samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost

een evaluatie van de samenwerkingsaspecten opgenomen in de huishoudelijke reglementen van huisartsenwachtposten

Eva Wittevrongel, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Patricia Sunaert, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoud

Abstract 4

Voorwoord 5

Inleiding 6

Context 6

Motivatie en doelstelling 7

Vraagstelling 7

Onderzoeksmethodiek 8

Samenwerking: definiëring 8

Eerste fase: literatuuronderzoek 10

Tweede fase: veldonderzoek 12

Opstellen vragenlijst 12

Selecteren van een doelgroep 13

Verspreiden van de bevraging 13

Analysemethode 14

Resultaten 15

Eerste fase: literatuuronderzoek 15

Resultaten literatuuronderzoek 15

Analyse huishoudelijke reglementen: tabel 18

Tweede fase: veldonderzoek 24

Participatie totale doelgroep 25

Participatie per wachtpost 26

Resultaten van de enquête per vraagstelling 28

Discussie 36

Bespreking ervaring richtlijnen rond samenwerking 36

Continuïteit zorgverlening 36

Invloed op de belasting qua organisatie en op persoonlijk vlak 36

Communicatie en wederzijds respect tussen artsen 37

Duur wachtdienst en bezetting 37

Verdeling wacht en vrijstelling wachten 38

Verspreiden en bekend maken klachtenprocedure 40

Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek 41

Sterke kanten 41
Beperkingen 41
Conclusie 42
Referentielijst 43
Bijlagen 45
Bijlage 1: info en toestemming 45
Bijlage 2: vergelijking huishoudelijke reglementen 47
Bijlage 3: vragenlijst 56
Bijlage 4: goedkeuring ethisch comité 59

Abstract

Samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost

een evaluatie van de samenwerkingsaspecten opgenomen in de huishoudelijke reglementen van huisartsenwachtposten

Context: Huisartsenwachtposten zijn een relatief nieuw fenomeen, maar ze zijn niet meer weg te denken uit het eerstelijnslandschap in Vlaanderen. Om de samenwerking in een wachtpost vlot te laten verlopen, werd per wachtpost een huishoudelijk reglement opgesteld. Op dit moment is er weinig gekend over hoe huisartsen de richtlijnen uit dit reglement ervaren.

Onderzoeksvraag: De centrale onderzoeksvraag luidt: 'Hoe ervaren huisartsen de richtlijnen rond samenwerking zoals vastgelegd in het huishoudelijk reglement van een wachtpost?'.

Methode: Na een literatuuronderzoek en het bestuderen van acht huishoudelijke reglementen, werd een veldonderzoek uitgevoerd. Hiervoor werd, op basis van items uit de literatuur en uit de reglementen, een enquête opgesteld. Drie huisartsenwachtposten hadden interesse om deze vragenlijst als evaluatie-instrument te gebruiken: één uit Vlaams-Brabant, één uit Antwerpen en één uit Oost-Vlaanderen. Alle artsen die in de betrokken wachtposten wacht liepen tijdens de maand november 2014 werden uitgenodigd om deel te nemen. Op basis van het aantal artsen van wacht in de bestudeerde periode, kon de vragenlijst door maximaal 201 artsen ingevuld worden. Er werd op regelmatige basis contact opgenomen met de coördinatoren van de betrokken wachtposten. Beschrijvende analyse van de resultaten gebeurde met Excel.

Resultaten: Literatuuronderzoek toont algemeen een positieve waardering van de huisartsenwachtposten door de huisartsen. De huishoudelijke reglementen van de wachtposten vertonen veel gelijklopende elementen doch elke wachtpost legt ook eigen accenten. Van de 201 artsen van wacht tijdens de onderzoeksperiode, vulden er 117 de enquête volledig in (58%). Uit het onderzoek blijkt dat artsen het als hun taak zien om aan een wachtdienst deel te nemen, zowel tijdens de week als in het weekend; dit met enige nuance voor de nachtelijke uren (23u tot 8u). Een groot deel van de artsen geeft aan dat de wachtpost een verlichting betekent op organisatorisch en persoonlijk vlak. Communicatie en collegialiteit op de wachtpost worden positief benoemd. De ideale shift duurt volgens de meeste deelnemers 12 uur, de huidige bezetting van artsen wordt meestal als voldoende ervaren. Vermindering of vrijstelling van wachtdiensten op basis van de leeftijd is een delicaat item. Bij veel artsen is de kennis van de klachtenprocedure op de wachtpost te vaag.

Conclusie: Onze vragenlijst blijkt een waardevol instrument om het huishoudelijk reglement van een huisartsenwachtpost te evalueren. Het kan interessant zijn om enkele aandachtspunten in de toekomst verder te exploreren. Zo vinden niet alle huisartsen het hun taak om wacht te verrichten tussen 23u en 8u. Ondersteuning tijdens deze uren door andere instanties zoals de spoed staat op dit moment nog ter discussie. Bij het opstarten van een wachtpost is het aantal deelnemende artsen best voldoende hoog; zo blijft de werkbelasting voor de individuele arts beheersbaar. Het uitwerken van een scenario over hoe wachten in een huisartsenwachtpost worden ingevuld op het einde van een huisartsencarrière, lijkt onontbeerlijk. De kennis bij alle artsen van het huishoudelijk reglement is een aandachtspunt.

Voorwoord

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die meehielpen bij het tot stand komen van deze masterproef.

Dank aan mijn promotor dr. Sunaert voor de talrijke overlegmomenten, de kritische blik, de waardevolle tips en de snelle feedback. Ook mijn co-promotor prof. dr. Avonts wil ik bedanken voor de hulp en voor de bemoedigende woorden wanneer het even moeilijker ging.

Dank aan mevrouw Bea Vermeyen, mevrouw Liesbeth Devreker en mevrouw Elien Stevens voor hun interesse en bereidwillige deelname aan mijn projekt en voor hun enthousiasme.

Dank aan de artsen van de deelnemende wachtposten om mijn vragenlijst in te vullen.

Dank aan mijn praktijkopleider Gunther Lerooy voor de steun en het nalezen van deze thesis. Ook de collegae Nele, Ine, David en Debbie dank ik voor hun luisterend oor en advies. De inzet van Christof en Bea om 'tijd' in mijn agenda vrij te maken wanneer dat nodig was, wil ik zeker niet vergeten te vermelden.

Tot slot, de combinatie van een gezin en het schrijven van een masterproef was bij momenten een moeilijke evenwichtsoefening. Bedankt aan mijn mama, mijn schoonmama en mijn man om me hierin zo goed te ondersteunen.

Inleiding

Context

In Europa is de medische dienstverlening door de eerste lijn buiten de reguliere werkuren, de 'out-of-hours care' ('OOH-care'), de laatste 20 jaar grondig gewijzigd. Waar men vroeger de klassieke 48-uurs wachtdienst had in de eigen praktijk, stapt men nu meer en meer over naar een georganiseerd 12-uurs wachtsysteem vanuit een huisartsenwachtpost (1).
In landen als Engeland, Denemarken en Nederland bestaan huisartsenwachtposten al langer.
In België hebben huisartsen zich tot recent persoonlijk bijzonder bereikbaar opgesteld; patiënten konden 24 uur op 24 uur beroep doen op hun huisarts.
Het koninklijk besluit van 1967 verplicht alle medici te voorzien in de continuïteit van de zorgen. Het KB voorziet dat het individu deze verplichting kan overdragen aan een georganiseerde wachtdienst, hieruit ontstond de georganiseerde weekendwacht. De concrete invulling en organisatie van de bevolkingswachtdienst behoort toe aan de huisartsenkringen (Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 - opdrachten huisartsenkringen).

Voor het oprichten van de wachtposten werd overal het 'klassieke' wachtsysteem gehanteerd. De huisarts van wacht was in het weekend gedurende 48 uur beschikbaar. Hij verrichtte de wachtdienst vanuit zijn eigen praktijk, zonder telefonische of administratieve ondersteuning.
Eind jaren '90 groeide vanuit de huisartsenkring Deurne Borgerhout (HKDB) langzaam het idee om de huisartsenwachtdienst te hervormen.
In 2003 werd in Deurne-Borgerhout de eerste huisartsenwachtpost van ons land opgericht (2). Na een literatuurstudie omtrent wachtdiensten van huisartsen en spoeddiensten werd het concept van een wachtpost als antwoord gezien op enkele problemen die zich ook in andere landen stelden zoals:

- De *veroudering* van het artsenkorps in deze regio: 75% van de artsen in de regio Deurne-Borgerhout was op dat moment ouder dan 40 jaar.
- Het feit dat de jongere artsen overwegend *vrouwen* waren en dus *minder* frequent *voltijds* werkten.
- Het toenemend gevoel van *onveiligheid* tijdens de wachtdienst.

De eerste huisartsenwachtpost in België werd opgestart als een proefprojekt (1). Pas in tweede instantie werd een wettelijk kader gecreëerd: het Koninklijk Besluit van 13 januari 2006 haalt de huisartsenwachtposten weg uit het experimenteel kader.

In 2007 werden de randvoorwaarden voor het oprichten van een wachtpost opgesteld onder leiding van de verschillende besturen van de Vlaamse wachtposten (3). Dit was noodzakelijk gezien tot dan toe elke wachtpost apart met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) diende te onderhandelen om de nodige financiële steun te krijgen. Bovendien bleek tijdens een zitting van de Belgische Senaat -op 28 juni 2005- nog geen eensgezindheid te zijn over de noodzakelijke structuur binnen een huisartsenwachtpost.

Op 23 juli 2012 keurde het verzekeringscomité van het RIZIV een document goed waarin de standaardisering van de financiering van de huisartsenwachtposten wordt vastgelegd. De subsidiëring wordt per wachtpost jaarlijks herbekeken. Het RIZIV geeft de wachtpost een bepaald budget op basis van een gemotiveerde aanvraag met gegevens over activiteiten en inkomsten/uitgaven. In 2011 investeerde het Riziv 10,3 miljoen euro in de huisartsenwachtposten (1).

Samenvattend zijn huisartsenwachtposten een relatief nieuw fenomeen, maar ze zijn niet meer weg te denken uit het eerstelijnslandschap in Vlaanderen. Het aantal huisartsenwachtposten neemt bovendien gestaag toe. Alleen al in 2013 werden er in ons land 15 nieuwe wachtposten opgericht. De huidige wachtposten dekken bijna 53% van het grondgebied wat overeenstemt met de behoeften van 55% van de bevolking. De overheid moedigt het oprichten van lokale wachtposten aan (4).

Motivatie en doelstelling

Veel artsen hadden tot voor kort alleen ervaring met het ‘klassiek’ wachtsysteem en werken nu samen in een huisartsenwachtpost in een specifieke setting en een vaste structuur.

Er zijn op dit moment nog niet veel studies gebeurd over de samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost.

Doelstelling van deze thesis is een evaluatie te maken van de samenwerkingsaspecten opgenomen in de huishoudelijke reglementen (ook soms interne reglementen genoemd) van huisartsenwachtposten. Dit is een onderwerp dat me persoonlijk interesseert en waarover nog weinig informatie gekend is.

