enkel toegankelijk voor de onderzoekers.

De verspreiding van de vragenlijsten is op verschillende manieren gebeurd. Op spoeddiensten werd een QR-code uitgehangen met een link naar de enquêtes. Daarnaast werden alle spoedartsen ook gecontacteerd via mail. Concluderend zijn ± 20 spoedartsen in AZ Delta Roeselaere, ± 30 spoedartsen in AZ Damiaan Oostende en ± achttal spoedartsen in AZ Alma Eeklo gecontacteerd. De huisartsen werden benaderd via de nieuwsbrief van de kringen Vehemak (regio Eeklo) en Trihak (regio Tielt), met respectievelijk naar schatting 180 actieve huisartsen en 250 actieve huisartsen. Op Vlaams niveau werden 54 verschillende huisartsenwachtpostcoördinatoren via mailverkeer gecontacteerd. Globaal ontvingen wij 65 ingevulde vragenlijsten, waaronder 29 van spoedartsen, 21 van huisartsen en 15 van huisartsenwachtpost coördinatoren. De response rate ligt respectievelijk op 50%, 0.05% en 0.28%.

# Literatuurstudie

## 1. De rol van de huisarts als gatekeeper

Uit de thesis van collega dr. Viki Wouters, blijkt dat een groot deel van de gemelde incidenten door spoedartsen te wijten is aan banale pathologie die toch wordt verwezen door de huisarts. Nochtans kan de huisarts voorkomen dat deze pathologieën op spoed terecht komen. De groei en vergrijzing van de populatie, in combinatie met nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden en de daarmee gepaard gaande hogere verwachtingen van patiënten, leidt tot een toenemende druk op het huidige gezondheidszorgsysteem. (6) Er bestaan talrijke factoren die de frequentie van spoedcontacten beïnvloeden en bijdragen tot de stijgende belasting van de spoeddiensten. Deze contacten worden gedefinieerd als contacten waarbij een onmiddellijke of binnen 24 uur noodzakelijke opname vereist is. Patiënten beschikken niet zelf over de juiste kennis om zelf deze inschatting te maken.




*Figuur 1: evolutie van het aantal spoedcontacten tussen 2010 en 2019 volgens gegevens van FOD Volksgezondheid. Het cijfer in 2024 betreft het aantal prestaties van spoed aangerekend bij het RIZIV.*

Het aantal spoedopnames is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen (*figuur 1*). De meest recente cijfers van de FOD, die de periode van 2010 tot 2019 bestrijken, tonen een stijging van het aantal aanmeldingen op spoed met 23%. In absolute cijfers komt dit overeen met een toename van 3.038.909 contacten in 2010 naar 3.737.897 in 2019. Van deze spoedcontacten waren 68,39% ambulante contacten, 22,37% klassieke hospitalisaties en 9,24% dagopnames. Deze verhouding is gedurende de negenjarige observatieperiode nagenoeg onveranderd gebleven. (7) Deze trend lijkt zich verder te zetten en daardoor kijken ook lokale spoeddiensten voor alternatieven, zoals een spoedconsult op afspraak. (8) Uit recentere cijfers blijkt er zelfs een daling te zijn, in 2024 zouden er ongeveer 3.255.063 contacten geweest zijn. Dit cijfer is echter gebaseerd op het aantal prestaties getarificeerd aan het RIZIV, waardoor het niet mag vergeleken worden met de cijfers van het FOD. (9)

Huisartsen vervullen een essentiële rol als gatekeepers voor de tweede lijn, waaronder spoed. Gatekeeping verwijst naar het principe waarbij patiënten eerst een huisarts raadplegen, die vervolgens beoordeelt of een verwijzing naar de tweede lijn gerechtvaardigd is. (6) Huisartsen willen zelf graag deze rol op zich nemen. Een dergelijke verwijsstructuur reguleert de toegang tot specialistische zorg, ziekenhuisopnames en diagnostische onderzoeken, en bevordert tegelijkertijd de informatiestroom en communicatie tussen de eerste en tweede lijn. (10)

Een Noorse cross-sectionele studie uit 2019 toont aan dat ongeveer 57% van de aanmeldingen op spoed wordt doorverwezen door een arts (25% door de vaste huisarts, 31% huisarts van wacht, 2% door specialist los van het ziekenhuis) en ongeveer 43% zich rechtstreeks aanmeldt zonder voorafgaande triage. M.a.w. 57% van de aanmeldingen is het gevolg van gatekeeping door huisartsen. (6) Een gelijkaardig patroon wordt waargenomen in België, waar volgens recente cijfers van de Federale Overheidsdienst het grootste deel van de spoedpatiënten zelfverwijzers zijn, met een duidelijke stijgende trend in de afgelopen jaren. Opvallend in deze cijfers is het verschil tussen doorverwijzing op basis van de opnamesoort: de eigen huisarts is verantwoordelijk voor 21% van de klassieke hospitalisaties, maar slechts voor 6% en 9% van de respectievelijk ambulante en dagopnames. (7)

## 2. Waarom spoed en niet de huisarts?

Welke reden schuilt achter het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten? Waarom gaan patiënten naar spoed in plaats van naar de huisarts? Er kan poging tot indeling gemaakt worden in 4 hoofdthema's waarom een spoedgevallendienst verkozen wordt boven de huisarts. Ten eerste speelt de perceptie van urgentie een grote rol: pijn, angst voor ernst en onzekerheid doen patiënten kiezen voor spoed. Ten tweede vormen barrières in de eerstelijnszorg (zoals beperkte beschikbaarheid, lange wachttijden en doorverwijzingen door huisartsen) een drempel. Als derde worden de voordelen van de spoed benadrukt, waaronder 24/7 toegankelijkheid, uitgebreide diagnostiek en gemak. (11) Uit de thesis van dr. Wouters blijkt dat beschikbaarheid eveneens een groot deel van de gemelde incidenten te zijn. (2) Tot slot waarderen patiënten de kwaliteit en de vervulling van hun medische behoeften op spoed, zoals snelle pijnverlichting, geruststelling en gespecialiseerde zorg. (11)

De redenen waarom patiënten als walk-in naar de spoedafdeling komen zijn dus een groot deel patiëntgebonden. Zelfverwijzers denken vaak zelf in te schatten dat spoed de juiste plaats is voor hun klacht. Andere redenen waren gespecialiseerde zorg, stress/angst en ziekenhuis reputatie. Het lijkt dus vooral dat patiënten zelf denken dat spoed de geschikte plaats is voor hen en omwille van het feit dat spoed altijd beschikbaar is. (1)

Uit een systematic review blijkt dat ongeveer 20-40% van de spoedaanmeldingen onterecht zijn. (12) De opschaling van eerste lijn en het toegankelijker maken van eerstelijns zorg zou kunnen zorgen voor een daling in onterecht spoedgevallen gebruik. Hieruit blijkt dat de druk op spoeddiensten kan worden verlicht door een beter georganiseerde eerstelijnszorg, waar niet-acute pathologie adequaat kan worden opgevangen. Anderzijds zijn er nog persoonsgebonden factoren die leiden tot onterecht gebruik van spoedgevallen zoals vrouwelijk geslacht, laag inkomen, geen huisarts hebben, geen verwijzing gekregen en ouderen met laag sociaal vangnet. (12-14)

Onterechte aanmeldingen op spoed hebben een grote maatschappelijke impact. De kosten in de gezondheidszorg nemen toe naarmate het oneigenlijk gebruik stijgt. Er zijn meer onnodige onderzoeken, zoals beeldvorming en laboratoriumaanvragen die vermeden zouden kunnen worden. Anderzijds is er risico op overmedicalisering met eventueel een toename in morbiditeit als gevolg. (15)

## 2.1 Spoed overcrowding

Door de toenemende druk op spoeddiensten komt ook deze tak van de zorg in aanraking met te hoge vraag en te weinig aanbod. Hieruit kwam een nieuw element tot leven, namelijk overcrowding. Dit kan gedefinieerd worden als een situatie waarin de efficiëntie van de dienst in het gedrang komt door het grote aantal patiënten dat wacht op een consultatie, diagnose, behandeling of ontslag. (16) Het American College of Emergency Physicians definieert overcrowding als “een situatie die zich voordoet wanneer de noodzakelijke middelen voor acute zorg de beschikbare middelen in de spoeddienst, het ziekenhuis of beide, overstijgen”. (17) Tot op heden bestaat er echter geen uniforme of gevalideerde gouden standaard voor de definitie of meting van dit fenomeen.

Overcrowding in de spoeddienst is geassocieerd met diverse negatieve consequenties, waaronder langere wachttijden, vermindering van de zorgkwaliteit en een verhoogde mortaliteit. Bovendien leidt het tot een verhoogde werkdruk en verminderde tevredenheid onder zorgprofessionals. (17, 18)

# 3. Europees level primary care

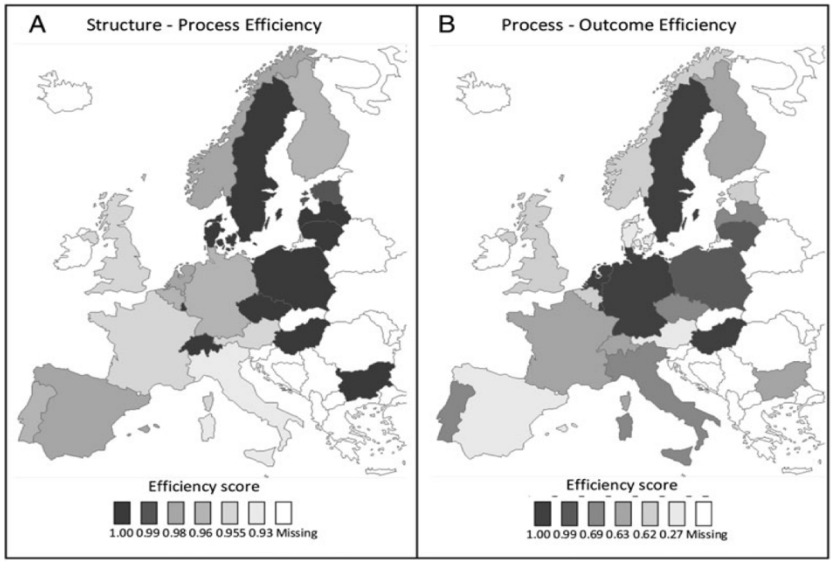
Een goede eerstelijnszorg is dus belangrijk om de tweedelijnszorg te ontlasten. In België is er een evolutie naar meer en meer huisartsenwachtposten. Hoe staat het op Europees niveau?

Hoewel de eerstelijnszorg in veel Europese landen wordt beschouwd als de hoeksteen van een efficiënt gezondheidssysteem, blijkt dat een groter aanbod en beschikbaarheid van zorg niet perse leidt tot een meer efficiënte eerstelijnszorg. (19) Met efficiëntie wordt bedoeld “het leveren van optimale zorg met een minimaal verbruik van middelen, kosten en personeel". (19) Bijkomend in het artikel wordt gesproken over efficiëntie in balans tussen processen en structuur enerzijds en structuur en gezondheidsuitkomsten anderzijds. Met processen bedoelt men wat gedaan wordt bv: het eerste contact en continuïteit voorzien, bepaalde behandeling, vaccinatiecampagne, screeningsonderzoeken… Met structuur bedoelt men waar en hoe het gedaan wordt bv: de organisatie van het systeem, het personeel, financiering, fysieke middelen (ICT, apparatuur…). De gezondheidsuitkomsten zijn: veilige zorg, patiëntgericht, tijdig en rechtvaardig, vb: lage bloeddruk in populatie, hoge vaccinatiegraad…

Uit onderzoek blijkt dat in Europese landen weinig verschil wordt waargenomen in efficiëntie om zoveel mogelijk zorgprocessen te verwezenlijken met hun beschikbare zorgstructuur. Daaruit wordt besloten dat zelfs landen met een zwakker ontwikkelde eerstelijnszorg, zoals Hongarije en Bulgarije, relatief efficiënt kunnen functioneren. (19, 20)
Bijkomend slagen bepaalde landen — waaronder Nederland, Portugal en Finland — erin een efficiënt zorgsysteem te creëren in het omzetten van die eerstelijnsprocessen naar kwaliteitsvolle zorg uitkomsten. Het is belangrijk een hoog niveau van toegankelijkheid, uitgebreidheid en continuïteit (zorgprocessen) te hebben om een hoge kwaliteit van uitkomsten te kunnen voorzien.