Vraagstelling

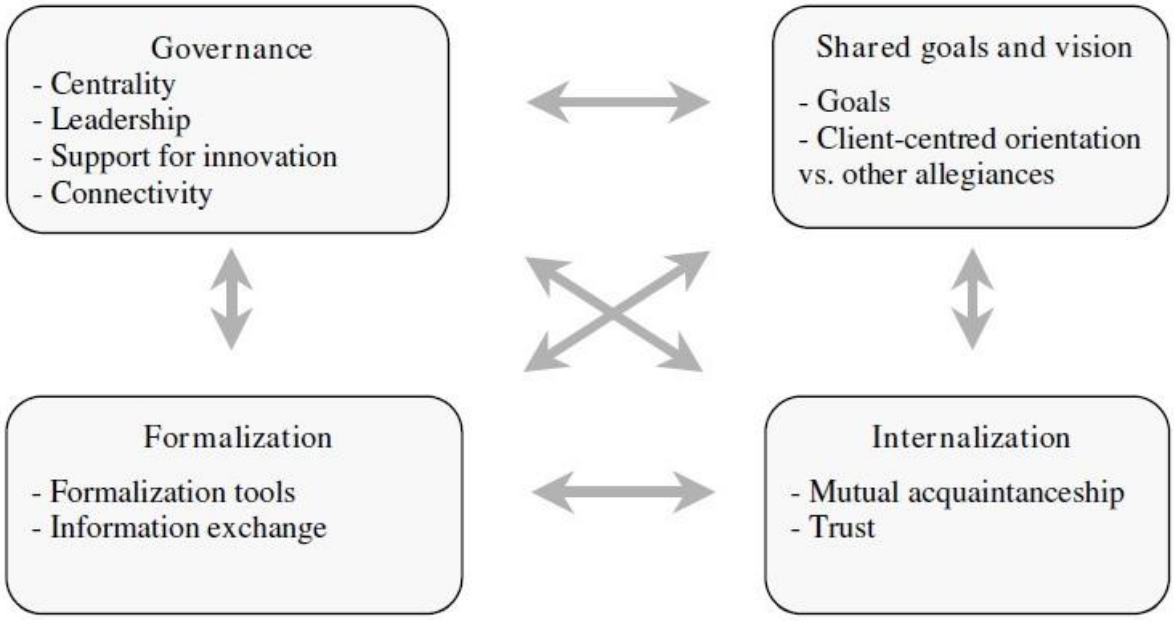
De centrale vraagstelling in deze thesis luidt: ‘Hoe ervaren huisartsen de richtlijnen rond samenwerking zoals vastgelegd in het huishoudelijk reglement van een wachtpost?’.

Onderzoeksmethodiek

Samenwerking: definiëring

Samenwerking in de eerste lijn staat op dit moment volop in het middelpunt van de politieke belangstelling. In de literatuurlijst van de masterproef van dr. Gerits (5) werden hierrond enkele relevante artikels gevonden. Henneman et al.(6) geeft aan dat samenwerken een complex proces is, waarbij respect voor zichzelf en anderen cruciaal is. Theoretisch kan men het begrip 'samenwerking' definiëren als: *' zich gezamelijk inzetten om een bepaald doel te bereiken'* . Een review van Xyrichis et al. (7) toont aan dat deze samenwerking in de eerste lijn essentieel is om de gezondheid in een populatie te promoten en op punt te houden. In de praktijk verloopt deze samenwerking niet altijd even vlot. Het is gebleken dat zowel de samenstelling als een aantal eigenheden van het team invloed hebben. Elk van deze punten kunnen een barrière vormen in de interprofessionele samenwerking in de eerste lijn.

De interprofessionele samenwerking kan bestudeerd worden aan de hand van verschillende samenwerkingsmodellen; in deze masterproef bespreken we kort het vier-dimensioneel model van D'Amour et al (8). In dit samenwerkingsmodel worden vier dimensies onderscheiden en tien indicatoren die deze dimensies vertegenwoordigen. De pijlen tonen hoe de vier dimensies met elkaar verweven zijn en hoe ze elkaar beïnvloeden (figuur 1).



Figuur 1: het vier-dimensioneel samenwerkingsmodel

Twee dimensies ('governance' en 'formalization') verwijzen naar het organisatorisch kader van de samenwerking en twee dimensies ('shared goals and vision' en 'internalization') naar de relaties tussen individuen in een samenwerkingsstructuur.

Shared goals and vision:

→ Verwijst naar gemeenschappelijke, patiëntgerichte doelstellingen die vastgelegd worden en zich door de teamleden eigen worden gemaakt (vb aanbevelingen rond aanpak van een ziekte, prioriteiten,..).

→ Er moet een evenwicht gezocht worden tussen diverse belangen (organisatorisch, persoonlijke belangen, eigenschappen van de patiënt,..), waarbij de focus uiteindelijk steeds op de patiënt ligt.

Internalization:

→ De partners in een organisatie beseffen dat ze afhankelijk zijn van elkaar. Ze moeten elkaars professionele en persoonlijke sterktes leren kennen en waarderen. Dit is cruciaal bij het vormen van bijvoorbeeld werkgroepen.

→ Het vertrouwen in elkaars competenties en de wil om zijn/haar verantwoordelijkheid op te nemen staat hierbij centraal.

Formalization:

→ Een protocol opstellen waarbij de verwachtingen ten opzichte van en de verantwoordelijkheden van iedere partner duidelijk vastgelegd worden.

→ Informatie uitwisselen tussen de partners is hierbij cruciaal. Hiervoor moet de geschikte infrastructuur aanwezig zijn.

Governance:

→ Een centraal beleid die de visie rond de samenwerking ondersteunt.

→ Daarnaast een lokale manager en lokale stuurgroepen, waarbij alle partners kunnen en mogen participeren.

→ Ondersteuning van innovatie door interne en externe expertise.

→ De partners in de samenwerking staan continu met elkaar in verbinding; er is gelegenheid tot overleg en bijsturen en herevalueren van eerder gemaakte afspraken.

Eerste fase: literatuuronderzoek

De onderzoeksvragen die in dit gedeelte centraal staan zijn:

- Hoe verloopt de (samen)werking in een huisartsenwachtpost?
- Hoe wordt de samenwerking tussen de huisartsen vastgelegd in de huishoudelijke reglementen van de huisartsenwachtposten?

- **<u>Eerste vraag:</u> Hoe verloopt de (samen)werking in een huisartsenwachtpost?**

Als eerste bron werd de doctoraatsthesis van dr. Hilde Philips bestudeerd (9). Dit doctoraat focust op de eerstelijnshulpverlening buiten de kantooruren ('Out-of-hours Primary care in Belgium') en omvat vijf deelstudies: de werkbelasting huisartsenwachtpost/spoed, de rol van het betalingssysteem, de percepties en keuzes van de patiënt, de gevolgen van de implementatie van een huisartsenwachtpost op de werking van de spoed.

Via de ICHO-database (www.icho.be, 'masterproeven') vond ik vijf thesissen terug over een aspect van de samenwerking in een huisartsenwachtpost. De thesissen over de tevredenheid van huisartsen die in een wachtpost samenwerken (10) en over de samenwerking tussen alle medewerkers in een huisartsenwachtpost (5) leunen het best aan bij mijn onderwerp.

Voor het verder opzoeken van literatuur werd gebruik gemaakt (via CEBAM) van de online database Medline (Pubmed). Artikels werden geselecteerd op basis van: de aanwezigheid van de zoektermen in de titel; de taal: Engelstalige of Nederlandstalige artikels; de aanwezigheid van een abstract. Gezien het feit dat huisartsenwachtposten een relatief recent fenomeen zijn, werd geen tijdslimiet ingesteld.

Er werd een combinatie van zoektermen gebruikt, deze zoektermen werden op punt gesteld met behulp van de MeSH database. Er werd gestart met de termen 'out-of-hours general practitioner coöperatives' in het algemeen, dit leverde 26 hits op.

Meer specifiek werden de zoektermen 'AND general practitioner', 'AND collaboration' toegevoegd. Deze termen gaven acht hits extra.

Na het doornemen van de abstracts en een selectie op relevantie werden vier artikels weerhouden (11,12,13,14).

Ook artikels in de tijdschriften, Minerva en Huisarts Nu, werden onder de loep genomen. In Minerva leidde de zoektermen 'huisartsenwachtpost' en 'wachtpost' niet tot resultaten. Via de website van Domus Medica werd in het archief van het tijdschrift Huisarts Nu twee relevante artikels gevonden (15,16).

- **<u>Tweede vraag:</u> Hoe wordt de samenwerking tussen de huisartsen vastgelegd in de huishoudelijke reglementen van de huisartsenwachtposten?**

Het huishoudelijk reglement bepaalt de samenwerkingsmodaliteiten van de huisartsenwachtpost in een bepaalde huisartsenzone. In het bijzonder moet daarin de onderlinge taakverdeling worden bepaald; de samenwerking wordt als het ware in regels vastgelegd.

De huishoudelijke reglementen van acht huisartsenwachtposten werden geanalyseerd. Er gebeurde een doelgerichte steekproef: verschillende provincies zijn vertegenwoordigd (Antwerpen, Vlaams-Brabant, Oost- Vlaanderen) en er zijn zowel 'oudere' wachtposten betrokken als heel recente. De reglementen van de wachtposten werden ter inzage uitgeleend door de coördinator van de huisartsenwachtpost Aalst of door de coördinator van de betrokken wachtpost zelf.

De samenwerkingsaspecten in de reglementen van de geselecteerde wachtposten werden geanalyseerd en in een tabel samengevat (bijlage 2).

Tweede fase: veldonderzoek

Opstellen vragenlijst

- **Hoe ervaren huisartsen de richtlijnen rond samenwerking zoals vastgelegd in het huishoudelijk reglement?**

Om een antwoord te krijgen op de vraagstelling hoe huisartsen richtlijnen rond samenwerking zoals vastgelegd in het huishoudelijk reglement ervaren, werd een enquête opgesteld (bijlage 3).

De vragenlijst werd ontwikkeld aan de hand van items rond samenwerking gevonden in de literatuur en enkele punten die frequent naar voor kwamen in de acht bestudeerde huishoudelijke reglementen.

Concreet werd eerst naar de houding van de arts ten opzichte van het verrichten van wachten gepeild (eerste en tweede vraag), vervolgens werd de invloed van de werking van de wachtpost op organisatorisch en persoonlijk vlak bevraagd (derde en vierde vraag), de samenwerking naar collegae buiten de wachtpost (vijfde vraag) en de onderlinge samenwerking in de wachtpost (zesde en laatste vraag). Ook de mening van de artsen over items rond samenwerking weergegeven in het huishoudelijk reglement werd nagegaan (zevende tot en met dertiende vraag) net als de kennis van de arts over een aspect dat belang heeft bij problemen in de samenwerking, namelijk de klachtenprocedure (veertiende vraag).

Bij de enquête werd inleidend een aantal achtergrondvariabelen bevraagd: leeftijdsgroep, geslacht, afstudeerjaar als basisarts/jaar huisarts in opleiding (HAIO), praktijkvorm, praktijk met of zonder HAIO, aantal jaren werkzaam in een huisartsenwachtpost.

Om de aandacht van de respondenten niet te verliezen, werd het totaal aantal vragen beperkt tot 15. Er werd getracht de vragen zelf bondig en niet suggestief te formuleren. De vragen werden ook stelselmatig in de eerste persoonsvorm verwoord. De huisartsen kunnen hun mening aangeven volgens de keuzemogelijkheden: akkoord (vaak met verschillende deelmogelijkheden), niet akkoord, geen mening. Op het einde van de vragenlijst kan men eventuele bemerkingen noteren.

De vragen werden tot zijn eindresultaat herwerkt in overleg met een aantal artsen: prof. dr. Avonts, dr. Sunaert, mijn praktijkopleider dr. Lerooy en collega dr. Clerebaut. Op aangeven van de coördinatoren/contactpersonen van de deelnemende wachtposten werden finaal nog een paar kleine wijzigingen doorgevoerd in zowel het informatieformulier als in de vragenlijst. De vragenlijst werd op 19 augustus 2014 goedgekeurd door de commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent.

Selecteren van een doelgroep

De oorspronkelijke doelstelling was om de vragenlijst te verspreiden in de huisartsenwachtpost in Aalst, waar ik als HAIO zelf werkzaam was.

Aanvankelijk werd hiervoor de toestemming gegeven door de voorzitter en coördinator van de huisartsenwachtpost. Eind september 2014 werd me echter vanuit de Raad van Bestuur uitdrukkelijk gevraagd de enquête niet in de wachtpost in Aalst af te nemen. Men vreesde bias omwille van het feit dat ik zelf als arts in deze huisartsenwachtpost werkte en omdat de huisartsenwachtpost nog niet lang bestond (oprichting mei 2013).

In tweede instantie werd dan, na overleg met mijn promotor en co-promotor, in oktober 2014 bij de zeven andere wachtposten waarvan de huishoudelijke reglementen bestudeerd werden, via mail gepolst of er interesse was om de vragenlijst als evaluatie-instrument te gebruiken. De contactgegevens van deze wachtposten werden online bekomen via www.domusmedica.be/wachtposten.

Drie huisartsenwachtposten hadden onmiddellijk interesse om deel te nemen: één uit Vlaams-Brabant, één uit Antwerpen en één uit Oost-Vlaanderen. De deelnemende wachtposten hebben een verschillende grootte: een kleinere (86 huisartsen), middelgrote (114 huisartsen) en grote (385 huisartsen) wachtpost en ook een verschillende bestaansduur, ze werden opgericht in respectievelijk 2012, 2011 en 2007. De 3 wachtposten worden verder in deze masterproef met de letters ‘A’, ‘B’ en ‘C’ weergegeven.

In een latere fase werd telefonisch contact opgenomen met de coördinatoren van de betrokken wachtposten en werden bijkomende afspraken gemaakt. Met de coördinatoren werd afgesproken na de thesisverdediging op 30 mei 2015, feedback te geven.

Alle artsen die in de betrokken wachtposten wacht lopen tijdens de maand november 2014 – met vijf weekends, een feestdag en eventueel een brugdag – werden uitgenodigd om deel te nemen; zowel huisartsen als HAIO’s. Op basis van het aantal artsen van wacht in de bestudeerde periode, kon de vragenlijst door maximaal 201 artsen ingevuld worden.

Verspreiden van de bevraging

In overleg met mijn promotor en co-promotor werd ervoor gekozen om de vragenlijst niet via elektronische weg te verspreiden. De ervaring leert immers dat slechts een laag aantal artsen hierop reageert. Dit vindt men ook terug in de literatuur; de respons voor online enquêtes ligt maximaal rond de 30% (17).

De vragenlijst werd in overleg met de verschillende coördinatoren van de wachtposten op de wachtposten zelf verspreid. De medewerkers aan de receptie van de wachtpost werden op de hoogte gesteld door de coördinatoren/contactpersonen. Op één huisartsenwachtpost verkoos men zelf een lijst bij te houden met de deelnemende artsen.

Concreet werden de informatie/toestemmingsformulieren en de vragenlijsten in het weekend van 31 oktober 2014 verdeeld over de drie deelnemende huisartsenwachtposten. Aan de receptionisten en aan de artsen die van wacht waren op dat moment, werd de enquête bijkomend mondeling toegelicht. Via frequent mailverkeer en telefonisch contact met de coördinatoren van de betrokken wachtposten werd het onderzoek tijdens de afnameperiode onder de aandacht gehouden.

Analysemethode

De vragenlijsten werden anoniem ingevuld en verwerkt.

De verzamelde data wordt gecodeerd en ingevoerd in Excel.

De data worden beschrijvend weergegeven per onderzoeksvraag. Tabellen en grafieken worden vanuit Excel aangemaakt (via 'geavanceerde filters en draaitabellen'). Finaal geven we enkele bedenkingen van de deelnemende artsen weer.

Resultaten

Eerste fase: literatuuronderzoek

Resultaten literatuuronderzoek

- **Hoe verloopt de (samen)werking in een huisartsenwachtpost?**

Artikels waarin men specifiek de samenwerking van artsen in een huisartsenwachtpost evalueert, werden niet gevonden. Wel werd literatuur weerhouden waarin aspecten uit de (samen)werking in een huisartsenwachtpost wordt beschreven.

Tijdens een eerste verkenning van de literatuur analyseerde ik de doctoraatsthesis van dr. Hilde Philips(9). Zij bestudeert in haar doctoraat de drijfveren van een patiënt om een bepaalde keuze te maken -de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst- binnen de eerstelijnshulpverlening buiten de kantooruren. De belangrijkste bepalende factor in deze keuze bleek de vertrouwdheid van de patiënt met een bepaalde hulpverleningsvorm te zijn. Dr. Philips toont ook aan dat het oprichten van een wachtpost op zich niet zal volstaan om mensen te leren naar de huisarts te gaan voor eerstelijnspathologie. De rode draad doorheen het hele onderzoek is dat men mensen beter moet *informeren* over welke zorg spoeddiensten en wachtposten kunnen en willen geven. Daarnaast benadrukt ze het belang van goede *triage*systemen, zoals in Nederland en Denemarken, die mensen helpen bij het maken van een keuze.

Bepaalde facetten van het werken op een wachtpost werden reeds uitgediept door collega-HAIO's. Zo is er onder meer een masterproef van dr. Tine Van Wijnsberghe over de tevredenheid van huisartsen over het samenwerken in een huisartsenwachtpost in vergelijking met huisartsen die geen ervaring hadden met een wachtpost (10). Ze concludeerde dat de meerderheid van de huisartsen de wachtpost een *meerwaarde* vindt en dat de *positieve waardering* hoger is in de groep artsen die al *ervaring* hebben met het werken in een wachtpost. Enkele aandachtspunten die uit haar onderzoek naar voor kwamen, is de toename van het oneigenlijk gebruik van de wachtdienst en de noodzaak tot uitdieping van het begrip triage.

Ook een recente thesis van dr. Michiel Gerits over het samenwerkingsklimaat in een Limburgse wachtpost leunt aan bij het onderwerp van mijn masterproef (5). Hij zocht een antwoord op de vraag hoe het samenwerkingsklimaat beoordeeld wordt door elke medewerker op een huisartsenwachtpost in Limburg. De resultaten gaven aan dat de samenwerking over het algemeen *aangenaam* bevonden werd door elke medewerker. De meerderheid van de medewerkers gaf aan dat de *communicatie vlot* verloopt. Bijna alle personen (97%) werkzaam op de bestudeerde huisartsenwachtpost gaan *akkoord* met de inhoud van *het intern reglement.* De *werksfeer* werd door

het merendeel van de medewerkers *positief* bevonden. Enkele verbeterpunten werden voorgesteld, dit op vlak van aanpassing en kennis van de reglementen en verhoging van de veiligheidsmaatregelen.

De organisatie van huisartsenwachtposten kan verschillende vormen aannemen. Zo worden in Nederland de meeste wachtposten in een ziekenhuis geïntegreerd, terwijl de wachtposten in ons land meestal een aparte entiteit vormen. Een Nederlands artikel van Van Uden et al.(11) onderzocht de tevredenheid van artsen over de huisartsenwachtpost. Uit dit onderzoek blijkt globaal een *hogere tevredenheid* bij die artsen die het verrichten *van wachten als een opdracht van de huisarts* beschouwen. Ook een positieve ervaring van de werklast en het uitvoeren van een poortwachtfunctie dragen bij tot een grotere voldoening. In een ander artikel van Van Uden et al.(12) benadrukt men de *grote veranderingen* die het wachtsysteem in Nederland de laatste 10 jaar ondergaan heeft, van de georganiseerde telefooncentrales tot de huisartsenwachtposten in de huidige vorm. Er wordt benadrukt dat deze veranderingen een *toenemende tevredenheid* teweeg brachten, zowel bij de betrokken huisartsen als bij de patiënten.

Door Leibowitz et al.(13) wordt dieper ingegaan op de tevredenheid van artsen over de samenwerking in een bepaald wachtsysteem. In deze systematische review wordt gekeken naar het effect van verschillende modellen van wachtdiensten (gaande van een wachtdienst op de spoed tot een huisartsenwachtpost tot telefonische hulpverlening) op 4 categorieën: klinische resultaten voor de patiënt, medische werkbelasting, patiënt tevredenheid, tevredenheid bij de huisartsen. Uit deze review blijkt dat elk model de *werkbelasting deed dalen*, zonder dat er verschillen waren in de klinische resultaten. Specifiek voor de telefonische vorm van wachtdienst zag men een sterke daling van de werkbelasting voor de arts, maar anderzijds ook een duidelijk lagere tevredenheid bij de patiënt. Bij de artsen die werkzaam waren in een huisartsenwachtpost, bemerkte men een *verbetering van de gezondheidstoestand van de arts*. Ook een studie uit Ierland van O'Dowd et al.(14), uitgevoerd in 2006, bevestigt dit : 82% van de deelnemende artsen, werkzaam in een huisartsenwachtpost, bevestigde de *positieve invloed* van de wachtpost op hun leven. Opmerkelijk was wel dat er een hogere appreciatie was in stedelijke regio's en dat de positieve houding afnam met de anciënniteit van de arts.

Een retrospectieve studie van Philips et al.(15), een jaar na het oprichten van de eerste huisartsenwachtpost in Deurne-Borgerhout, toont dat het oprichten van een huisartsenwachtpost *grotendeels tegemoet kwam aan de verwachtingen* die aan de basis ervan lagen: ondanks het dalend aantal huisartsen blijft de continuïteit van een goede zorg verzekerd en varen zowel de patiënten als de huisartsen wel bij deze samenwerkingsvorm. Als *sterke punten* geven de meeste respondenten de *korte wachtdiensten* en de *beschikbaarheid van een chauffeur* aan. Een *knelpunt* die in deze studie

naar voor komt is een *lagere verdienste*, dit komt vermoedelijk doordat in het nieuwe systeem de artsen in totaal minder wachturen hebben. Ook geven sommigen aan dat er *teveel* artsen aanwezig zijn in de wachtpost. De onderzoekers halen als mogelijke oplossing hiervoor het achterwachtsysteem aan, waarbij één van de artsen thuis beschikbaar blijft.

Huisartsenwachtposten kunnen dus op termijn leiden tot een *efficiëntere vorm* van hulpverlening buiten de kantooruren. Hierbij dient volgens het onderzoek van Ryckebosch et al.(16) extra aandacht te worden besteed aan de bereikbaarheid en gelijkheid van de zorg voor de hele populatie, de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen de eerste en de tweede lijn en de interdisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld met apothekers van wacht.