Deze bevindingen suggereren dat de aanwezigheid van een uitgebreide of sterk georganiseerde eerstelijnszorg (bijvoorbeeld in termen van aantal zorgverleners, mate van organisatie of financieringsmodellen) niet automatisch leidt tot een efficiënter gebruik van deze middelen. Dit wordt duidelijk in *figuur 2*. Daar is te zien dat de efficiëntie score bij de balans tussen structuur en zorgprocessen heel gelijklopend is over Europa. De scores lopen van 100% tot minimaal 93%. In deel B van *figuur 2* blijkt dat de efficiëntie in sommige landen verhoogd dient te worden om die zorgprocessen om te zetten naar de zorguitkomsten. De efficiëntie score loopt hier van 100% tot minimaal 27%, wat toont dat er een grote kloof is. Sommige landen zijn dus zeer goed in het omzetten

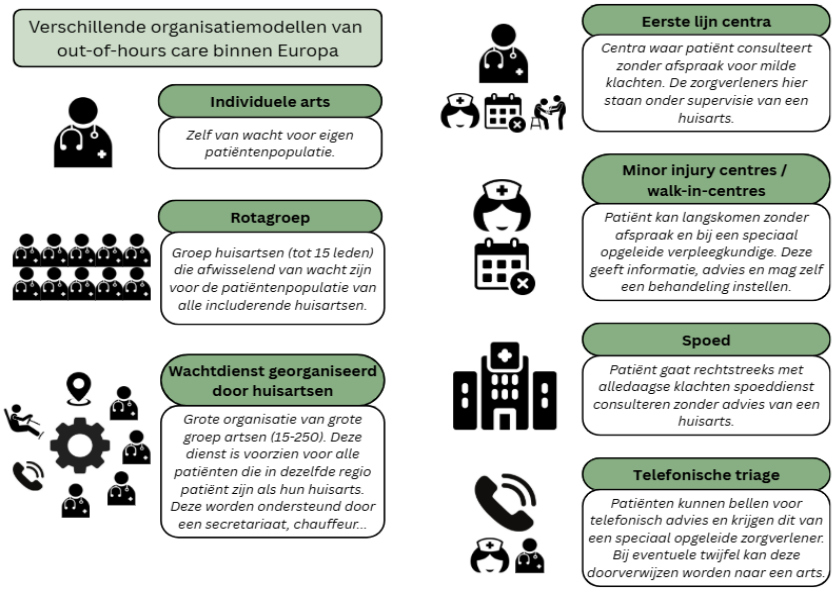
van processen naar harde eindpunten, andere landen daarentegen moeten hier een tandje bij steken. (19)




*Figuur 2: Verschil in efficiëntie op Europees niveau voor A) balans tussen structuur-proces en B) balans tussen proces-uitkomst.*

Een coherente en geïntegreerde beleidsbenadering blijkt essentieel om de efficiëntie van de zorgprocessen te versterken. Investeringen in extra toegankelijkheid van eerstelijnszorg, personeelseducatie, betere arts-patiënt relaties of referentie naar tweede lijn, zijn noodzakelijk om de kwaliteit van zorguitkomsten op te drijven. Daarnaast wordt de efficiëntie beïnvloed door diverse contextuele factoren, waaronder beleidskeuzes, populatiekenmerken en zorgbehoeften. (19)

Naast de reguliere organisatie van eerstelijnszorg speelt ook de organisatie van zorg buiten de kantooruren (out-of-hours care) een cruciale rol in zowel de toegankelijkheid als de efficiëntie van het gezondheidssysteem. Binnen Europa bestaan grote verschillen in de manier waarop deze vorm van zorg is georganiseerd (*figuur 3*). (21)




*Figuur 3: Verschillende organisatiemodellen binnen Europa.*

In België wordt de zorg buiten de kantooruren voornamelijk georganiseerd via huisartsenwachtposten, wat resulteert in een gecentraliseerd model van eerstelijnszorg tijdens weekends en nachten. (22) Deze organisatievorm bevordert de continuïteit van zorg en biedt patiënten een duidelijk en herkenbaar aanspreekpunt.

Een huisartsenwachtpost is een initiatief van de huisartsen zelf. Huisartsen uit eenzelfde regio werken samen om de continuïteit voor de patiënten buiten de reguliere kantooruren te voorzien. De zorg is voorzien van consultaties en huisbezoeken, al dan niet met een afsprakensysteem. De organisatie van zorg buiten kantooruren verschilt niet alleen sterk tussen de Europese landen, maar vertoont ook binnen België aanzienlijke variatie. Sommige instellingen beschikken over een afzonderlijk gebouw of departement, terwijl andere ervoor kiezen huisartsen rechtstreeks op de spoedgevallendienst te laten meewerken. Theoretisch zou deze aanpak moeten leiden tot een verminderde belasting van de spoeddienst. (23) Onderzoek naar de organisatie van zorg buiten de kantooruren blijft echter schaars binnen Europa. Initiatieven zoals het EurOOHnet zijn daarom bijzonder waardevol, aangezien zij gericht zijn op het bestuderen van de kwaliteit en veiligheid van deze vorm van zorgverlening. (20)

Andere Europese landen maken echter gebruik van uiteenlopende structuren. In Nederland worden huisartsenposten bijvoorbeeld gecombineerd met uitgebreide telefonische triage- en adviessystemen, waardoor enkel patiënten met een reële medische noodzaak fysiek worden onderzocht. Deze aanpak blijkt een positieve invloed te hebben op zowel de efficiëntie als de werkdruk binnen de eerstelijnszorg. (20, 21) Anderzijds toont onderzoek wel dat patiënten over het algemeen meer tevreden zijn met fysieke consultaties dan met telefonische adviezen. (21) Denemarken, Kroatië, Ierland, Duitsland, Noorwegen en Zwitserland beschikken allemaal over een wachtdienst georganiseerd door de huisartsen zelf. In deze Europese landen probeert men ook gebruik te maken van een kwaliteitsverbetering voor telefonische triage. Er zijn ook landen zonder uniforme organisatie, zoals Bulgarije, Oostenrijk, Tsjechië, Roemenië en Spanje. Hier zijn bijvoorbeeld rota groepen of nog de individuele huisartsen die voor hun patiënten beschikbaar zijn zoals in Roemenië. (21)
Er is dus een grote discrepantie op internationaal niveau en soms ook op nationaal niveau. Er is wel een algemene trend voor meer centralisatie en een grotere toegankelijkheid. Het is wel onduidelijk of dit ook effectief tot een betere kwaliteit van zorg zal leiden. (21)

Elk organisatiemodel heeft zijn specifieke sterktes en beperkingen. Gecentraliseerde systemen, zoals in België, kunnen de toegankelijkheid van zorg verbeteren, maar gaan soms gepaard met een hogere werklast en een beperkte differentiatie tussen zorgvragen. Gedecentraliseerde of triagegebaseerde modellen, zoals die in Nederland of Scandinavië, bevorderen daarentegen een doelmatigere inzet van middelen, maar vereisen sterk uitgebouwde communicatiestructuren en goed opgeleid triagepersoneel. (20)

Daarnaast spelen demografische en maatschappelijke ontwikkelingen een belangrijke rol. Factoren zoals vergrijzing, bevolkingsgroei, veranderend patiënten gedrag en een stijgend tekort aan zorgverleners leiden tot een toegenomen zorgvraag, hogere kosten en grotere druk op de out-of-hours zorg. Deze evoluties treffen zowel de eerstelijnszorg als de spoeddiensten en hulpdiensten. Economische omstandigheden versterken deze druk en beïnvloeden bijkomend de werking van zowel de eerste als de tweede lijn. (24) Al deze elementen verhogen het risico op fouten en incidenten. In dit kader heeft de organisatie van eerstelijnszorg buiten de kantooruren de afgelopen jaren een aanzienlijke evolutie doorgemaakt richting het organisatorisch model van huisartsenwachtposten. (21)

Om de zorg buiten kantooruren toegankelijk te houden blijkt dat telefonische consultaties de werkdruk aanzienlijk kunnen verlagen. Daarentegen leidt het systeem van plaatsvervangende artsen, opererend vanuit een onafhankelijk model, tot een merkbaar hogere werkdruk. Coöperatieve systemen en eerstelijnscentra die telefonische triage toepassen en vervolgens gerichte zorg bieden, dragen opnieuw bij aan een vermindering van de werkbelasting. Wat patiënttevredenheid betreft, blijken telefonische contacten minder gewaardeerd te worden, terwijl zorgcentra met plaatsvervangende artsen tot meer tevredenheid leiden. (24) Deze bevindingen weerspiegelen zich in het huidige Belgische systeem van de huisartsenwachtpost (HAWP) en lijken ook efficiënt te werken. Daarnaast blijven op sommige plaatsen coöperatieve systemen bestaan, waarbij kleine huisartsenkringen afwisselend instaan voor de continue zorgverlening in hun regio.

# 4. Transmural Safety Incident (TSI) project

De stijging van aanmeldingen bij de spoed over de jaren heen en het progressief centraliseren van huisartswachtposten, die zich vaak naast spoeddiensten bevinden, kan gepaard gaan met incidenten tussen beiden. (7)

Transmurale zorg wordt omschreven als een geïntegreerde vorm van zorgverlening waarbij samenwerking plaatsvindt tussen een ziekenhuis en eerstelijns partners of tussen verschillende ziekenhuizen en residentiële zorginstellingen. Tijdens de overdracht van een patiënt tussen zorginstellingen bestaat een verhoogd risico op het optreden van incidenten. (2)
Een transmuraal incident wordt gedefinieerd als een ongewenste gebeurtenis binnen de gezondheidszorg die ontstaat tijdens de overdracht of samenwerking tussen verschillende zorgverleners en zorginstellingen. Voorbeelden hiervan zijn communicatiestoornissen, verlies van medische informatie, medicatiefouten en tekortschietende coördinatie. (2)
Transmurale incidenten komen frequent voor en kunnen een substantiële impact hebben op de patiëntenveiligheid. Desondanks worden dergelijke incidenten slechts zelden gerapporteerd door zorgverleners, onder meer door zeven vaak voorkomende barrières, zoals administratieve belasting, angst voor juridische repercussies, de vrees als incompetent te worden beschouwd door patiënten of collega's, en het gebrek aan zichtbare veranderingen na eerdere meldingen. (2)

Tot 2023 ontbrak wetenschappelijk onderzoek naar transmurale incidenten in Vlaanderen. Om die ontbrekende kennis te vullen werd het Transitional Safety Incident (TSI)-project ontwikkeld. Dit regionale project liep van 2022 tot 2023 binnen UZ Gent en AZ Delta Roeselare, in samenwerking met de respectieve huisartsenkringen Gent en Midden-West-Vlaanderen. In beide regio's werden meldingen verzameld en gecategoriseerd, zowel wat betreft de ziekenhuizen als de huisartsen. Daarnaast identificeerde collega dr. Viki Wouters de verbetermogelijkheden en facilitators om het melden van incidenten te versterken. (2)

Onder andere adequate, open communicatie en collegialiteit met een veilige werksfeer spelen een belangrijke rol alsook het aanstellen van een coördinerende gezondheidswerker om ontslag van patiënten vlotter te laten verlopen. Andere verbetermogelijkheden bleken ondersteuning van een veiligheidscoördinator en de overkoepelende huisartsenkringen, snelle feedback naar de melder van incidenten en een efficiënter meldplatform. (2)

## 5. Belang van samenwerking/communicatie tussen eerste lijn en spoeddiensten

De kwaliteit van verwijsbrieven speelt een cruciale rol in de continuïteit van zorg. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen vaak een verwijsbrief meegeven aan de patiënt, maar dat het antwoord van de specialist dikwijls laattijdig terugkomt. (25) Hoewel spoeddiensten doorgaans streven om verslagen tijdig te verzenden, kunnen bij enkele disciplines, zoals orthopedie, de wachttijden oplopen tot vier weken. Dit bemoeilijkt een vlotte terugkoppeling naar de eerste lijn. Dit vertraagt de terugkoppeling en bemoeilijkt een efficiënte opvolging door de huisarts. Echter ontbreekt soms een verwijsbrief van huisartsen richting het spoed, dit blijkt ook een belangrijk aandeel van de incidentmeldingen te zijn. Anderzijds kan de meegestuurde verwijsbrief onvolledig zijn met bijvoorbeeld ontbreken van recente medicatielijsten. (2)

Een tweede belangrijk aspect betreft de communicatie met de patiënt. Heldere uitleg over het zorgtraject en de verwachte opvolging vermindert aanzienlijk de kans dat patiënten onnodig beroep doen op spoeddiensten. (26) Investeren in communicatietraining voor zorgverleners is daarom essentieel om misverstanden, onnodige zorgconsumptie en herhaalde spoed bezoeken te voorkomen. Zo kan telefonisch overleg met een spoedarts een spoedopname vermijden.