Analyse huishoudelijke reglementen: tabel

- **Hoe wordt de samenwerking tussen de huisartsen vastgelegd in de huishoudelijke reglementen van de huisartsenwachtposten?**

Als uitgangspunt voor het opstellen van de vragenlijst werden de huishoudelijke reglementen van acht bestaande huisartsenwachtposten ontleed (bijlage 2).

Tabel 1: wachtposten geanalyseerde reglementen

	jaar oprichting wachtpost	*provincie*
A	2011	Antwerpen
B	2012	Vlaams-Brabant
C	2007	Oost-Vlaanderen
D	2011	Antwerpen
E	2003	Antwerpen
F	2013	Antwerpen
G	2013	Oost-Vlaanderen
H	2014	Antwerpen

De meeste wachtposten baseren zich bij het opstellen van hun reglement op de reglementen van bestaande wachtposten en voegen hier hun eigen accenten aan toe: topics die zij belangrijk vinden worden meer benadrukt. Bij sommige ligt de focus meer op het organisatorische, bij andere zijn relationele aspecten primordiaal. De auteur van deze masterproef is er zich ter dege van bewust dat een huishoudelijk reglement continu aangepast en gewijzigd wordt; deze weergave is dan ook een momentopname en geeft dus geenszins een volledig beeld weer.

De wettelijke bepalingen rond de organisatie en werking van een huisartsenwachtpost wordt afzonderlijk vastgelegd in de statuten van de wachtpost.

De aspecten die in de huishoudelijke reglementen aan bod komen sluiten nauw aan bij het modelcontract ‘huishoudelijk reglement voor de wachtpost’, opgesteld door de Orde der geneesheren, terug te vinden op de webpagina’s van de Provinciale Raad, onderdeel van de website van de Nationale Raad (www.ordomedic.be).

Volgende aspecten komen in de reglementen aan bod: 1) deontologische aspecten, 2) opstellen van de wachten/verdeling van de huisbezoeken, 3) vrijstelling wachtdienst, 4) klachtenprocedure, 5) uurregeling, 6) externe wachtartsen, 7) huisartsen in opleiding (HAIO's), 8) honoraria, 9) stockbeheer.

Elk van deze aspecten wordt nu kort besproken waarbij de belangrijkste verschillen tussen de bestudeerde wachtpostreglementen worden toegelicht.

- *1.Deontologische aspecten:*

De Orde der geneesheren stelt in zijn voorbeeldreglement: *'Tijdens het uitoefenen van de wachtdienst zal iedere collega steeds streng de deontologische regels van de code van de plichtenleer naleven, die uitgewerkt werden door de Nationale Raad van de Orde. De dienstdoende huisarts zal tijdens zijn/haar tussenkomst de bestaande relatie van de patiënt met de huisarts niet verstoren.*'

Dit wordt concreet als volgt geformuleerd:

- Aan de patiënt worden alleen de noodzakelijke zorgen toegediend.
- Zonder gegronde reden wordt een vroeger gestelde diagnose niet in twijfel getrokken, noch wordt de therapie onderbroken of veranderd.
- De naam van de huisarts wordt gevraagd en genoteerd. Beweert de zieke geen huisarts te hebben, dan vraagt men de patiënt voor verdere zorgen na de wachtdienst een huisarts naar eigen keuze op te zoeken.
- Zonder nieuwe oproep wordt in geen geval bij een patiënt teruggegaan. Aan de patiënt wordt meegedeeld dat de opgegeven huisarts zal verwittigd worden en dat deze de verdere behandeling zal behartigen. Patiënten die men tijdens de wachtdienst dringend in het ziekenhuis liet opnemen, worden daar nadien niet bezocht.
- Indien een opname in een ziekenhuis dringend nodig is, zal steeds op de verwijsbrief duidelijk de naam van de behandelende huisarts vermeld worden.
- De arts dient zijn/haar bevindingen, therapie en eventuele verwijzing te noteren in het elektronisch medisch dossier dat zich in de huisartsenwachtpost bevindt en dit over te maken aan de behandelende huisarts.
- Elke oproep moet beantwoord worden. Indien een patiënt bij een huisbezoek niet aanwezig blijkt te zijn, wordt geadviseerd een briefje achter te laten met de melding dat de oproep werd beantwoord. De begeleidende chauffeur (indien aanwezig) kan hier als getuige optreden.

- Indien technische onderzoeken tijdens de wachtdienst dringend nodig zijn, zal men steeds de uitslagen en verslagen naar de behandelende huisarts doorsturen.
- Een huisarts die een alternatieve geneeskunde beoefent, zal zich daarvan onthouden tijdens de wachtdienst.
- De dienstdoende huisarts schrijft nooit een afwezigheidattest voor meer dan drie werkdagen. Ook medicatievoorschriften beperken zich tot het strikt noodzakelijke. Niet-dringende attesten zoals geschiktheidsattesten worden tijdens de wachtdienst niet verstrekt.
- Wanneer een niet dienstdoende huisarts tijdens de periode van de wachtdienst een patiënt verzorgt, dan volgt deze dezelfde gedragscode alsof hij/zij van wacht is.

Er worden geen opmerkelijke verschillen in deontologisch advies opgemerkt tussen de bestudeerde wachtposten. Wel wordt dit item in sommige huishoudelijke reglementen heel uitgebreid beschreven terwijl dit in andere reglementen eerder beperkt aangehaald wordt.

- *2.Opstellen van de wachten/verdeling van de huisbezoeken:*

De Orde stelt: *'Elke huisartsenwachtpost beschikt over een wachtdienstcoördinator, democratisch verkozen voor een periode van vier jaar door de algemene vergadering bij meerderheid van stemmen. Hij/zij stelt de wachtlijsten op. Rekening houdende met de desiderata van de deelnemende huisartsen stelt hij/zij de meest aanvaardbare beurtrol op'*.

Bij de verdeling huisbezoeken/consultaties tijdens de wachten blijken wel verschillen te zijn tussen de huisartsenwachtposten. In de helft van de bestudeerde reglementen wordt expliciet vermeld dat wie wat doet tijdens de wacht (huisbezoeken of consultaties) bepaald wordt door de wachtdienstverantwoordelijke. De andere reglementen zijn hier iets vager in en spreken enkel van een beurtrol opgesteld voor een periode van zes maanden. Wie wat doet tijdens de wacht – 'rijdende wacht' of 'zittende wacht'- wordt dan onderling tussen de wachtdoende artsen beslist.

- *3.Vrijstelling wachtdienst:*

Bij de vrijstelling van de wachtdiensten zien we grote verschillen per wachtpost. Deze vrijstellingen worden door de Orde opgesplitst in vrijstelling op medische grond (ziekte) of bijzondere persoonlijke redenen (bijvoorbeeld zwangerschap of leeftijd) en bijzondere vrijstelling (bijvoorbeeld op basis van het niet deontologisch handelen van een arts). Een belangrijke kanttekening hierbij, is dat deze vrijstellingen geenszins een verplichting zijn. De Orde der geneesheren stipuleert dit als volgt:*'Elke collega-huisarts, behorend tot de vermelde leeftijdsgroepen, is vrij om al dan niet gebruik te maken van deze gunstmaatregelen'.*

Voor vrijstelling omwille van zwangerschap zijn specifieke eigenheden per wachtpost. Zwangeren werkzaam in het wachtgebied van reglement F bijvoorbeeld krijgen volledige vrijstelling van de 26e zwangerschapsweek tot en met 14 weken na de bevalling.

Ook de -al dan niet gedeeltelijke- vrijstelling op basis van leeftijd verschilt per wachtpost. Op de meeste plaatsen mogen artsen vanaf 60 jaar voor een bepaalde periode de voorkeur opgeven voor vrijstelling van wachten tijdens de dag of nacht, tijdens vrijdag, zaterdag of zondag. Vanaf 65 jaar wordt men op verzoek gedeeltelijk vrijgesteld van de weekendwachten. In één wachtpost gebeurt vanaf 61 jaar een automatische vermindering van één wachtdienst per jaar. Een ander reglement meldt expliciet dat artsen vanaf 70 jaar volledig vrijgesteld worden van alle wachtbeurten.

- *4.Klachtenprocedure:*

De klachtenprocedure die vermeld wordt in de reglementen, is grotendeels gelijklopend in alle wachtposten. Bij klachten richt men zich eerst tot de verantwoordelijke en/of coördinator van de wachtpost. In tweede instantie wordt de Raad van Bestuur betrokken. Blijvende geschillen komen voor de provinciale Raad van de Orde der geneesheren (deontologische zaken) en de provinciale Geneeskundige Commissie (voor andere klachten). Deze trapsgewijze aanpak wordt ook door de Orde der geneesheren naar voor geschoven als ideale aanpak bij conflicten.

- *5.Uurregeling:*

De uurregeling is voor alle wachtposten sterk gelijklopend: van vrijdag 19u -één reglement meldt vanaf 20u- tot maandag 8u en van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag. Uitzondering hierop vormt één wachtpost die tot maandagmorgen 7u open is en ook na een feestdag tot 7u. Twee van de bestudeerde wachtposten hebben meerdere locaties, waar de uurregeling lichtjes kan verschillen.

In elke wachtpost duurt een shift gemiddeld 12 uur. In de meeste wachtposten werkt men 13 uur ‘s nachts en 11 uur overdag. Deze 12 uren shift wordt ook door de Orde naar voor geschoven.

In één reglement staat expliciet dat het verboden is twee keer 12u direct na elkaar te werken in verschillende locaties (zelfde locatie mag wel) of meer dan twee keer 12u per weekend. In andere wachtposten geeft men aan dat dit wel mogelijk is.

De meeste wachtposten organiseren op brugdagen geen wachtdienst en vermelden dit ook.

- *6.Externe wachtartsen:*

Externe wachtartsen zijn huisartsen die geen praktijk hebben in het wachtgebied waarbinnen de huisartsenwachtpost operationeel is. De Orde zegt hierover het volgende: ’*Wachten door ‘externe*

artsen' kunnen steeds mits goedkeuring door de HAK waar die externe arts werkzaam is, de Provinciale Raad en de wachtkring die de wachtpost organiseert'.

De meeste reglementen geven aan dat externe artsen wacht mogen lopen in hun wachtpost onder bepaalde voorwaarden. Vooral een bevestiging van de eigen huisartsenkring (indien relevant) dat men in orde is met alle wettelijke bepalingen blijkt een belangrijk gegeven. Sommige reglementen vermelden een minimum aantal wachten die externe artsen moeten lopen.

- *7.HAIO's:*

De Orde van geneesheren geeft in zijn voorbeeldreglement een gedetailleerde beschrijving van de wachtdiensten verricht door een HAIO: *'Het huishoudelijk reglement is van toepassing op alle huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO) en geeft hen zonder onderscheid dezelfde individuele rechten en plichten'*
De praktijkopleider voorziet de nodige supervisie tijdens de wacht van de HAIO.
De rechten en plichten van HAIO's worden in de meeste huishoudelijke reglementen kort vernoemd. In sommige reglementen vermeldt men enkel dat de HAIO verplicht is om deel te nemen aan de wachtdienst.