Daarnaast wordt effectieve communicatie tussen zorgverleners in de literatuur beschreven aan de hand van negen kernelementen, waaronder duidelijkheid, tijdigheid en wederkerigheid van informatie. Openheid, eerlijkheid en regelmatig overleg zijn hiervoor ook belangrijk. Deze elementen vormen een noodzakelijke basis voor een vlotte samenwerking tussen verschillende schakels in het zorgsysteem en dragen bij aan een hogere kwaliteit van zorgoverdracht. (27)

Tot slot wijst recent onderzoek erop dat ook spoeddiensten zelf een actieve rol moeten opnemen in het terugverwijzen naar de huisarts wanneer verdere opvolging vereist is. (28) In de praktijk vormt dit echter een uitdaging, onder meer door beperkte beschikbaarheid van huisartsen en een tekort aan doorverwijsmogelijkheden tijdens wachtdiensten.

## 6. Visiedocument “Out-of-hours care” Domus Medica

Het visiedocument *Out-of-Hours Care (OOHC)*, opgesteld door Domus Medica in 2024 (29), presenteert een toekomstgerichte visie op de organisatie van de eerstelijnszorg buiten de reguliere kantooruren, met bijzondere aandacht voor niet-planbare zorg, zoals huisartsenwachtposten en spoeddiensten.

De kern van het visiedocument bestaat uit twintig concrete voorstellen om de out-of-hours-zorg (OOHC) zowel geïntegreerd als toekomstbestendig te maken. Deze voorstellen beogen structurele hervormingen rond coördinatie, triage, samenwerking en kwaliteitsverbetering.

Een belangrijk thematisch uitgangspunt is de standaardisatie en professionalisering van triageprocedures. Het visiedocument pleit voor een gestandaardiseerd triagesysteem dat over alle toegangspoorten heen werkt (huisartsenwachtposten, spoeddiensten, noodcentrales) en waarbij het toegewezen zorgniveau bindend is voor patiënten. Dit moet bijdragen aan een betere toeleiding naar de juiste zorg, efficiënter gebruik van middelen en vermindering van onnodige druk op acute zorgsystemen.

Daarnaast beoogt de visie een geïntegreerde eerstelijnsfunctie van huisartsenwachtposten, waarbij deze verder ontwikkeld worden als eerstelijn wachtposten met multidisciplinaire betrokkenheid (bijv. tandartsen, geestelijke gezondheidszorg en zelf kinesitherapie), ondersteund door gezamenlijke kwaliteitskaders en afspraken met spoeddiensten. Daarbij benadrukt men een eventueel gedeelde infrastructuur (bijv. fysieke co-locatie van spoed en wachtposten), uniforme afsprakenkaders, en systematische gegevensdeling om continuïteit en kwaliteit van zorg te versterken.

Tot slot richt de visietekst zich op systemische en beleidsmatige voorwaarden: herziening van financieringsmodellen voor artsen in de OOHC, kwaliteitsnormen, gestandaardiseerde competentielijsten en stimuli om de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep en de eerste lijn wachtzorg te behouden.
Een structurele verbetering van de communicatie, zowel tussen zorgverleners als met de patiënt, is dus essentieel om de continuïteit en efficiëntie van de zorg te waarborgen en de druk op de spoeddiensten te verlagen.

Vanuit deze vaststellingen ontstaat vanzelfsprekend de relevantie van dit onderzoek, met de centrale vraag hoe artsen zelf de samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsenwachtposten ervaren en in welke mate er momenteel overleg plaatsvindt tussen beide zorgniveaus.

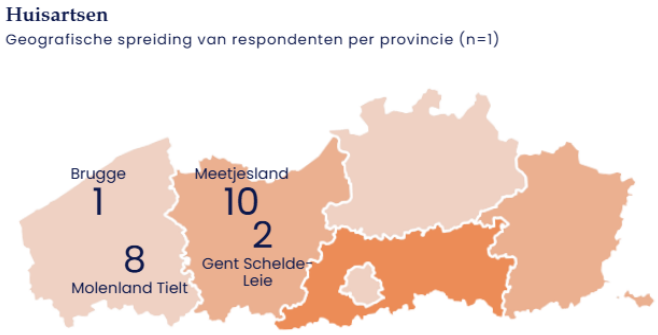
# Resultaten

## 1. Onderzoekspopulatie en spreiding

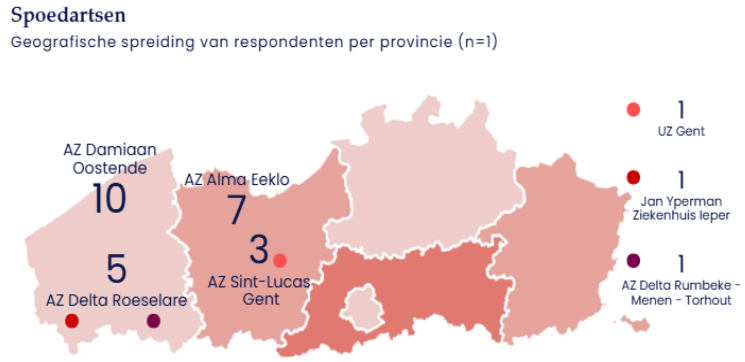
In dit praktijkgericht onderzoek werden 21 huisartsen, 29 spoedartsen en 9 wachtpostcoördinatoren ondervraagd aan de hand van open en gesloten vragen, alsook meerkeuzevragen.

Het merendeel van de deelnemende huisartsen zijn actief in de regio Meetjesland (47%) en regio Tielt (33%), en telkens 1 respondent van regio Brugge, Gent en Schelde-Leie (figuur 4).
De spoedartsen zijn werkzaam in algemene evenals universitaire ziekenhuizen in Vlaanderen, waarbij het merendeel van de respondenten werkzaam is in AZ Oostende (32,1%), gevolgd door AZ Alma Eeklo (17,9%) en AZ Delta Roeselare (17,9%). AZ Sint-Lucas Gent volgt met 10,7% en de rest zijn enkelingen of respondenten werkzaam in meer dan 1 ziekenhuis (figuur 5).

De deelnemende huisartsenwachtposten waren gespreid in Vlaanderen, met één wachtpost in Antwerpen, vier in Vlaams-Brabant, drie in Oost-Vlaanderen en één in West-Vlaanderen (figuur 6). Uit de resultaten blijkt dat 80% van de wachtposten een organisatie is tussen de 15 en 250 huisartsen, ondersteund met een secretariaat, chauffeur voor huisbezoeken en een algemeen management. Uitzonderingen zijn grotere wachtposten zoals Khobra in Leuven en Wachtpost Gent Scheldekracht. Eén op drie wachtposten is beschikbaar buiten de kantooruren, terwijl 46,67% enkel beschikbaar is tijdens weekends en feestdagen. Daarnaast werkt 66,67% enkel met consultaties op afspraak (figuur 7).



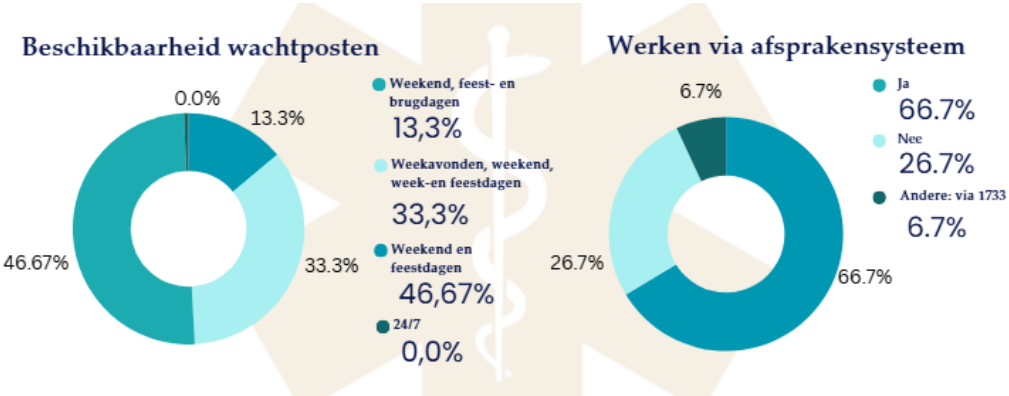

*Figuur 4: Geografische spreiding respondenten huisartsen.*




*Figuur 5: Geografische spreiding respondenten spoedartsen.*



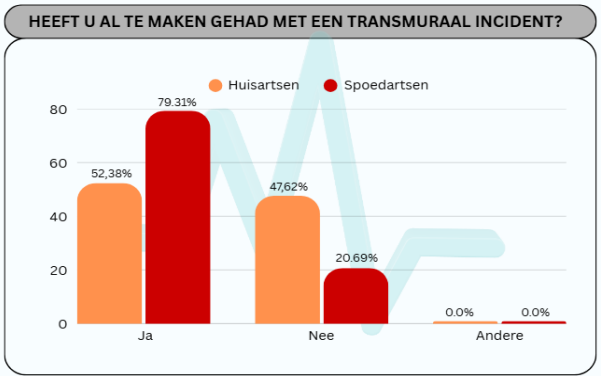

*Figuur 6: Geografische spreiding respondenten wachtpostcoördinatoren.*




*Figuur 7: Organisatie wachtposten Vlaanderen.*

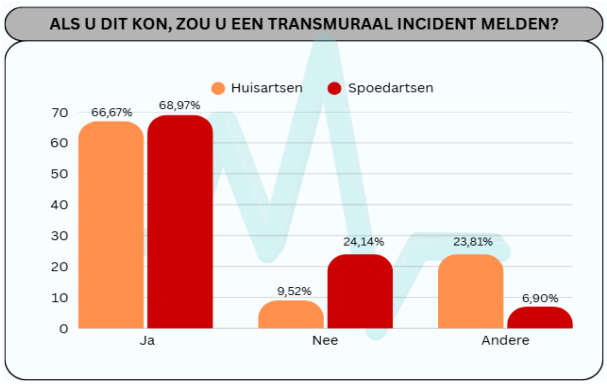
## 2. Ervaring en meldklimaat van transmurale incidenten

Uit de enquêtes zijn interessante en verrassende resultaten gekomen. Enerzijds blijkt dat 52% van de ondervraagde huisartsen reeds te maken gehad heeft met een transmuraal incident tussen spoedartsen en huisartsen. Een grote meerderheid van de spoedartsen (±80%) geeft eveneens aan reeds geconfronteerd te zijn geweest met een transmuraal incident (*figuur 8*).

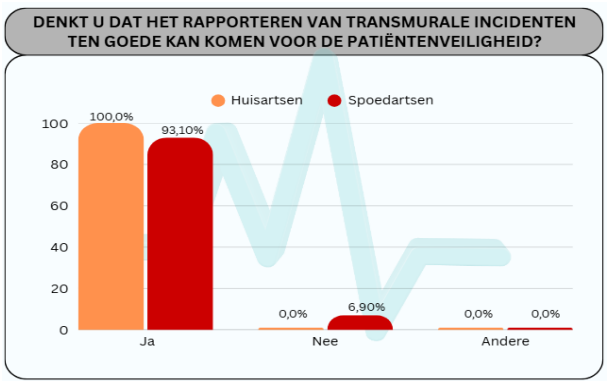



*Figuur 8: Staafdiagram over al dan niet meemaken van een incident, vergelijking huisartsen en spoedartsen.*

Bovendien zou 66,7% van de huisartsen een transmuraal incident melden, mocht dit kunnen (*figuur 9*). Als kanttekening wordt door 23% van de huisartsen aangegeven dat dit afhankelijk is van de aard en ernst van het transmuraal incident en de tijdsinvestering. Wat de spoedartsen betreft, geeft een overwegend deel (±70%) aan dergelijke incidenten in principe te willen melden, al wordt dit regelmatig genuanceerd door tijdsgebrek, administratieve belasting en beperkte meerwaarde van bestaande meldprocedures (*figuur 9*). Opvallend is wel dat er unanimiteit is binnen de huisartsen omtrent het rapporteren van transmurale incidenten, men is van mening dat dit ten goede komt voor de patiëntenveiligheid. Ook bij spoedartsen is duidelijk dat zo goed als iedereen gelooft dat het melden van de transmurale incidenten een groot voordeel kan hebben in de patiëntenveiligheid (*figuur 10*).

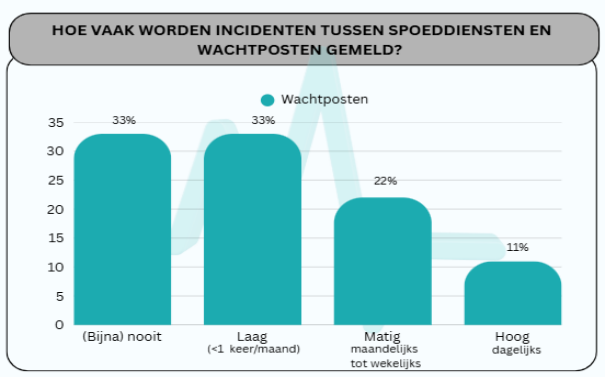



*Figuur 9: Staafdiagram over al dan niet melden van incident.*




*Figuur 10: Staafdiagram over melden van incidenten tov de patiëntenveiligheid.*

Uit de resultaten van de wachtpostcoördinatoren blijkt dat er slechts in 53,33% een medium is waar transmurale incidenten kunnen gemeld worden. In *figuur 11* wordt de frequentie van meldingen weergegeven van incidenten tussen spoeddiensten en wachtposten.

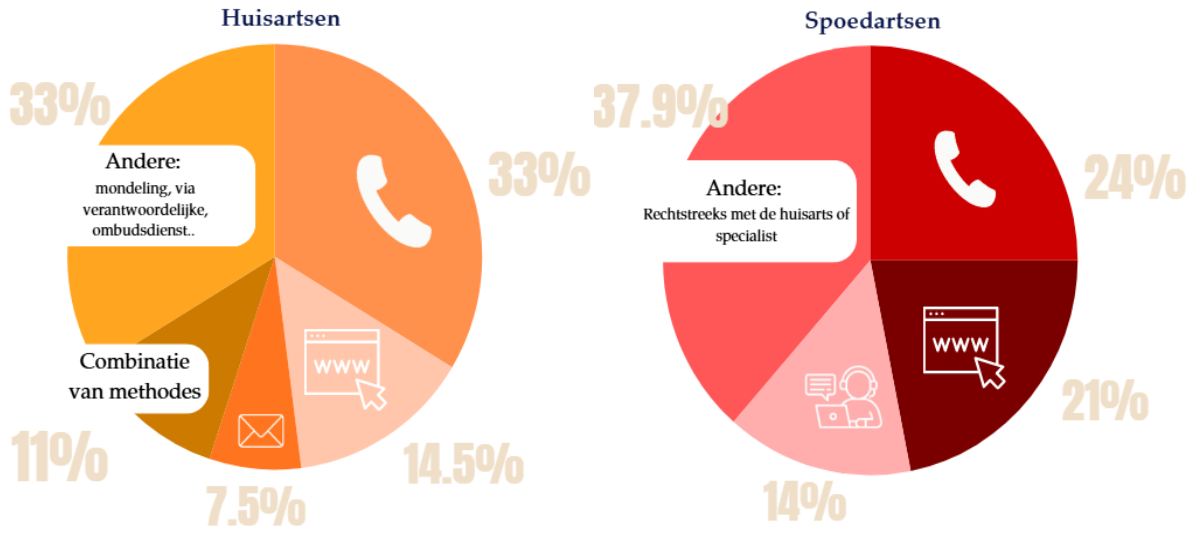



*Figuur 11: Staafdiagram over meldklimaat van transmurale incidenten tussen spoeddiensten en wachtposten.*

## 3. Methodiek van rapportering en communicatie bij incidenten

Er zijn tegenwoordig reeds verschillende manieren om een transmuraal incident te melden. Uit de resultaten blijkt dat huisartsen voornamelijk telefonisch (33%), digitaal (14%) of via mailverkeer contact opnemen met de betrokken zorgverleners. Anderzijds wordt er ook contact opgenomen rechtstreeks met de ombudsdienst of met de coördinator van de wachtpost die op hun beurt in verbinding staat met de verantwoordelijken van het ziekenhuis (*figuur 12*).

Bij spoedartsen is de voorkeur voor rapportering duidelijk rechtstreekse communicatie met de betreffende huisarts of specialist (37,9%). Ongeveer 24% verkiest rechtstreeks telefonisch contact. Verder hebben respectievelijk 21% en 14% de voorkeur aan een online meldsysteem of ombudsdienst en schriftelijke melding (*figuur 12)*. Het gestructureerd meldsysteem wordt vooral aangegeven als wenselijk voor het detecteren van terugkerende of organisatorische problemen.
Bij wachtposten gebeurt melding telefonisch, via een meldformulier of aan de wachtpostmanager, waarbij organisatorische en medische incidenten soms afzonderlijk behandeld worden (*figuur 13*).




*Figuur 12: Cirkeldiagram: huidige methodes van incidentmelding, vergelijking tussen huisartsen en spoedartsen.*

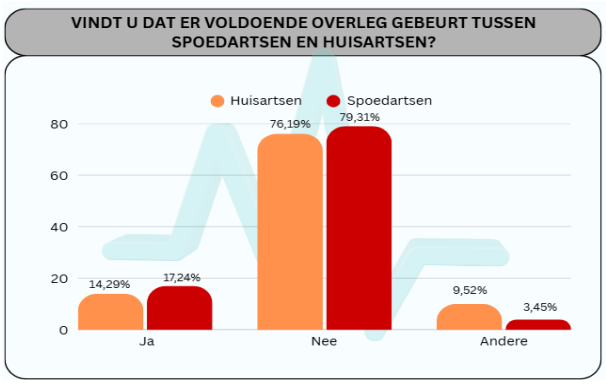



*Figuur 13: Cirkeldiagram: huidige methodes van incidentmelding bij wachtposten.*

## 4. Mate en organisatie van overleg

Op de vraag of er vandaag de dag voldoende overleg gebeurt tussen huisartsen en spoedartsen zijn de meningen verdeeld. 76,19% van de huisartsen vindt van niet, 14% vindt daarentegen van wel terwijl een kleine 10% zegt dat het vaak om unilaterale communicatie gaat. Spoedartsen zouden vaak niet beschikbaar zijn, waarna er geen bespreking meer volgt *(figuur 14)*.

De mate van overleg tussen spoedartsen en huisartsen wordt ook door spoedartsen zeer uiteenlopend ervaren. Bijna 80% meldt dat er onvoldoende overleg is en een vijfde van de respondenten beschrijft het overleg als regelmatig of voldoende *(figuur 14)*. In 39% van de gevallen gebeurt het overleg onregelmatig of ad hoc, terwijl ongeveer 14% meldt dat er gestructureerd overleg gepland wordt, meestal op beleidsniveau en varieert van maandelijks tot jaarlijks. Zeker 20% ervaart regelmatig tot dagelijks overleg, maar meestal informeel. Regelmaat in overleg is cruciaal voor succes, toch blijkt dat er hier een groot verschil heerst tussen de verschillende respondenten en wachtpostregio's. In regio Meetjesland gebeurt dit grosso modo op onregelmatige tijdstippen en is eerder sporadisch van aard en voornamelijk telefonisch. In regio Tielt wordt vermeld dat overleg voornamelijk plaatsvindt via verwijsbrieven en terugkerende verslagen, waarbij degelijk fysiek overleg slechts weinig aan bod komt.
Bij wachtposten variëren momenten van overleg met spoeddiensten van moeilijk / niet aanwezig tot jaarlijkse overlegmomenten, één tot vier keer per jaar.

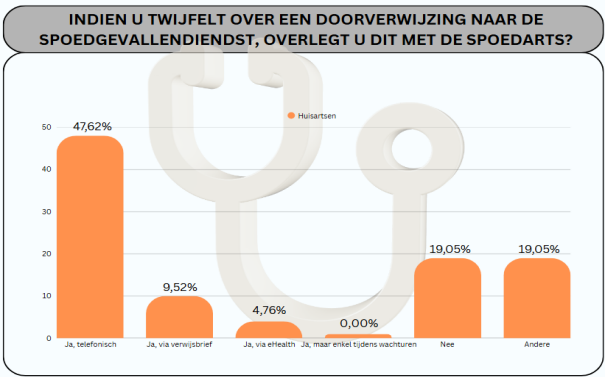



*Figuur 14: Staafdiagram methodes van incidentmelding, vergelijking tussen huisartsen en spoedartsen.*

## 5. Overleg bij doorverwijzing en klinische twijfel

Uit *figuur 15* blijkt dat, indien er twijfel is over een doorverwijzing naar de urgentiedienst, 61,9% van de huisartsen dit overlegt met desbetreffende dienst. Volgens de resultaten gebeurt dit voornamelijk telefonisch of via een verwijsbrief. Slechts een kleine 20% van de bevraagde huisartsen overlegt niet bij twijfel. De overige 19% verklaart onder andere dit te overleggen met desbetreffende specialist of is eerder geneigd om bij twijfel meteen door te sturen voor verdere uitwerking in tegenstelling tot overleg met een spoedarts.

Spoedartsen geven aan dat dit overleg vaak informeel gebeurt en voornamelijk betrekking heeft op patiëntendetails, thuissituatie en urgentie-inschatting.

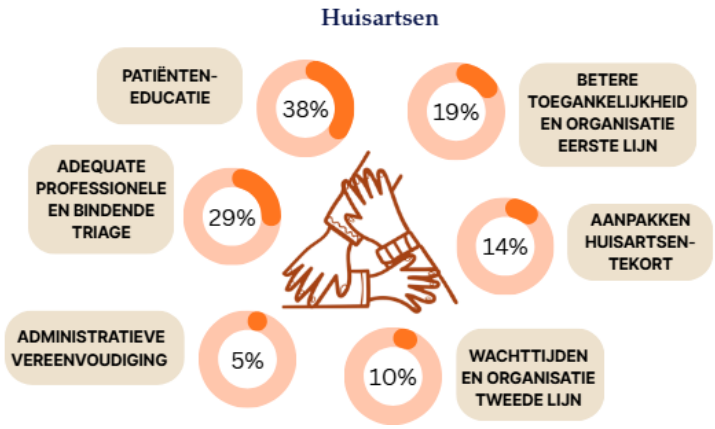



*Figuur 15: Staafdiagram mate van overleg met urgentiedienst bij twijfel - visie van huisartsen.*

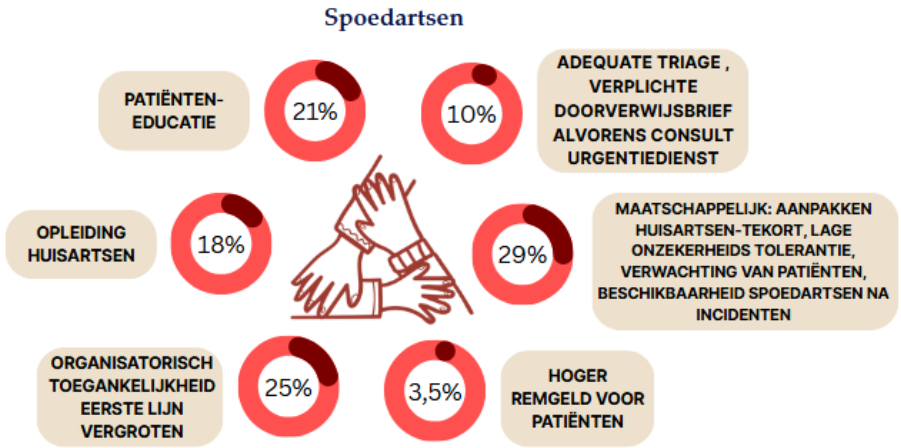
## 6. Toegankelijkheid van zorg en gebruik van spoedgevallendienst

De deelnemende huisartsen geven aan dat de toegankelijkheid van huisartsen en specialisten op verschillende manieren verbeterd kan worden. Ongeveer 38% meldt dat patiënteneducatie en bewustwording het grootste werkpunt is. Daaropvolgend geeft 29% aan dat een adequate professionele en bindende triage voor de huisartsenwachtpost en spoed oneigenlijke zorgvragen kunnen voorkomen. Vier bevraagde huisartsen (±19%) pleiten voor een betere toegankelijkheid en organisatie van de eerste lijn. Hier wordt onder meer gepeild naar betere bereikbaarheid van huisartsen, urgentie-buffers in de agenda's en telefonische triage tijdens de daguren om de agenda beter te organiseren *(figuur 16)*.
Aansluitend leggen drie huisartsen (±14%) het accent op het artsentekort. Verder kaarten twee respondenten (±10%) aan dat wachttijden en organisatie van de tweede lijn oorzaken zijn van oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst. Tot slot besluit 5% dat een administratieve vereenvoudiging het tijdsverlies kan verminderen met een verhoogde toegankelijkheid van de eerste lijn *(figuur 16)*. In contrast geeft 1 respondent (±5%) aan geen probleem te ondervinden met het huidige systeem.