- *8.Honoraria:*

De Orde vermeldt over de honoraria kort het volgende:

- *De dienstdoende huisarts zal steeds voor elke prestatie die tijdens de wachtdienst wordt verricht, de geldende tarieven van ereloon met remgeld toepassen. Dit met uitzondering van patiënten met financiële nood.*
- *De honoraria worden voor de wachtpost geïnd.*
- *Alle erelonen worden rechtevenredig verdeeld volgens het aantal gepresteerde wachtperiodes van twaalf uur, zonder onderscheid tussen dag of nacht, zittende of rijdende wacht.*
- *Er worden maandelijkse voorschotten uitbetaald. Jaarlijks gebeurt er een definitieve afrekening, deze eindafrekening wordt vastgelegd door de Raad van Bestuur van de huisartsenwachtpost'.*

In alle huishoudelijke reglementen benadrukt men dat in een huisartsenwachtpost steeds de conventietarieven gelden. De verdeling van de honoraria verloopt divers. In bijna alle reglementen geeft men aan hiervoor de modaliteiten te volgen vastgelegd door het bestuur van de huisartsenkring.

- *9.Stockbeheer:*

Dit is een item waarover men in de bestudeerde reglementen het minst schrijft. Eén reglement vermeldt specifiek dat de arts eventuele tekorten in de stock aan de coördinator signaleert. In het voorbeeldreglement van de Orde wordt op stockbeheer niet dieper ingegaan.

Tweede fase: veldonderzoek

In de periode november 2014 hebben 201 huisartsen één of meerdere wachtonderdelen opgenomen in de betrokken wachtposten. Van de 201 artsen die in aanmerking kwamen voor het invullen van de enquête hebben er 117 de vragenlijst volledig ingevuld, Dit geeft een totale responsratio van 58 %. Per wachtpost bekeken, is er in wachtpost A een participatie van 60%, in wachtpost B een participatie van 67% en in wachtpost C een participatie van 54% .

Tabel 2: beschrijving deelnemende wachtposten

	WACHTPOST A	**WACHTPOST B**	**WACHTPOST C**
Werkingsgebied	105 337 patiënten stedelijk gebied	126 000 patiënten landelijk gebied	265 990 patiënten stedelijk gebied
Openingsuren weekend	vrijdagavond 19u tot maandagochtend 7u	Vrijdagavond 20u tot maandagochtend 8u	• *Vestiging 1*: op zaterdag en zondag van 8 u tot 19 u • *Vestiging 2*: van vrijdag 19 u tot maandag 7 u • *Vestiging 3*: van vrijdag 19 u tot 23 u; op zaterdag en zondag van 8 u tot 23 u
Openingsuren feestdagen	19u de dag voor de feestdag tot 7u de dag daarna	20u de dag voor de feestdag tot 8u de dag daarna	• *Vestiging 1*: feestdag zelf van 8 u tot 19 u • *Vestiging 2:* van de vooravond van de feestdag 19 u tot de ochtend na de feestdag 7 u • *Vestiging 3:* op de vooravond van de feestdag van 19 u tot 23 u; op de feestdag zelf van 8 u tot 23 u
Brugdagen	actief op brugdagen	niet actief op brugdagen	niet actief op brugdagen
Totaal aantal huisartsen	114	86	385 (incl. 24 artsen van buiten de regio)
Aantal huisartsen per wacht	overdag: 2 (1 zittende arts van wacht, 1 rijdende) 's nachts: 2 (1 zittende tot 23u, 1 rijdende die vanaf 23u zittende wordt en inslaapt)	overdag: 4 (waarvan 1 een korte wacht heeft: zaterdag van 8u tot 15u en zondag van 8u tot 14u) 's nachts: 2	• *Vestiging 1*: overdag 2 artsen, 's nachts gesloten • *Vestiging 2:* overdag 3 artsen, 's nachts 2 artsen • *Vestiging 3:* overdag 2 artsen, 's nachts 2 artsen (1 de volledige nacht en 1 tot 23u)

Participatie totale doelgroep

De meeste deelnemers aan onze enquête zijn vrouwen (58%). Bij de deelnemende artsen is de groep tussen 25 en 34 jaar (38%) en tussen 45 en 60 jaar (36%) ongeveer even groot. Van alle praktijkvormen is de groepspraktijk het meest voorkomend, gemiddeld 51% van de deelnemende huisartsen werkt in een groepspraktijk.

Worden de gegevens van onze deelnemers vergeleken met de gegevens uit de jaarstatistieken van het FOD in 2013 (18), dan zien we dat ze afwijken van de gemiddelde verdeling onder de Vlaamse huisartsen, waar 64% man is en 35% vrouw. Qua leeftijd valt het op dat onze groep tussen 45 en 60 jaar (36%) overeenkomt met het gemiddelde voor de Vlaamse huisarts van 38%. De jongste groep is in ons onderzoek oververtegenwoordigd: 38% van onze deelnemers is tussen 25 en 34 jaar oud, terwijl het Vlaams gemiddelde op 11% ligt.

Tabel 3: participatie totale doelgroep

	deelnemers	**doelgroep**
Aantal mannen:	49 (42%)	102 (51%)
Aantal vrouwen:	68 (58%)	99 (49%)
Leeftijdscategorie:		
25-34	44 (38%)	63 (31%)
35-44	26 (22%)	48 (24%)
45-60	42 (36%)	74 (37%)
60+	5 (4%)	16 (8%)
Praktijkvorm:		
solo	39 (34%)	73 (37%)
duo	18 (15%)	37 (18%)
groepspraktijk	60 (51%)	91 (45%)

Participatie per wachtpost

In wachtpost A valt een duidelijk overwicht van de vrouwelijke deelnemers op (78%).

Tussen de wachtposten is er een groot verschil in leeftijd van de participerende artsen: in wachtpost A is meer dan de helft van de deelnemers tussen 25 en 34 jaar, terwijl in wachtpost B iets meer dan de helft tussen 45 en 60 jaar is. In wachtpost C is de groep tussen 25 en 34 jaar en tussen 45 en 60 jaar ongeveer even groot. In elke wachtpost komen weinig deelnemende artsen uit de groep 60+.

Bij de praktijkvorm valt het op dat vooral de artsen uit wachtpost A in groep werken, in wachtpost B en wachtpost C is het aandeel van de solo-artsen verhoudingsgewijs ook groot (respectievelijk 33% en 40% van de deelnemende artsen).

In wachtpost A is er vooral uitval van de oudere mannelijke artsen (60+), werkzaam in een solopraktijk. In wachtpost B hebben weinig artsen werkzaam in een solopraktijk deelgenomen. In wachtpost C is het profiel van deelnemers en artsen die niet deelnemen vergelijkbaar, al is ook hier uitval uit de groep 60+.

Tabel 4: wachtpost A

	deelnemers	**doelgroep**
Aantal mannen:	6 (22%)	23 (49%)
Aantal vrouwen:	22 (78%)	24 (51%)
Leeftijdscategorie:		
25 - 34	15 (54%)	16 (34%)
35 - 44	7 (25%)	11 (24%)
45 - 60	6 (21%)	17 (36%)
60+	0 (0%)	3 (6%)
Praktijkvorm:		
solo	5 (18%)	14 (30%)
duo	5 (18%)	12 (26%)
groepspraktijk	18 (64%)	21 (44%)

Tabel 5: wachtpost B

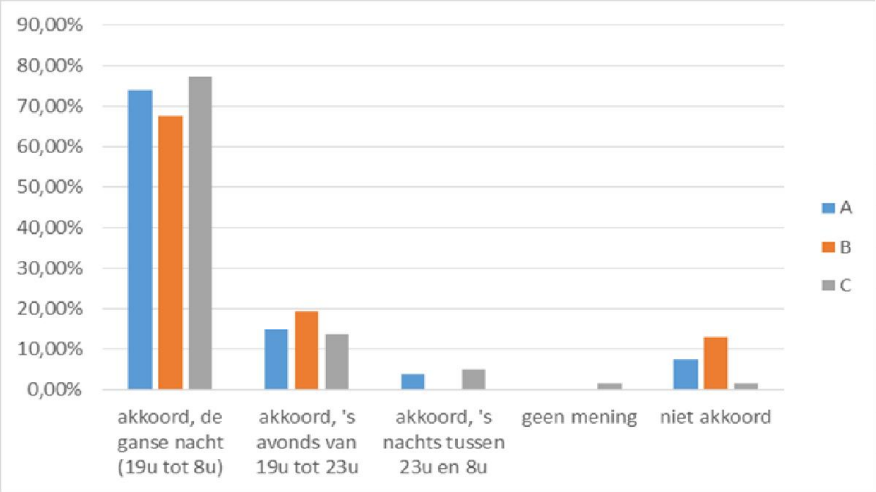
	deelnemers	doelgroep
Aantal mannen:	13 (42%)	18 (39%)
Aantal vrouwen:	18 (58%)	28 (61%)
Leeftijdscategorie:		
25 - 34	6 (19%)	12 (26%)
35 - 44	8 (26%)	9 (20%)
45 - 60	16 (52%)	24 (52%)
60+	1 (3%)	1 (2%)
Praktijkvorm:		
solo	10 (33%)	21 (46%)
duo	5 (17%)	9 (20%)
groepspraktijk	16 (50%)	16 (34%)

Tabel 6: wachtpost C

	deelnemers	doelgroep
Aantal mannen:	30 (52%)	61 (56%)
Aantal vrouwen:	28 (48%)	47 (44%)
Leeftijdscategorie:		
25 - 34	23 (40%)	35 (32%)
35 - 44	11 (19%)	28 (26%)
45 - 60	20 (34%)	33 (31%)
60+	4 (7%)	12 (11%)
Praktijkvorm:		
solo	24 (40%)	38 (35%)
duo	8 (14%)	16 (15%)
groepspraktijk	26 (46%)	54 (50%)

Resultaten van de enquête per vraagstelling

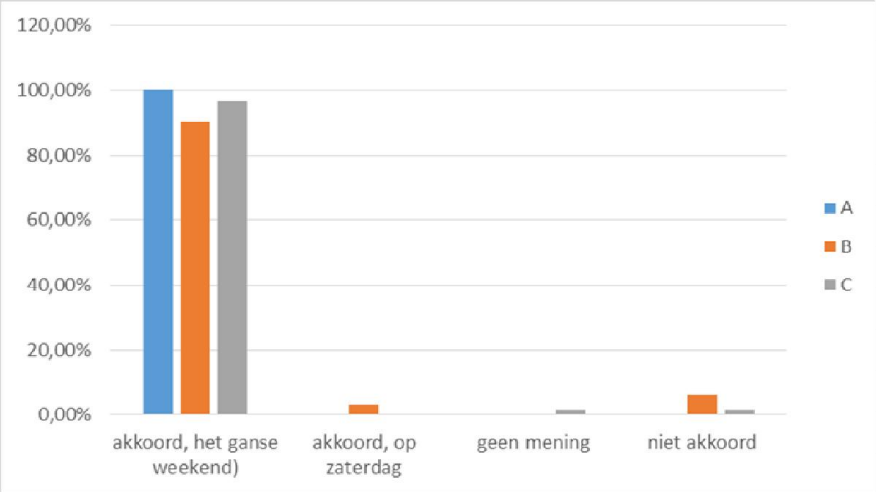
<u>Vraag 1:</u> Ik vind het de taak van de huisarts om aan een wachtdienst deel te nemen en dus continuïteit van de zorgverlening te garanderen buiten de gewone werkuren (19u tot 8u)



Figuur 2: continuïteit 's nachts

¾ van de artsen (gemiddeld 74%) vindt het zijn/haar taak de ganse nacht in de continuïteit van de zorg te voorzien; dus van 19u tot 8u. In elke wachtpost geeft een deel van de artsen (tussen 10 en 20%) aan akkoord te zijn, maar enkel tussen 19u en 23u. In wachtpost B is 13% van de artsen niet akkoord met deze stelling.