Spoedartsen noemen meerdere strategieën om onterechte spoedverwijzingen te beperken. Een kwart van de respondenten laat weten dat er op organisatorisch niveau dingen moeten aangepast worden om betere toegankelijkheid van de eerste lijn mogelijk te maken *(figuur 17)*.
Verder benoemt 21% het beter educeren van patiënten en 18% het beter opleiden van huisartsen. Andere verbeteringen liggen in communicatie voor verwijzing, betere triage en verplichte doorverwijzing, allen respectievelijk genoemd door 10% van de respondenten.
Daarnaast worden maatschappelijke factoren aangehaald zoals een lage tolerantie voor onzekerheid, de verwachting van onmiddellijke zorg en het huisartsentekort.
Dit leidt tot oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst. Bijkomend ligt het probleem niet enkel bij de huisartsen, maar volgens een deel van de spoedartsen zouden specialisten meer beschikbaar moeten zijn. Op die wordt de spoedgevallendienst niet gereduceerd tot louter een administratieve functie, wat zij op dit moment wel vaak ervaren. Als laatste geeft ongeveer 3,5% aan dat er hoger remgeld moet gevraagd worden bij huisartsen en een provisie moet betaald worden bij aanmelding op spoedgevallen *(figuur 17)*.




*Figuur 16: Suggesties van huisartsen voor toegankelijke zorg en beperken over-use spoedgevallendienst.*




*Figuur 17: Suggesties van spoedartsen voor toegankelijke zorg en beperken over-use spoedgevallendienst.*

## 7. Communicatie en informatieoverdracht

Meer dan de helft van de incidentmeldingen tussen spoedartsen en huisartsen betreft communicatieproblemen, waarvan 34% over de ontslag- of consultatiebrief en 20% over de medicatieoverdracht.

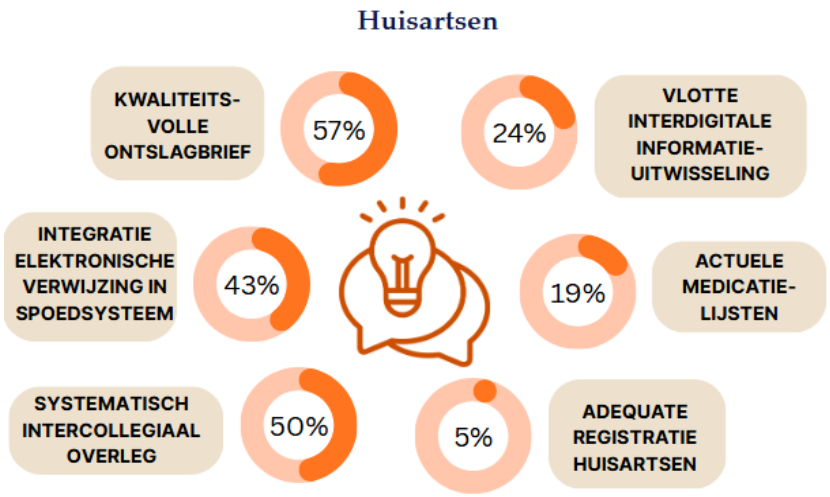
Uit antwoorden kan geconcludeerd worden dat 57% van de deelnemende huisartsen een tijdige, volledige en kwaliteitsvolle ontslagbrief verwacht *(figuur 18)*.

Eveneens structureel gebruik maken van een elektronische verwijzing die geïntegreerd wordt in het spoedsysteem zou een oplossing kunnen zijn volgens 43% van de bevraagden. Verder is er volgens 50% intercollegiaal overleg noodzakelijk bij urgente pathologie waarbij laagdrempelig telefonisch contact is tussen beide partijen *(figuur 18)*.

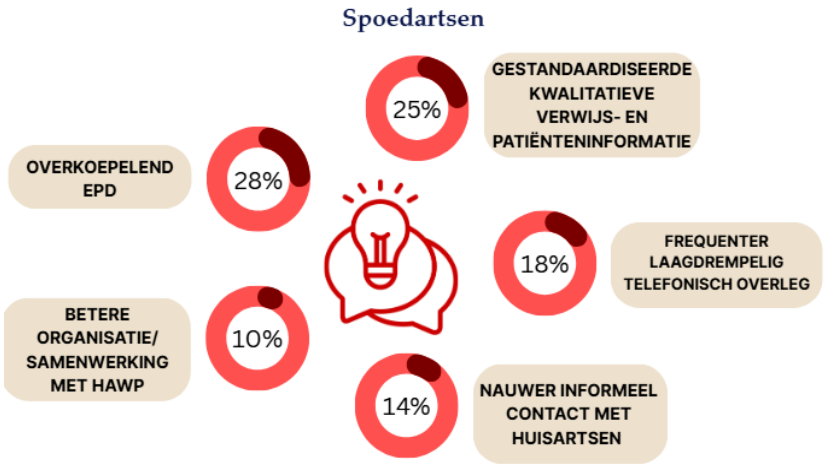
Ook vlottere digitale informatie-uitwisseling tussen verschillende softwaresystemen (24%), actuele medicatielijsten (19%) en het systematisch registreren van de huidige huisarts van patiënten (5%), zijn mogelijke verbeterpunten in de communicatie volgens huisartsen *(figuur 18)*.

28% van de spoedartsen benadrukt het belang van een overkoepelend systeem zoals een gedeeld elektronisch dossier. Door een kwart van de respondenten wordt belang gehecht aan gestandaardiseerde en kwalitatieve verwijs- en patiënteninformatie, zoals correcte verwijsbrieven en actuele SUMEHR-gegevens. Daarnaast wordt telefonisch overleg frequent genoemd (18%) *(figuur 19)*.

Ook hier wordt gesproken over betere educatie van patiënten (3,6%) en betere organisatie/verdeling spoed vs HAWP (10%). Als laatste wil ongeveer 14% van de spoedartsen een nauwer informeel contact met de huisartsen om daaruitvolgend meer structureel laagdrempelig overleg te plegen *(figuur 19)*. De ideale samenwerking wordt door spoedartsen omschreven als laagdrempelig, transparant en gebaseerd op wederzijds respect. Kerncomponenten zijn regelmatige communicatie, constructieve feedback in een no-blame-cultuur met een beter begrip van elkaars werkcontext. Ongeveer de helft pleit voor meer structurele vormen van samenwerking tussen spoed en huisartsenwachtpost, zoals gezamenlijke triage, casuïstiekbesprekingen of organisatorische integratie.




*Figuur 18: Suggesties van huisartsen over kwaliteitsvolle communicatie en informatieoverdracht.*



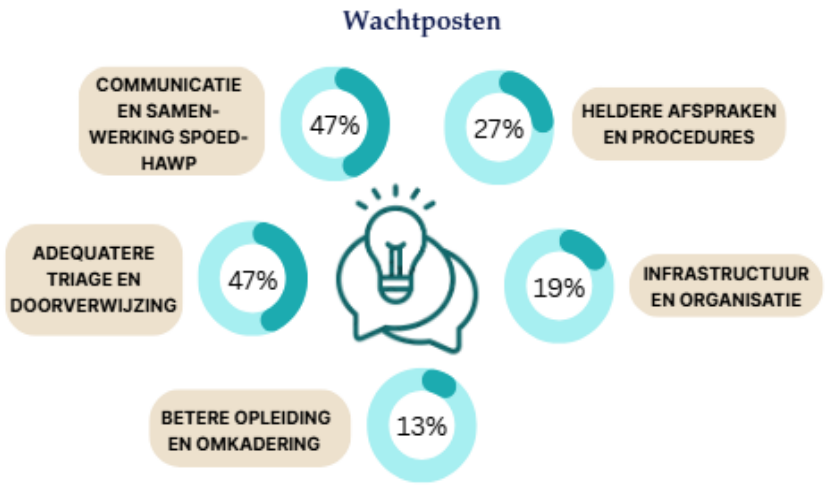

*Figuur 19: Suggesties van spoedartsen over kwaliteitsvolle communicatie en informatieoverdracht.*

Er zijn diverse beweegredenen om verwijsbrieven op te stellen bij een doorverwijzing naar de spoedgevallendienst. 43% van de huisartsen is ervan overtuigd dat dit zal leiden tot een betere kwaliteit, efficiëntie en veiligheid van zorg, waarbij fouten vermeden worden. Een gelijkaardig aantal hecht belang aan cruciale informatieoverdracht. Bovendien geeft 38% een verwijsbrief mee om een heldere vraagstelling te formuleren en om de collega in te lichten van reeds uitgevoerde onderzoeken. 10% wil overbodige of herhaalde onderzoeken vermijden. Voor 14% is het financieel voordeel van de patiënt een motivatie en eveneens 14% geeft aan dat een verwijsbrief een teken is van collegialiteit

en continuïteit van zorg. Spoedartsen benadrukken eveneens het belang van correcte en gestandaardiseerde verwijsinformatie.

Wachtposten wijzen op het belang van vlotte en volledige gegevensoverdracht, inclusief elektronische verslaggeving, feedback na verwijzing en overdracht van essentiële medische en administratieve gegevens.
Bij 73% van alle overlegmomenten tussen de wachtposten en de tweede lijn, komt minstens één werkpunt naar boven. Er vloeit bij één derde van deze werkpunten verdere opvolging uit.
Als werkpunten worden vooral gemeld: communicatie en samenwerking spoed–HAWP (47%), triage en doorverwijzing (47%), afspraken & procedures (balie, e-forms, overlegstructuur) (27%), infrastructuur & organisatie (20%), opleiding & omkadering (HAIO, SUMEHR, Vitalink) (13%). (*figuur 20*)

Tot slot werd in de enquête nog gepolst naar verdere ontwikkelingen en tips voor betere samenwerkingen. Hieruit kwamen diverse aanvullende voorstellen, waaronder de veel genoemde gezamenlijke overlegmomenten, standaardiseren van rotaties van huisartsen in opleiding op spoedgevallendiensten en uitbreiding van openingsuren van huisartsenwachtposten. Als ander heel belangrijk punt moet ingezet worden op gerichte informatiecampagnes voor de bevolking, dit om de educatie van patiënten mee aan te pakken. Al deze voorstellen benadrukken opnieuw het belang van samenwerking, communicatie en gedeelde verantwoordelijkheid tussen eerste en tweede lijn.




*Figuur 20: Werkpunten i.v.m. samenwerking spoeddiensten en huisartsenwachtposten.*

Het meest frequent vermelde thema was overleg en communicatie, waarbij respondenten het belang benadrukken van regelmatig en laagdrempelig overleg, zowel fysiek als telefonisch, met bijkomend overleg bij doorverwijzingen.
Ten tweede vormen correcte triage en doorverwijzing een belangrijk thema. Hierbij wordt zowel het belang van correcte triage vóór toegang tot diensten als de autonomie van de eerste lijn bij het kiezen van een spoeddienst benadrukt.

Daarnaast worden duidelijke en gedragen afspraken vaak genoemd. Respondenten geven aan dat afspraken best worden vastgelegd in een gestandaardiseerd afsprakenplan, met ruimte voor bijsturing en flexibiliteit.
Verder wijzen de respondenten op het belang van vlotte en volledige gegevensoverdracht, inclusief elektronische verslaggeving, feedback na verwijzing en overdracht van essentiële medische en administratieve gegevens.
Bovendien worden ook fysieke nabijheid en praktische samenwerking in combinatie met wederzijds respect en rolafbakening genoemd als belangrijke voorwaarden voor een optimale samenwerking. Tot slot wordt gehamerd op de uniformiteit over wachtposten heen en tonen de resultaten aan dat feedback op een specifieke casuïstiek zinvol zou zijn.

# Discussie

Als deel van deze discussie wordt een vergelijking gemaakt naar het visiedocument van Domus Medica over “Out-of-hours care”. Hierin worden twintig visiepunten besproken.

Terugkoppeling naar volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de visie van de verschillende actoren binnen de eerste lijn voor de out-of-hours organisatie?
- Hoe regelmatig overleggen spoeddiensten met HAWP?
- Welke werkpunten komen uit deze overleggen?
- Kunnen er lessen getrokken worden over de werking van zorg buiten de kantooruren in andere Europese landen?
- Welke handvatten kunnen gegeven worden voor de toekomst om toe te passen in de praktijk?