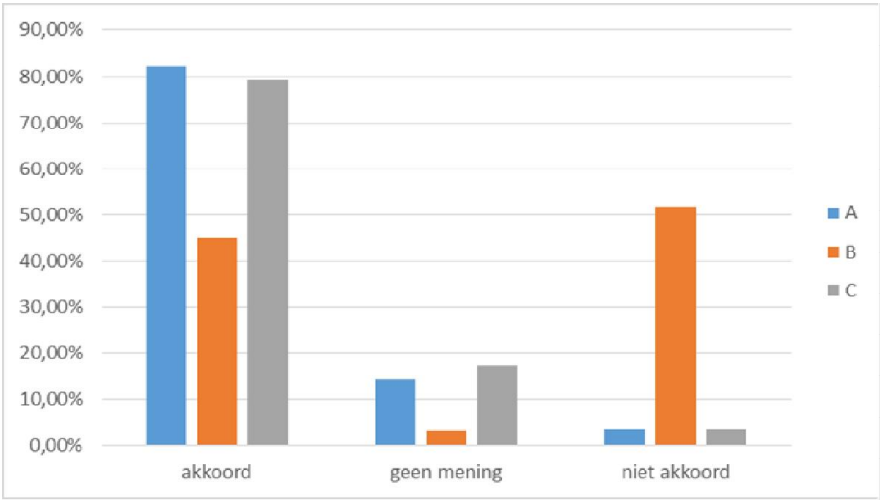
<u>Vraag 2:</u> Ik vind het de taak van de huisarts om aan een wachtdienst deel te nemen en dus continuïteit van de zorgverlening te garanderen in het weekend



Figuur 3: continuïteit weekend

Bijna alle artsen (96%) zijn akkoord om het ganse weekend wacht te lopen, tussen de drie wachtposten zien we hierin weinig verschil.

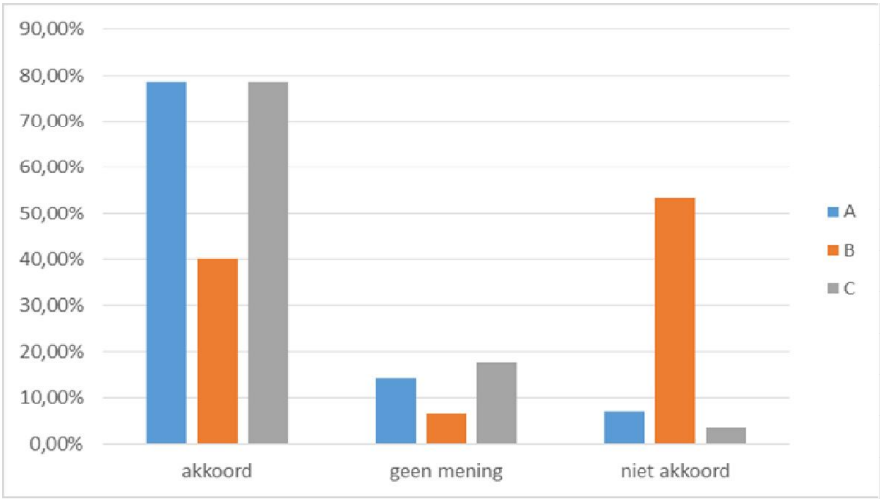
<u>Vraag 3:</u> De oprichting van een wachtpost heeft voor mij de belasting qua organisatie (administratie, verplaatsing,..) verminderd



Figuur 4: belasting organisatorisch

Respectievelijk 82% en 79% van de artsen in wachtpost A en C zijn akkoord: de wachtpost vermindert de belasting qua organisatie; bijvoorbeeld voor zaken als administratie en vervoer. In wachtpost B geeft meer dan de helft (52%) van de artsen aan niet akkoord te zijn met deze stelling.

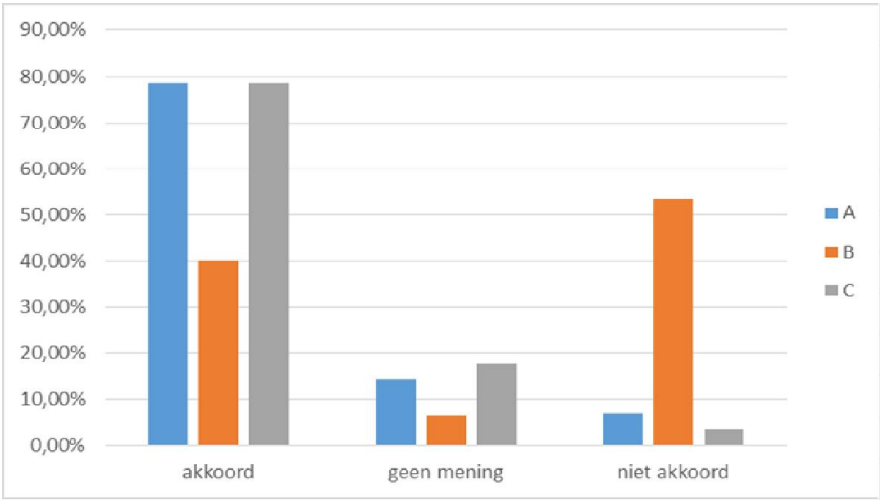
<u>Vraag 4</u>: De oprichting van een wachtpost heeft voor mij de belasting op persoonlijk vlak (minder lange wachten, ondersteuning door collegae,...) verminderd



Figuur 5: belasting persoonlijk

79% van de artsen uit wachtpost A en C gaan akkoord. 53% van de deelnemers uit wachtpost B onderschrijven deze stelling niet.

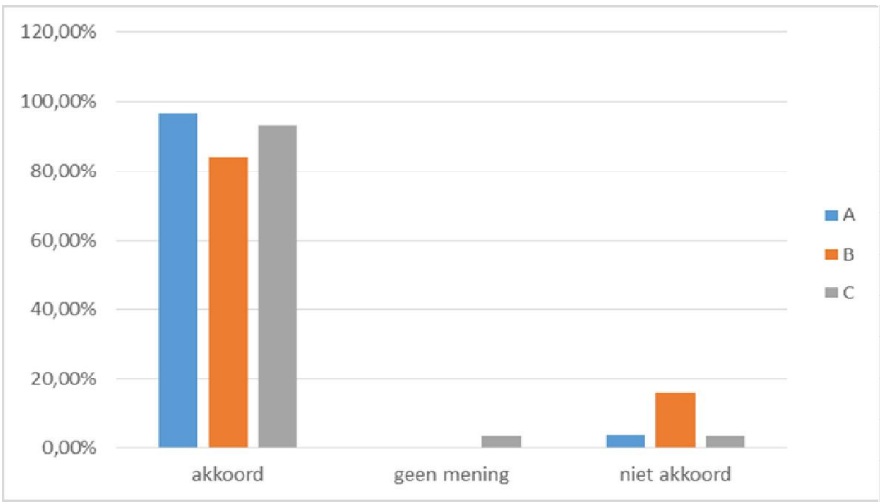
<u>Vraag 5:</u> Het elektronisch verslag over mijn patiënt, die gezien werd op de wachtpost, bereikt me tijdig



Figuur 6: elektronisch verslag

79% van de artsen uit wachtpost A en C bevestigt dit. Meer dan de helft (53%) van de artsen uit wachtpost B geven aan dat het elektronisch verslag niet tijdig toekomt.

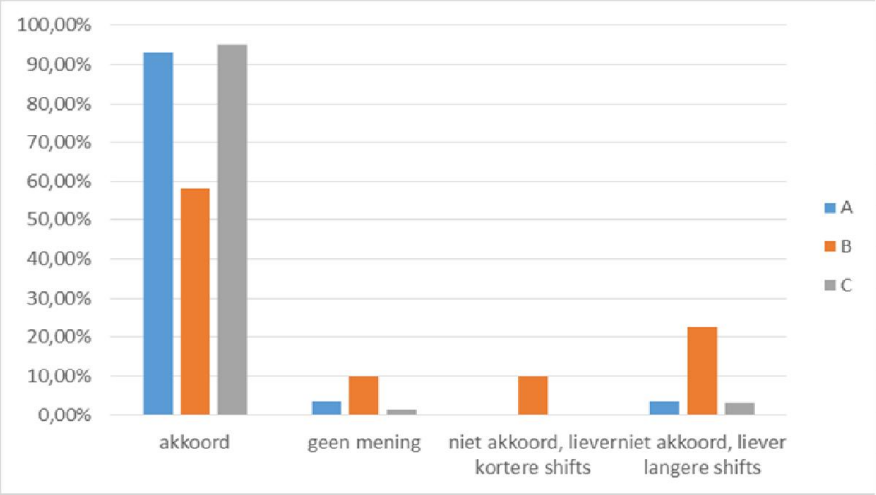
<u>Vraag 6:</u> Naar mijn mening verloopt de verdeling van huisbezoeken/consultaties onder de artsen die wacht lopen op de wachtpost vlot



Figuur 7: verdeling huisbezoeken/consultaties

96% van de artsen uit wachtpost A en 93% uit wachtpost C zien geen problemen in de verdeling huisbezoeken/consultaties. 84% van de artsen uit wachtpost B bevestigt dit. 16% van de artsen uit wachtpost B is niet akkoord.

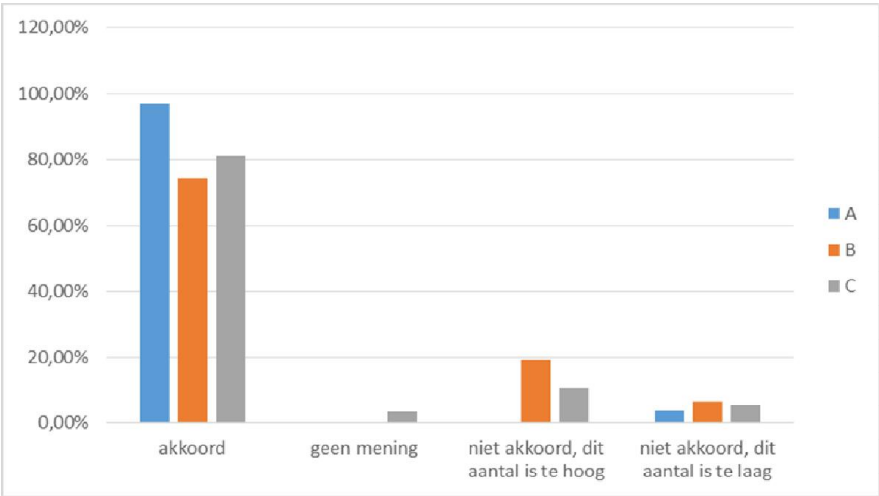
<u>Vraag 7:</u> De wachtdiensten van 12 uur vind ik een verbetering tov de klassieke 24 uurs wachtdienst



Figuur 8: duur wachtdienst

Meer dan 90% van de artsen uit wachtpost A en C , respectievelijk 93% en 95%, vindt de wachtdiensten van 12u een verbetering. Bij de artsen uit wachtpost B is 58% is akkoord, 23% is niet akkoord en stelt langere shifts voor, 10% verkiest kortere shifts en de andere 10% geeft aan hierover geen mening te hebben.

<u>Vraag 8:</u> Het huidig aantal artsen overdag op deze wachtpost , vind ik optimaal voor de werkbelasting

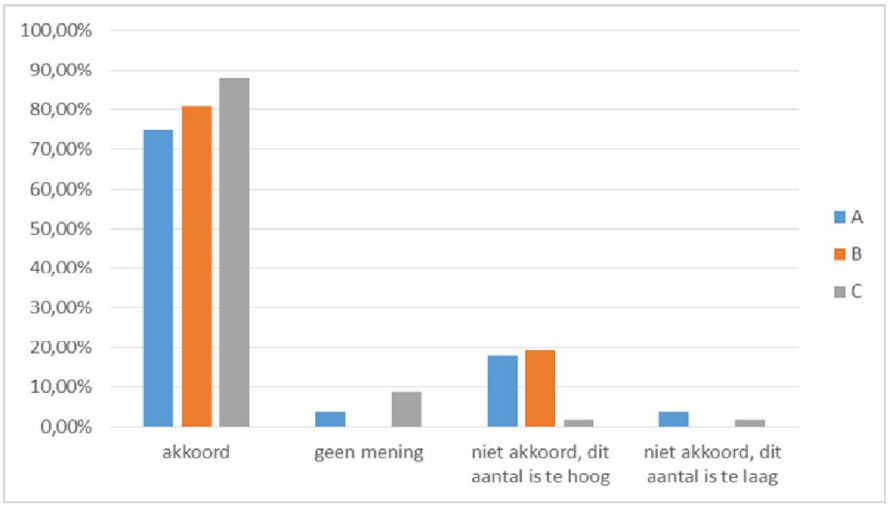


Figuur 9: aantal artsen overdag

In wachtpost A is 96% akkoord. De overige 4% geeft aan dat er te weinig artsen van wacht zijn overdag. Bij de artsen van wachtpost B vindt 74% het aantal artsen overdag goed. Bijna één op vijf (19%) vindt het aantal artsen dat overdag in de wachtpost werkt te hoog. 7% duidt aan dat het aantal artsen te laag is. Van de artsen werkzaam in wachtpost C geeft 81% aan dat het aantal artsen

overdag voldoet. 10% vindt dat er teveel artsen werken. 5% vindt het aantal artsen te laag. 4% van de deelnemers uit wachtpost C heeft geen mening.

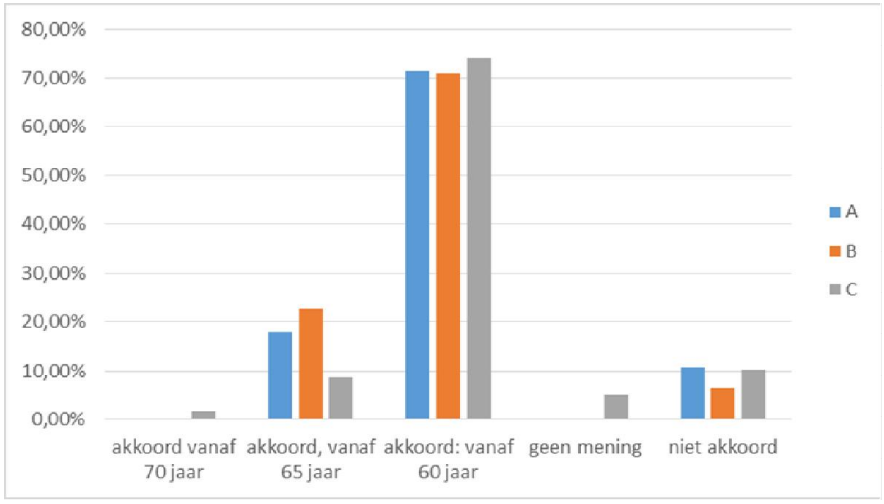
<u>Vraag 9:</u> Het huidig aantal artsen ‘s nachts op deze wachtpost , vind ik optimaal voor de werkbelasting



Figuur 10: aantal artsen 's nachts

Respectievelijk 75 %, 81% en 88% van de deelnemende artsen uit de drie wachtposten bevestigen deze stelling. In wachtpost A zegt 18% van de deelnemers het aantal artsen ‘s nachts te hoog te vinden. In wachtpost B geeft bijna één op vijf artsen (19%) aan dat ze ‘s nachts met teveel werken.

<u>Vraag 10:</u> Ik vind dat men vanaf een bepaalde leeftijd automatisch *minder* wachtdiensten moet verrichten

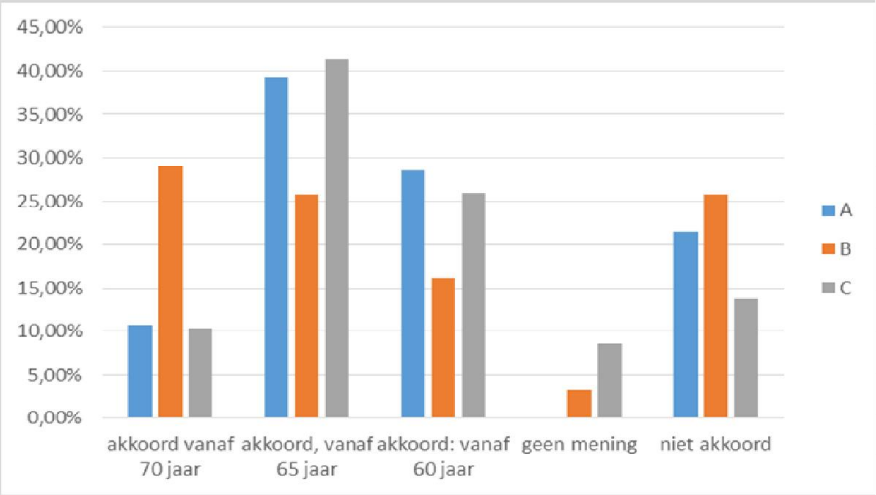


Figuur 11: minder wacht volgens leeftijd

De overgrote meerderheid van de artsen (71% uit wachtpost A en wachtpost B en 74% uit wachtpost C) geeft aan 60 jaar de ideale leeftijd te vinden hiervoor. Een gedeelte van de deelnemers (respectievelijk 18%, 23% en 9%) legt de minimumleeftijd hiervoor op 65 jaar. Een bepaald

percentage gaat niet akkoord met deze stelling, gemiddeld is dit voor alle wachtposten zo'n 9% van de artsen.

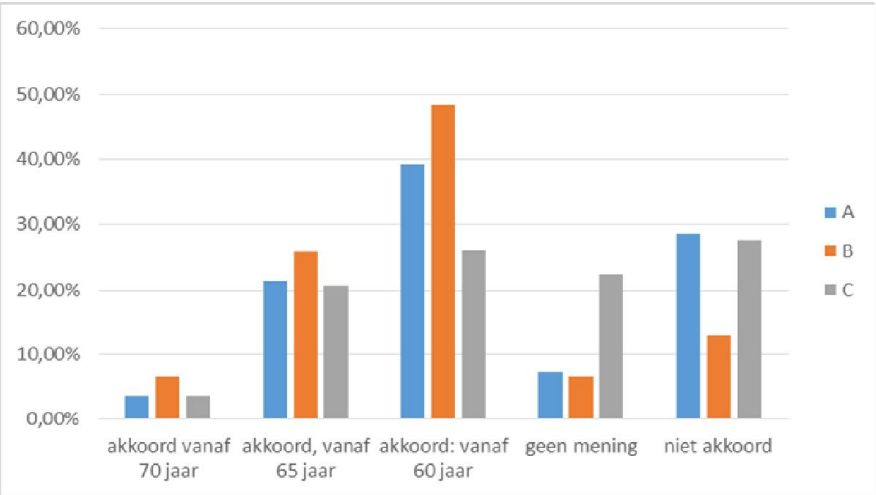
<u>Vraag 11</u>: Ik vind dat men vanaf een bepaalde leeftijd automatisch mag *vrijgesteld* worden van wachtdiensten



Figuur 12: vrijstelling wacht volgens leeftijd

In wachtpost A en wachtpost C geven respectievelijk 39% en 41% van de artsen aan dat men vanaf 65 jaar geen wachten meer moet doen. Bijna één op drie artsen (29%) in wachtpost B duidt hiervoor de leeftijdsgrens van 70 jaar aan. Eén op vier artsen (26%) uit wachtpost B is niet akkoord met deze stelling.

<u>Vraag 12:</u> Ik vind dat men vanaf een bepaalde leeftijd mag *vrijgesteld worden van huisbezoeken* tijdens de wachtdienst



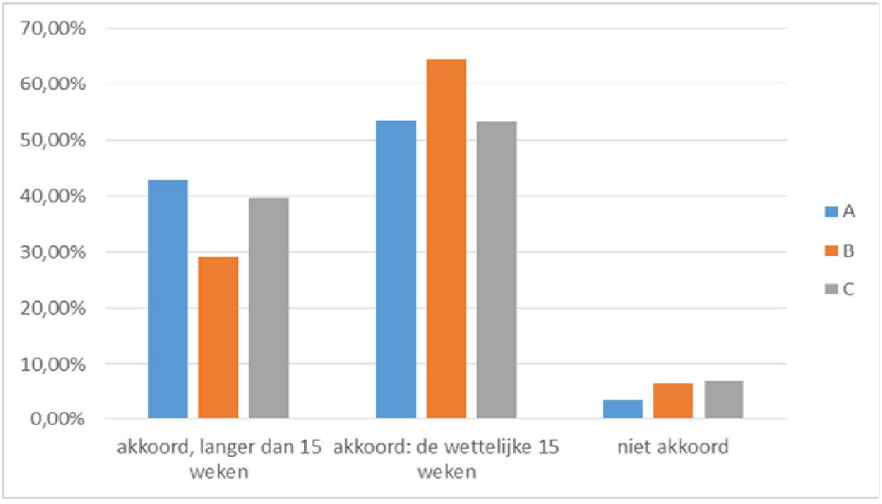
Figuur 13: vrijstelling huisbezoeken volgens leeftijd

Wachtpost A: 39% van de artsen die de enquête invulden, vindt dat men vanaf 60 jaar geen huisbezoeken meer moet doen. Eén arts op vijf (21%) legt de grens hiervoor op 65 jaar. 29% geeft aan niet akkoord te gaan.

Wachtpost B: bijna de helft van de deelnemers (48%) duidt 60 jaar aan als grens voor vrijstelling van huisbezoeken. Iets meer dan één op de vier artsen (29%) prefereert 65 jaar.