## 1. Visie op een goede samenwerking tussen huisartsen, spoeddiensten en huisartsenwachtposten

### 1.1. Gedeelde kernwaarden over verschillende beroepsgroepen

Een belangrijke eerste vaststelling na het analyseren van de resultaten, is de opvallende congruente visie tussen huisartsen, spoedartsen en wachtpostcoördinatoren op wat een optimale samenwerking inhoudt.

Over de beroepsgroepen heen is er eensgezindheid over de kerncomponenten van een optimale samenwerking, namelijk een laagdrempelige toegankelijke communicatie met wederzijds respect, duidelijke afspraken en een no-blame cultuur. Een laagdrempelig persoonlijk contact is voor beide beroepsgroepen onontbeerlijk, met regelmatig overleg op kringniveau via vaste aanspreekpunten bevorderlijk zou zijn. Opvallend is dat beiden een duidelijke rolverdeling aanraden met respect voor de coördinerende rol van de huisarts. Doorverwijzing gebeurt bij voorkeur in overleg via de huisarts. Tot slot stelt een deel van de respondenten, zowel bij de huisartsen- als de spoedartsenenquêtes, voor om bindende triage in te roepen waarbij consulten in tweede lijn pas na doorverwijzing mogelijk zijn. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen graag die rol als gatekeeper opnemen. (10)

### 1.2 Communicatie als hoeksteen van patiëntenveiligheid

Communicatieproblemen blijken bij zowel huis- als spoedartsen de meest voorkomende oorzaak van transmurale incidenten. Corresponderend als in de literatuur, tonen de enquêtes dat dit gaat over gebreken in verwijs- en ontslagbrieven, medicatieoverdracht en laattijdige of onvolledige terugkoppeling tussen de zorgverleners. Breuken in dergelijke overdrachtsmomenten worden gedefinieerd als een van de grootste risico’s voor patiëntenveiligheid. (2, 5, 25, 28)

Uit resultaten blijkt dat huisartsen voornamelijk een tijdige, volledig en kwaliteitsvolle ontslagbrief verwachten, terwijl spoedartsen een correcte en terechte verwijsbrief verwachten met essentiële informatie om efficiënte en veilige zorg in tweede lijn te garanderen. Het faciliteren van wederzijdse verwachtingen door een transparant compatibel softwaresysteem over de zorginstellingen heen, kan een mogelijke oplossing zijn.

## 2. Huidige systematische overlegstructuren tussen huisartsen, spoeddiensten en huisartsenwachtposten

De rode draad tussen vrijwel alle enquêtes geeft aan dat er wel degelijk overleg gebeurt, maar dit is zelden structureel of geformaliseerd. Er wordt geen unanimiteit gezien in de frequentie van overleg. Sommige artsen rapporteren dagelijks laagdrempelig overleg zoals telefonisch omtrent een individuele casus, anderzijds wordt aangehaald dat er structureel overleg omtrent verschillende casuïstiek en het vermijden van herhaling in incidenten, nauwelijks tot niet gebeurd. De minderheid van de respondenten geeft aan dat de bestaande overlegmomenten zich voornamelijk op beleidsniveau situeren, bv: de Medische Raad. Er is tot op heden op Vlaams niveau geen regelgeving of quota voor overleg tussen huisartsen en spoedartsen.

Ook deze vaststelling strookt met de resultaten uit de literatuur. Hierin wordt beschreven dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn vaak afhankelijk is van lokale initiatieven of persoonlijke contacten, eerder dan systematische overlegstructuren. De resultaten tonen eveneens opvallende regionale verschillen. Sommige regio's rapporteren sporadisch overleg, andere kennen quasi geen overlegstructuren. Het ontbreken van dergelijk overleg verhoogt risico op fragmentatie van de zorg en leidt overigens tot variabele kwaliteit en efficiëntie van de zorg.

Daarnaast is er behoefte aan relationele factoren tussen zorgverleners zoals open communicatie en collegialiteit met vertrouwen om het rapporteren van transmurale incidenten te bevorderen. Hierbij wordt bij zowel huisartsen, spoedartsen en wachtpostcoördinatoren een gestructureerd en op regelmatige basis overleg als mogelijke oplossing geboden.

## 3. Incidentmeldingen

Er is unanimiteit binnen de beroepsgroepen over de relevantie van het rapporteren van transmurale incidenten. Zowel spoedartsen als huisartsen zijn van mening dat het melden van transmurale incidenten ten goede komt voor de patiëntenveiligheid (respectievelijk 93% en 100%). Opvallend is de paradoxale resultaten over de hoge meldbereidheid in beide disciplines, desondanks zijn er weinig effectieve meldkanalen. Respectievelijke 66,7% en 69% van de huis- en spoedartsen zijn bereid om transmurale incidenten te melden. 23% van de huisartsen zouden dit doen afhankelijk van de aard en ernst van het transmuraal incident en de tijdsinvestering. Daarnaast benadrukken spoedartsen dat melden van incidenten enkel bevorderlijk is mocht er een directe weerslag uit volgen.

Effectieve meldkanalen ontbreken in beide disciplines. Beiden nemen voornamelijk via telefonisch of mailverkeer contact op met desbetreffende zorgverleners. Anderzijds wordt er ook rechtstreeks contact gelegd met de ombudsdienst of wachtpostverantwoordelijke.

Na analyse van de resultaten van de huisarstenwachtposten wordt duidelijk dat enkele wachtposten reeds beschikken over een intern registratiesysteem voor transmurale incidenten. Dit blijkt echter niet uniform geïmplementeerd te zijn, waardoor een gestandaardiseerde homogene aanpak binnen Vlaanderen momenteel ontbreekt. De organisatie en opvolging van incidentmeldingen is opnieuw sterk afhankelijk van regionale en interne inrichtingen.

In het visiedocument van Out-of-Hours Care van Domus Medica (29) wordt eveneens geadviseerd om een kwaliteitsafsprakenkader te ontwikkelen tussen huisartsenwachtposten en noodcentrales voor oproepen van 1733. Binnen dat kader zouden duidelijke kwaliteitsnormen worden vastgelegd.

Enerzijds om de verwachtingen van beide actoren transparant weer te geven, onder meer met betrekking tot de behandeling van klachten van burgers of de opvolging van incidenten. Anderzijds wordt een nadruk gelegd op het belang van systematisch overleg en evaluatiecycli om problemen of incidenten aan te pakken.

## 4. Buitenlandse aanpak van out-of-hours-care

Uit het literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat een sterk uitgebouwde eerstelijnszorg niet automatisch leidt tot een efficiënter zorgsysteem. (19) Binnen Europa zijn er verschillende organisatiemodellen, op internationaal en soms zelfs op nationaal niveau. Er is nog onvoldoende bewijs voor een gouden standaard, elk model heeft zijn voor- en nadelen. Het is wel op te merken dat er een trend is naar samenwerking en centralisatie. Er wordt in verschillende Europese landen ook kwaliteitsanalyse uitgevoerd en ingezet op telefonische triage. Dit kan zorgen voor een daling van de werkdruk en een verhoogde efficiëntie. (21)

In de zorgstructuren van Europese landen is weinig verbetering nodig. Hier scoren de landen over algemeen zeer goed. Anderzijds zal er wel nog ingezet moeten worden op het efficiënt gebruik maken van die zorgstructuren en het omzetten van de zorgprocessen naar de harde eindpunten. Vooral Scandinavische landen en Nederland zijn er in geslaagd om de druk op spoeddiensten te beperken door middel van bv. uitgebreide telefonische triage en duidelijke poortwachtersfuncties. Dit is een voorbeeld van efficiënt gebruik maken van de zorgprocessen om goede zorguitkomsten te creëren. (20, 21) In België komt men hier dus wat achter en heeft een minder goede balans tussen die zorgprocessen en de harde eindpunten. Terwijl gezien wordt uit de enquêtes dat er wel duidelijke vraag naar is.

Bij vergelijking met de antwoorden op de enquêtes geeft 29% van de huisartsen aan dat telefonische triage verbeterd kan worden. Vanuit de wachtposten wordt geopteerd voor een uniform systeem met duidelijke grensafbakening en samenwerkingsverband met de spoeddiensten. Zo kunnen bepaalde patiënten al vanaf het begin correct doorverwezen worden naar spoed en kunnen niet dringende zaken wachten. Hiervoor wordt gewerkt aan een duidelijke handleiding om veilig telefonisch te triëren. Er is een duidelijke vraag naar meer categorisering voor de patiënt die bij een arts op consultatie komt. Het is wel nog niet zeker of dit tot een efficiënter en veiligere verwijzing zal leiden.

Gelijklopend aan de respondenten van de enquêtes, wordt geconcludeerd dat losse initiatieven onvoldoende zijn zolang een coherente en geïntegreerde beleidsaanpak ontbreekt. Dit lijkt een probleem op Europees niveau te zijn. Er is geen Europese richtlijn die helpt sturen bij de organisatie van wachtdiensten op nationale niveaus. Dit zorgt voor een grote variabiliteit tussen alle Europese landen. Bovendien zorgt dit ervoor dat verder onderzoek naar de meest efficiënte en veilige wachtdienst moeilijk is. Dit kan de toegankelijkheid voor buitenlandse patiënten die op reis zijn binnen Europa moeilijker maken.

# 5. Sterktes en zwaktes van dit praktijkverbeterend onderzoek

Dit praktijkgericht onderzoek is een aanvulling op het TSI project met zijn oorsprong in de regio's Roeselare en Gent. Het expliciet koppelen van samenwerking in transmurale incidenten vormt een inhoudelijke meerwaarde in Vlaanderen, gezien dergelijk onderzoek tot op heden ontbrak.
Een belangrijke sterkte van dit onderzoek is de inclusie van drie verschillende beroepsgroepen. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt niet vanuit één perspectief bekeken. De resultaten komen voort uit drie verschillende actorgroepen namelijk huisartsen, spoedartsen en huisartsenwachtposten. Hierdoor zijn er complementaire invalshoeken die de discrepanties en overeenstemmingen blootleggen.
Anderzijds heeft dit onderzoek een grote praktijkrelevantie. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn is een belangrijk maatschappelijk topic met enerzijds het probleem van overcrowding van niet-planbare zorg, de patiëntenveiligheid en de communicatie tussen beide beroepsgroepen.

De eerste zwakte is voornamelijk onze responsrate die aan de lage kant lag. De steekproefgrootte op dit moment beperkt de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Een te lage respons rate kan zorgen voor type II fouten (false negatives). Door de kleine steekproef zou het kunnen dat er geen significante verschillen gevonden worden, terwijl deze er misschien wel zijn. De enquêtes betreffen voornamelijk artsen gelokaliseerd in regio Tielt, Meetjesland of werkzaam in AZ Alma Eeklo, AZ Damiaan Oostende, AZ Delta campus Rumbeke en Sint-Andries Ziekenhuis Tielt.
Bijkomend op de lage responserate zijn er ook de respons -en selectiebias. Selectiebias kunnen vermeden worden door de enquêtes verder te verspreiden buiten de bovengenoemde regio's.

Respons bias ontstaan doordat het onderzoek is gebaseerd op vrijwillige deelname aan enquêtes. Het zijn voornamelijk artsen met uitgesproken ervaringen of bepaalde interesses die deelgenomen hebben. Dit kan leiden tot een over- of onderschatting van het werkelijk voorkomen van communicatieproblemen en incidenten.
Verder zijn de enquêtes opgesteld uit korte open- en gesloten vragen. Hierdoor worden genuanceerde antwoorden soms mislopen. De respondenten worden beïnvloed door zelfrapportage met het ontbreken van objectiviteit van de data. Niettemin konden - door het combineren van open- en gesloten vragen - niet alleen kwantitatieve gegevens maar ook kwalitatieve tendensen zoals motivaties, frustraties en praktische initiatieven worden geïncludeerd.

# 6. Mogelijke praktijkverbeterende interventies

## 6.1 Uniforme triage-afspraken

Uit literatuur blijkt dat triage een effectief middel is met als doel de druk op de eerstelijnszorg te verlichten en efficiëntie te verhogen. (18, 24) Er is momenteel echter geen uniform triagesysteem dat in België gebruikt wordt. Spoeddiensten gebruiken drie verschillende triagesystemen en de noodcentrale gebruikt de Belgische Handleiding voor Medische Registratie (BHMR). Op basis van de BHMR worden negen ernstniveaus geclassificeerd en wordt adequate zorg verleend.
Om beter gebruik van spoeddienst te kunnen verwezenlijken is "triage" als mogelijke interventie, een wederkerig antwoord bij zowel huisartsen, spoedartsen als wachtpostcoördinatoren.

Dit wordt ook aangehaald in de eerste vijf punten van de twintig mogelijke interventies binnen de visietekst van Domus Medica. (29) In lijn met de visietekst pleiten de resultaten voor een gestandaardiseerd triagestysteem over alle toegangspoorten bv: noodcentrale, spoeddiensten, huisartsenwachtposten) heen. Het toegewezen zorgniveau zou toonaangevend zijn.

## 6.2 Regulering voor vaste overlegmomenten

In deze thesis stelt men vast dat er geen uniformiteit bestaat over enerzijds een overlegplatform als over de frequentie ervan. Dit is een duidelijk werkpunt dat vastgesteld wordt doorheen de enquêtes. Zo zou men bijvoorbeeld iedere zes maanden kunnen samen zitten en eerder bij kritische gebeurtenissen. Tijdens dit overleg kunnen organisatorische punten besproken worden, zoals doorverwijzing tussen spoed en HAWP. Aan de hand van casuïstiek kunnen incidenten worden besproken waarna werkpunten duidelijk worden. indien een incidentmelding platform op punt staat kan o.b.v. die casussen eveneens gestructureerd overleg gepleegd worden.

## 6.3 Communicatie

Zowel spoedartsen als huisartsen hechten belang aan communicatie onderling. Een rechtstreekse lijn tussen hen kan de communicatie drempel verlagen en overleg faciliteren. Momenteel gebeurt er geen consequent overleg. Er zijn geen duidelijke protocols die gevolgd moeten worden voor verwijzing en op welke wijze dit moet gecommuniceerd worden, bijvoorbeeld telefonisch en/of verwijsbrief.
Uit de analyse van de resultaten wordt geadviseerd om transparant, laagdrempelig en persoonlijk contact te bevorderen met oog op daling van incidentmeldingen en verbetering van patiëntenveiligheid als einddoel.
Als bijkomende interventie wordt een optimalisatie van de digitale informatie-uitwisseling tussen spoedartsen en huisartsen geadviseerd. De integratie van elektronische verwijsbrieven met actuele medicatielijsten en gedeelde dossiers zou de continuïteit van de zorg en patiëntenveiligheid kunnen bevorderen.

## 6.4 Sensibilisering correct gebruik van spoed en HAWP

Educatie van patiënten over correct gebruik van out-of-hours care is van essentieel belang. Hierover bestaat unanimiteit tussen de beroepsgroepen.
Dit kan in de vorm van een campagnes, brochures of infosessies. Mogelijks krijgen patiënten zicht op de meest aangewezen vorm van zorg. In welke mate deze interventie daadwerkelijk leidt tot vermindering van oneigenlijk gebruik van out-of-hours care, dit dient verder onderzocht te worden.

## 6.5 Uniform platform voor geïntegreerd incidentmeldingen

Er bestaat op heden nog geen uniform platform voor incidentmelding in Vlaanderen. Het ontwikkelen van een digitaal meldplatform dat toegankelijk is voor zowel eerste als tweede lijn met duidelijk feedbackmechanismen, kan het leren uit incidenten faciliteren. Zoals aangegeven in de literatuurstudie werd voor het TSI-project een meldingsplatform ontwikkeld. Mogelijks kan dit als pilot gebruikt worden.

Een recente ontwikkeling binnen de huisartsenwachtpost van het Meetjesland en AZ Alma Eeklo, want hier werd sinds 1 februari 2026 een transmuraal incident meldplatform in leven geroepen. (30)

### 6.6 Integratie van HAWP in spoeddienst i.p.v. twee aparte entiteiten

Een huisarts heeft brede en algemene kennis binnen de geneeskunde. Misschien bestaat de mogelijkheid van huisarts werkzaam op spoed? Hierin kan een soort FAST-track systeem ontwikkeld worden waarbij eerst een inschatting kan gemaakt worden door de huisarts. De huisarts kan uiteraard mee patiënten uitwerken en aan de slag gaan met technische onderzoeken, maar zo worden initiële triages uitgevoerd door bekwame mensen.

# Conclusie

Deze thesis toont aan dat er over de verschillende actoren heen – huisartsen, spoedartsen en huisartsenwachtposten – een opvallend gedeelde visie bestaat op wat een kwalitatieve samenwerking binnen de out-of-hours care inhoudt. Kernprincipes zoals laagdrempelige communicatie, wederzijds respect, duidelijke rolafbakening en een no-blame cultuur worden breed gedragen. In lijn met het visiedocument van *Domus Medica* bevestigen de resultaten het belang van de huisarts als coördinerende spil binnen het zorglandschap, met een duidelijke voorkeur voor overleg bij doorverwijzing en een mogelijke versterking van de poortwachtersfunctie.
Tegelijk legt dit onderzoek een duidelijke kloof bloot tussen visie en praktijk. Structureel en geformaliseerd overleg ontbreekt grotendeels, waardoor samenwerking vaak afhankelijk blijft van lokale initiatieven en persoonlijke contacten. Dit leidt tot variabiliteit in zorgkwaliteit en verhoogt het risico op transmurale incidenten, waarbij communicatieproblemen een centrale rol spelen.

Hoewel de bereidheid tot incidentmelding hoog is, ontbreekt het aan uniforme en toegankelijke meldsystemen, waardoor leermogelijkheden onvoldoende benut worden. Ook initiatieven rond triage en samenwerking blijven versnipperd en missen een overkoepelende beleidsmatige verankering.

Deze bevindingen tonen aan dat de grootste uitdaging niet ligt in het formuleren van een gedeelde visie, maar in de implementatie ervan. Zonder structurele maatregelen zoals uniforme triage, verplichte overlegmomenten en geïntegreerde systemen voor communicatie en incidentmelding, dreigt de samenwerking suboptimaal te blijven functioneren. Bovendien moet er bij het uitwerken van een samenwerking ook andere actoren zoals apothekers, noodcentrales, mobiele crisisteam etc worden betrokken.

Hieruit volgt dat er duidelijk nog verder onderzoek nodig is, niet enkel naar mogelijke interventies, maar naar de uitkomsten van die verschillende interventies. Deze moeten geïmplementeerd worden en de uitkomsten moeten onderzocht worden.

# Referentielijst


1. Brasseur E, Gilbert A, Servotte JC, Donneau AF, D'Orio V, Ghuysen A. Emergency department crowding: why do patients walk-in? Acta Clin Belg. 2021;76(3):217–23.
2. V. W. Valkuilen in de transmurale zorg: analyse van een regionaal project en onderzoek naar barrières en facilitators voor incidentmelden: KU Leuven; 2024.
3. Delta A. Patiëntenveiligheid 2025 [Available from: https://www.azdelta.be/nl-BE/over-ons/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid.
4. Meynaar IA, Kamps GJ, Heuver G. [Learning from incidents in healthcare: the value of incident investigation and improvement measures]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163.
5. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. Jama. 2007;297(8):831–41.
6. Blinkenberg J, Pahlavanyali S, Hetlevik Ø, Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners' and out-of-hours doctors' role as gatekeeper in emergency admissions to somatic hospitals in Norway: registry-based observational study. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):568.
7. FOD Volksgezondheid vvdvel. Kenmerken contacten met spoedgevallendienst tussen 2010 en 2019. 2024.
8. VRT. ZAS start met afspraken op spoed in Middelheim: "Op één uur ben je geholpen, nu is wachttijd vaak 140 minuten". VRT NWS. 2025.
9. Meeus p. SB, Declercq K., Beauport D. Opname op spoed: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie Cel Doelmatige Zorg 2025 [Available from: https://tinyurl.com/36tmmk4u.
10. Schmalstieg-Bahr K, Popert UW, Scherer M. The Role of General Practice in Complex Health Care Systems. Front Med (Lausanne). 2021;8:680695.
11. Vogel JA, Rising KL, Jones J, Bowden ML, Ginde AA, Havranek EP. Reasons Patients Choose the Emergency Department over Primary Care: a Qualitative Metasynthesis. J Gen Intern Med. 2019;34(11):2610–9.
12. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009;25(1):7–28.
13. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res. 2007;7:131.
14. Price D, Edwards M, Davies F, Cooper A, McFadzean J, Carson-Stevens A, et al. Patients' experiences of attending emergency departments where primary care services are located: qualitative findings from patient and clinician interviews from a realist evaluation. BMC Emerg Med. 2022;22(1):12.
15. Auke V. Waarom kiezen patiënten zonder verwijzing voor de spoedgevallendienst in een regionaal ziekenhuis in Knokke: een kwantitatief onderzoek.: UGent; 2016.
16. Levaggi R, Marchiori C, Marchiori M, Miniaci R. Emergency department crowding: How valuable is GPs information? Soc Sci Med. 2025;385:118600.
17. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. Clin Exp Emerg Med. 2019;6(3):189–95.
18. Sartini M, Carbone A, Demartini A, Giribone L, Oliva M, Spagnolo AM, et al. Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review. Healthcare (Basel). 2022;10(9).
19. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe. Int J Qual Health Care. 2013;25(4):381–93.

20. Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R, Christensen MB, Bondevik GT. EurOOHnet-the European research network for out-of-hours primary health care. Eur J Gen Pract. 2014;20(3):229–32.
21. Steeman L, Uijen M, Plat E, Huibers L, Smits M, Giesen P. Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. Fam Pract. 2020;37(6):744–50.
22. Medica D. Een (visueel) overzicht van de huisartsenwachtposten 2023 [Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/out-of-hours-care/een-visueel-overzicht-van-de-huisartsenwachtposten.
23. Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):Cd002097.
24. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam Pract. 2003;20(3):311–7.
25. Dinsdale E, Hannigan A, O'Connor R, O'Doherty J, Glynn L, Casey M, et al. Communication between primary and secondary care: deficits and danger. Fam Pract. 2020;37(1):63–8.
26. Platonova EA, Carnes KJ. Relationship Between Patient-Centered Primary Care Provider Communication and Emergency Room Visits in the Medicaid Population in North Carolina, United States. J Prim Care Community Health. 2023;14:21501319231171430.
27. Kim LY, Giannitrapani KF, Huynh AK, Ganz DA, Hamilton AB, Yano EM, et al. What makes team communication effective: a qualitative analysis of interprofessional primary care team members' perspectives. J Interprof Care. 2019;33(6):836–8.
28. Hain K, Scarvell JM, Paterson C. The Transition of Care Between Emergency Department and Primary Care: An Integrative Systematic Review. J Clin Nurs. 2025;34(4):1201–24.
29. Van de Velde B. VdBJ, Van Lysebetten M. Visiedocument Out-of-hours care 2024. Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/out-of-hours-care/visiedocument.
30. Eeklo AA. Transmurale incidentmelding AZ Alma 2026 [Available from: https://forms.zenya.work/8gwt2obr79/252.

# Addendum

*Confidential*



## Vragenlijst huisartsen Vlaanderen

Beste dokter, beste collega

In kader van onze MaNaMa thesis "Op weg naar een optimale samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen/huisartsenwachtposten" hebben wij uw hulp nodig.

Een optimale organisatie van communicatie tussen eerste en tweede lijn is essentieel om fouten te voorkomen bij overdracht. Verwijzingen kunnen onveilige situaties creëren met soms ernstige incidenten tot gevolg.

Een transmuraal incident wordt gedefinieerd als een ongewenste gebeurtenis in de gezondheidszorg die optreedt bij de overdracht of samenwerking tussen verschillende zorgverleners en instellingen. Voorbeelden zijn communicatiefouten, verlies van medische informatie, medicatiefouten en gebrek aan coördinatie.

Vanuit dit opzicht is het TSI-project [1] (Transitional Safety Incidents) gestart. Dit is een initiatief om incidenten veilig te kunnen melden, analyseren en daarop inspelend verscheidene verbeterprojecten te kunnen opstarten. Dit is voorlopig een pilotproject in UZ Gent en AZ Delta met een visie op uitbreiding naar geheel Vlaanderen.

Vandaar ons onderzoek om verder in te gaan hoe we in de toekomst incidenten kunnen vermijden en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te optimaliseren.

Bedankt aan u om hiervoor tijd te nemen. Naar schatting duurt het invullen van de vragenlijst circa 5 minuten en bevat zowel MCQ als open vragen. We vragen u om zo nauwkeurig mogelijk en ruimdenkend de vragenlijst in te vullen. Er wordt belang gehecht aan uw antwoorden en hopen zo concrete handvatten voor de toekomst te creëren.

De antwoorden van de vragenlijst worden volledig gepseudonimiseerd waarbij de sleutel met codering enkel door de onderzoekers beschikbaar wordt gesteld.

Met vriendelijke groeten

Simon Claeys, Lieselotte Mattheeuws en Paulien Van Hecke

HAIO's UGent

[1] Valkuilen in de transmurale zorg: analyse van een regionaal project en onderzoek naar barrières en facilitators voor incidentmelden. Viki Wouters

---

In welke wachtpostregio bent u tewerkgesteld?

_____

---

1. Heeft u al te maken gehad met een transmuraal incident tussen spoedarts en huisarts?[2]

[2]https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/0281343 0500508330?needAccess=true

◯ Ja
◯ Nee
◯ Andere

---

Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer:

_____

---

1.1. Heeft u dit incident gemeld?

_____

---

2. Als u dit kon, zou u het transmuraal incident melden?

◯ Ja
◯ Nee
◯ Andere

| | |
|---|---|
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 2.1. Op welke manier zou u de incidenten tussen zorgverleners melden? | _____ |
| 3. Denkt u dat transmurale incidenten rapporteren ten goede kan komen voor de patiëntveiligheid? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere<br>(Bv. na meerdere medicatiefouten bij overdracht een standaard template voor medicatiefiches op te stellen) |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 4. Vindt u dat er genoeg overleg gebeurt tussen spoedartsen en huisartsen? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 4.1. Naar welke regelmaat gebeurt er overleg tussen spoedartsen en huisartsen? | _____ |
| 5. Uit een voorgaand onderzoek[1] blijkt dat een aanzienlijk deel (28.5%) van de door spoedartsen gemelde transmurale incidenten werd toegeschreven aan onterechte doorverwijzing gezien het geen urgente pathologie betrof.<br><br>Indien u twijfelt over een doorverwijzing naar de spoedgevallendienst, overlegt u dit met de spoedarts?<br><br>[1] Valkuilen in de transmurale zorg: analyse van een regionaal project en onderzoek naar barrières en facilitators voor incidentmelden. Viki Wouters | ◯ Ja, telefonisch met de desbetreffende spoeddienst.<br>◯ Ja, via een verwijsbrief.<br>◯ Ja, digitaal via eHealth.<br>◯ Ja, enkel tijdens wachturen.<br>◯ Nee.<br>◯ Andere: ... |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 6. Meer dan de helft van de incidentmeldingen tussen spoedartsen en huisartsen betreft communicatieproblemen[1] waarvan 34% rond de ontslag- of consultatiebrief en 20% over de medicatieoverdracht tussen zorgverleners.<br><br>Hoe kan volgens u de communicatie met spoedartsen verbeterd worden i.k.v. overdracht van patiënten? | _____<br>(Bv: Vaker overleg tussen spoeddiensten en huisartsenwachtpost coördinatoren. Bv: Correcter en adequater dossiermanagement. Bv: Sneller ontvangen van een consultatiebrief na contact op een wachtdienst/spoeddienst. Bv: Vaker telefonisch overleg omtrent doorgestuurde patiënten...) |

| | |
|---|---|
| 7. Uit voorgaand onderzoek [1] bleek dat 37% van de incidenten gemeld door spoedartsen werd toegeschreven aan oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten. 15% van de incidenten betrof een moeilijke of afwezige toegankelijkheid van de huisarts of huisartsenwachtpost.<br><br>Hoe zou u de toegankelijkheid van huisartsen en specialisten kunnen verhogen waardoor het oneigenlijk gebruik van wachtdiensten en spoeddiensten wordt gereduceerd? | _____<br>(Bv: Door middel van huisartsenwachtdiensten overdag te organiseren...) |
| 8. Welke redenen motiveren u om een verwijsbrief mee te geven met een patiënt bij doorverwijzing naar een wachtdienst/spoeddienst? | _____<br>(Bv: Patiëntveiligheid met meer adequate zorg. Bv: polyfarmacie bij patiënt met veel comorbiditeit...) |
| 9. Hoe ziet voor u een ideale samenwerking tussen eerste en tweede lijn eruit? | _____<br>(Bv: frequentie van overleg. Bv: type overleg. Bv: manier van aanpakken van huidige pijnpunten) |
| Opmerkingen, voorstellen, tips... omtrent de samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen/huisartsenwachtposten. | _____ |

# Vragenlijst spoedartsen Vlaanderen

Beste dokter, beste collega

In kader van onze MaNaMa thesis "Op weg naar een optimale samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen/huisartsenwachtposten" hebben wij uw hulp nodig.

Een optimale organisatie van communicatie tussen eerste en tweede lijn is essentieel om fouten te voorkomen bij overdracht. Verwijzingen kunnen onveilige situaties creëren met soms ernstige incidenten tot gevolg.

Een transmuraal incident wordt gedefinieerd als een ongewenste gebeurtenis in de gezondheidszorg die optreedt bij de overdracht of samenwerking tussen verschillende zorgverleners en instellingen. Voorbeelden zijn communicatiefouten, verlies van medische informatie, medicatiefouten en gebrek aan coördinatie.

Vanuit dit opzicht is het TSI-project [1] (Transitional Safety Incidents) gestart. Dit is een initiatief om incidenten veilig te kunnen melden, analyseren en daarop inspelend verscheidene verbeterprojecten te kunnen opstarten. Dit is voorlopig een pilotproject in UZ Gent en AZ Delta met een visie op uitbreiding naar geheel Vlaanderen.

Vandaar ons onderzoek om verder in te gaan hoe we in de toekomst incidenten kunnen vermijden en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te optimaliseren.

Bedankt aan u om hiervoor tijd te nemen. Naar schatting duurt het invullen van de vragenlijst circa 5 minuten en bevat zowel MCQ als open vragen. We vragen u om zo nauwkeurig mogelijk en ruimdenkend de vragenlijst in te vullen. Er wordt belang gehecht aan uw antwoorden en hopen zo concrete handvatten voor de toekomst te creëren.

De antwoorden van de vragenlijst worden volledig gepseudonimiseerd waarbij de sleutel met codering enkel door de onderzoekers beschikbaar wordt gesteld.

Met vriendelijke groeten

Simon Claeys, Lieselotte Mattheeuws en Paulien Van Hecke

HAIO's UGent

[1] Valkuilen in de transmurale zorg: analyse van een regionaal project en onderzoek naar barrières en facilitators voor incidentmelden. Viki Wouters

| | |
|---|---|
| In welk ziekenhuis bent u tewerk gesteld? | _____ |
| 1. Heeft u al te maken gehad met een transmuraal incident? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 2. Als u zou kunnen, zou u dit transmuraal incident melden? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |

| | |
|---|---|
| 2.1. Op welke manier zou u de incidenten tussen zorgverleners melden ? | _____ |
| 3. Denkt u dat transmurale incidenten rapporteren ten goede kan komen voor de patiëntveiligheid? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere<br>(Bv. na meerdere medicatiefouten bij overdracht een standaard template voor medicatiefiches op te stellen.) |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 4. Vindt u dat er genoeg overleg gebeurt tussen spoedartsen en huisartsen? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 4.1. Naar welke regelmaat gebeurt er overleg tussen spoedartsen en huisartsen? | _____ |
| 5. Uit voorgaand onderzoek[2] bleek dat 37% van de incidenten gemeld door spoedartsen werd toegeschreven aan oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten. Hoe worden onterechte spoedverwijzingen volgens u het best vermeden?<br><br>[2] https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/02813430500508330?needAccess=true | _____<br>(Bv: Preventie met vooral educatie van de patiënten. Bv: Infosessies voor huisartsen en/of patiënten. Bv: Telefonische triage op spoed. Bv: Enkel spoedaanmeldingen accepteren met verwijsbrief van huisarts of via 112) |
| 6. Wat is volgens u een mogelijke interventie die de overdracht van patiënten tussen huisarts en spoedarts kan optimaliseren? | _____<br>(Bv: Allemaal eenzelfde platform gebruiken. Bv: Meer overleg tussen huisartsen en spoedartsen. Bv: Een algemeen organisatieplan/algemene richtlijnen voor HAWP en spoed. Bv: Directe doorverwijzing naar HAWP ...) |
| 7. Hoe ziet voor u een ideale samenwerking tussen eerste en tweede lijn eruit? | _____<br>(Bv: frequentie van overleg. Bv: type overleg. Bv: manier van aanpakken van huidige pijnpunten) |
| Opmerkingen, voorstellen, tips... omtrent de samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen/huisartsenwachtposten. | _____ |

# Vragenlijst huisartsenwachtpostcoördinatoren

Beste dokter, beste collega, beste wachtpostcoördinator

In kader van onze MaNaMa thesis "Op weg naar een optimale samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen/huisartsenwachtposten" hebben wij uw hulp nodig.

Een optimale organisatie van communicatie tussen eerste en tweede lijn is essentieel om fouten te voorkomen bij overdracht. Verwijzingen kunnen onveilige situaties creëren met soms ernstige incidenten tot gevolg.

Een transmuraal incident wordt gedefinieerd als een ongewenste gebeurtenis in de gezondheidszorg die optreedt bij de overdracht of samenwerking tussen verschillende zorgverleners en instellingen. Voorbeelden zijn communicatiefouten, verlies van medische informatie, medicatiefouten en gebrek aan coördinatie.

Vanuit dit opzicht is het TSI-project [1] (Transitional Safety Incidents) gestart. Dit is een initiatief om incidenten veilig te kunnen melden, analyseren en daarop inspelend verscheidene verbeterprojecten te kunnen opstarten. Dit is voorlopig een pilotproject in UZ Gent en AZ Delta met een visie op uitbreiding naar geheel Vlaanderen.

Vandaar ons onderzoek om verder in te gaan hoe we in de toekomst incidenten kunnen vermijden en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn te optimaliseren.

Bedankt aan u om hiervoor tijd te nemen. Naar schatting duurt het invullen van de vragenlijst circa 5 minuten en bevat zowel MCQ als open vragen. We vragen u om zo nauwkeurig mogelijk en ruimdenkend de vragenlijst in te vullen. Er wordt belang gehecht aan uw antwoorden en hopen zo concrete handvatten voor de toekomst te creëren.

De antwoorden van de vragenlijst worden volledig gepseudonimiseerd waarbij de sleutel met codering enkel door de onderzoekers beschikbaar wordt gesteld.

Met vriendelijke groeten

Simon Claeys, Lieselotte Mattheeuws en Paulien Van Hecke

HAIO's UGent

[1] Valkuilen in de transmurale zorg: analyse van een regionaal project en onderzoek naar barrières en facilitators voor incidentmelden. Viki Wouters

---

In welke wachtpostregio bent u tewerk gesteld?

_____

---

1. Zijn jullie een wachtdiensten georganiseerd door huisartsen, zijnde een grote organisatie van grote groep artsen (15 tot 250)[2]. Deze dienst is voorzien voor alle patiënten die in dezelfde regio patiënt zijn als hun huisarts. Deze worden ondersteund door een secretariaat, chauffeur, management etc.?

[2] https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814788.2013.846320#abstrac

- ◯ Ja
- ◯ Nee
- ◯ Andere:

---

Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer:

_____

---

2. Wanneer is de wachtpost beschikbaar?

- ◯ 24/7
- ◯ Zowel op weekavonden- en nachten als in het weekend
- ◯ Enkel in het weekend en op feestdagen
- ◯ Andere:

| | |
|---|---|
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 3. Wordt er gewerkt met een afsprakensysteem? | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere: |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 4. Is er een medium waar transmurale incidenten kunnen gemeld worden? (Specifiek bij overdracht van spoedarts en huisarts) | ◯ Ja<br>◯ Nee<br>◯ Andere: |
| Indien vorige vraag beantwoord werd met 'andere', specifieer: | _____ |
| 4.1. Beschrijf hieronder kort hoe deze incidenten gemeld worden. | _____ |
| 4.2. Hoe frequent worden deze transmurale incidenten gemeld? | _____ |
| 5. Is er regelmatig onderling overleg tussen spoeddienst en huisartsenwachtpost? | _____ |
| 6. Zijn er al werkpunten gekomen uit deze overleggen? Zo ja, beschrijf kort in kernwoorden welke en wordt hier effectief iets mee gedaan? | _____ |
| 7. Hoe ziet voor u een ideale samenwerking eruit tussen eerste en tweede lijn eruit? | _____<br>(Bv: frequentie van overleg. Bv: type overleg. Bv: manier aanpakken van huidige pijnpunten) |
| Opmerkingen, voorstellen, tips... omtrent de samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsen/huisartsenwachtposten. | _____ |