Wachtpost C: één arts op vier (26%) duidt 60 jaar aan voor de vrijstelling, maar bijna hetzelfde aantal verkiest 65 jaar of geeft aan geen mening te hebben (respectievelijk 21% en 22%). 28% van de artsen uit deze wachtpost is niet akkoord met vrijstelling voor huisbezoeken vanaf een bepaalde leeftijd.

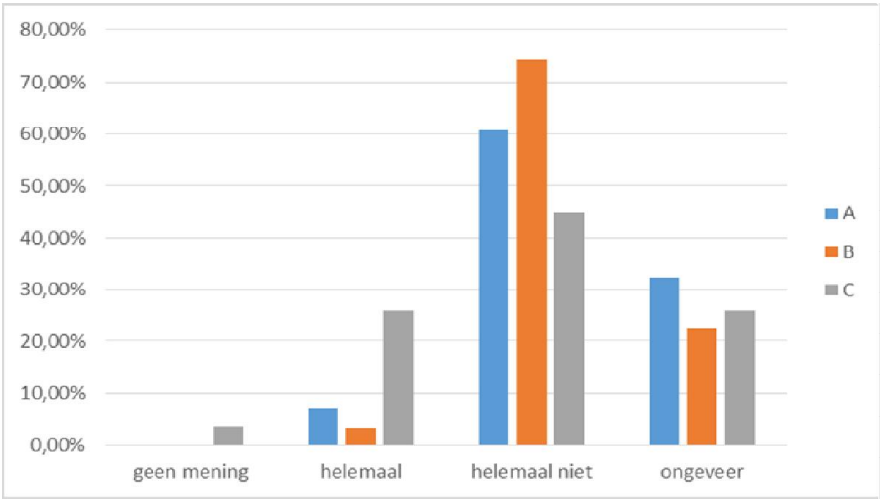
<u>Vraag 13:</u> Ik vind dat zwangere collegae mogen vrijgesteld worden van wachtdiensten



Figuur 14: vrijstelling zwangerschap

In totaal vindt 94% van de deelnemers dat zwangere collegae minstens 15 weken mogen vrijgesteld worden. 43% van de artsen uit wachtpost A pleit voor een vrijstelling langer dan 15 weken

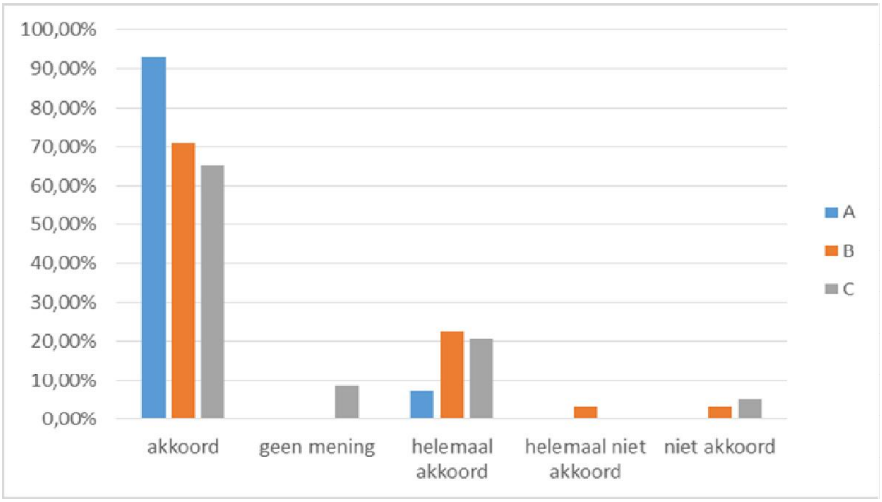
<u>Vraag 14:</u> De klachtenprocedure die op de wachtpost moet gevolgd worden bij onenigheid tussen arts en bestuur , is mij bekend



Figuur 15: kennis klachtenprocedure

Meer dan de helft (56%) van de artsen geeft aan helemaal niet vertrouwd te zijn met de procedure bij klachten. In wachtpost B wordt dit door 74% van de artsen vermeld. In wachtpost C zegt één arts op vier (26%) helemaal vertrouwd te zijn met de procedure bij klachten. Het aantal artsen dat aangeeft ongeveer op de hoogte te zijn, is respectievelijk 32%, 23% en 26%.

<u>Vraag 15:</u> Naar mijn mening respecteren de meeste collegae het intern reglement van de wachtpost (stipte aflossing, orde van het materiaal,..)



Figuur 16: respecteren intern reglement

De overgrote meerderheid (92%) van de deelnemende artsen is akkoord tot helemaal akkoord met deze stelling.

Discussie

Bespreking ervaring richtlijnen rond samenwerking

In dit deel van de thesis volgt een reflectie over de resultaten van de enquête. Waar mogelijk worden de resultaten getoetst aan de bevindingen in de literatuur.

Continuïteit zorgverlening

Om de antwoorden op de vragen in onze enquête te kunnen kaderen, leek het belangrijk de algemene visie van de deelnemende artsen tegenover het verrichten van wachten te kennen. De eerste en tweede vraag uit de vragenlijst peilen hiernaar. De resultaten geven aan dat het merendeel van de artsen een positieve houding vertoont ten opzichte van het verrichten van wachtdiensten.

De meeste artsen beschouwen het als hun taak om aan een wachtdienst deel te nemen en zowel in de week als tijdens het weekend continuïteit in de zorgverlening te voorzien. Er zijn gelijklopende antwoorden tussen de drie deelnemende wachtposten. In elke wachtpost is er een groep deelnemende artsen (tussen de 10 en 20%) die akkoord is, maar liever enkel ‘s avonds tussen 19u en 23u van wacht zou zijn. Vooral in wachtpost B wordt dit aangegeven. In deze laatste wachtpost antwoordt 10% van de artsen zelfs ‘niet akkoord’ op deze vraag.

In 2013 werd door de toenmalige minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx de mogelijkheid geopperd om de huisartsenwachtdienst in ons land tijdens deze nachtelijke uren te ondersteunen door andere structuren, zoals bijvoorbeeld de spoed. Op dit moment heeft men hierrond nog geen consensus bereikt (4).

Invloed op de belasting qua organisatie en op persoonlijk vlak

Het verminderen van de belasting qua organisatie en op persoonlijk vlak was één van de doelstellingen bij het oprichten van de wachtposten. De antwoorden op deze vraag geven aan of het oprichten van de wachtpost in de regio dit doel ook bereikt.

Waar de artsen uit wachtpost A en C een positieve invloed van de wachtpost op organisatorisch en persoonlijk vlak ervaren, gaan veel artsen uit wachtpost B niet akkoord. Een mogelijke verklaring is dat het aantal wachtbeurten in regio B is toegenomen. Er werken in deze wachtpost minder artsen (86 artsen) dan in regio A en C voor een groot aantal patiënten (126 000 patiënten). Bovendien zijn er overdag per wacht vier artsen van wacht. Onvermijdelijk zal zo het aantal wachtbeurten per individuele arts hoger liggen dan in het klassieke wachtsysteem. Een mogelijk aandachtspunt zou kunnen zijn dat men erover waakt dat de wachtpostregio niet te klein is en dus het aantal

deelnemende artsen per huisartsenwachtpost voldoende groot is. Zo kan men de workload per arts aanvaardbaar proberen houden.

Dr.Van Wijnsberghe (10) komt in haar onderzoek tot het besluit dat de postieve waardering van artsen over een huisartsenwachtpost hoger is in de groep die ervaring heeft met werken op een wachtpost. Eveneens wordt in het eerder besproken artikel van O'Dowd et al. (14) vermeld dat de positieve invloed van de wachtpost voornamelijk gemeld werd in stedelijke regio's én dat de positieve houding afnam met de anciënniteit van de arts. Samengevat blijkt uit de literatuur vooral de *jongere huisarts en/of de arts met meer werkervaring in een huisartsenwachtpost, werkzaam in een stedelijk gebied,* positiever. Dit is gelijklopend met de bevindingen in ons onderzoek: wachtpost C omvat een stedelijk werkgebied en bestaat op het moment van de bevraging reeds zeven jaar. De meeste artsen hebben ondertussen ruime ervaring met de wachtpost en de reacties zijn bijna unaniem positief. Wachtpost A (2011) en wachtpost B (2012) zijn twee recente wachtposten, met als werkgebied respectievelijk een stedelijke en landelijke regio. In wachtpost A hebben veel jonge artsen geantwoord, zij hebben vaak enkel ervaring met deze wachtvorm. Volgende bemerking kwam bij deze vragen immers af en toe terug:

' *Heb nooit anders gekend, ik ben HAIO'.*

Bij wachtpost B is de meerderheid van de respondenten een oudere arts (> 45 jaar).

Communicatie en wederzijds respect tussen artsen

Communicatie is een belangrijke dimensie in samenwerking. Op de vraag naar het tijdig ontvangen van het elektronisch verslag, geven het merendeel van de deelnemers uit wachtpost A en C een positief antwoord. Meer dan de helft van de artsen uit wachtpost B zijn niet akkoord. In het huishoudelijk reglement van zowel wachtpost A als wachtpost B wordt het tijdig versturen van het verslag aan de desbetreffende collega nochtans uitdrukkelijk vernoemd.

Een kanttekening hierbij is dat bij het antwoord 'niet akkoord' sommige artsen waarschijnlijk bedoelen: 'soms niet akkoord'. Dit getuigt ook volgende bemerking:

'Soms bereikt het verslag me wel tijdig en soms niet'.

De vraag rond wederzijds respect op de wachtpost, wordt opvallend positief beantwoord. Zowat alle artsen geven aan dat de collegae het huishoudelijk reglement respecteren, wat de werksfeer ongetwijfeld ten goede komt.

Duur wachtdienst en bezetting

De meeste artsen uit wachtpost A en C geven aan dat de wachtdiensten van 12 uur een verbetering zijn. De artsen uit wachtpost B reageren verdeeld, slechts iets minder dan de helft blijkt enthousiast

over deze 12-uren shift. Vermits er in deze wachtpost slechts een beperkt aantal artsen werkzaam zijn voor toch een grote populatie patiënten, zorgden deze korte shiften vermoedelijk voor een sterke toename van het aantal wachtbeurten per arts (in vergelijking met de vroegere klassieke 48-uren shifts).

Over het aantal artsen overdag en 's nachts is er een discongruentie tussen de verschillende wachtposten. In wachtpost A en wachtpost B duiden bijna alle artsen aan dat er ze overdag met voldoende zijn, bijna één op vijf van de artsen vindt het aantal 's nachts te hoog. In wachtpost C vinden de meeste deelnemers het aantal artsen van wacht prima, zowel overdag als 's nachts. Wachtpost B is de enige wachtpost waar overdag vier artsen van wacht zijn: ongeveer één arts per 30 000 patiënten. In alle deelnemende wachtposten werd bij deze vraag herhaaldelijk opgemerkt:

'Bij drukte, aantal te laag. Als het minder druk is, is dit aantal te hoog.

'In de zomer zijn de aantallen optimaal, in de winter is het aantal artsen te laag'

Bij nazicht in de literatuur blijkt dat in het artikel van Philips et al.(15) de korte wachtdiensten in een huisartsenwachtpost door de meeste huisartsen als een sterk punt werden aangegeven. Sommigen gaven aan dat er teveel artsen werkzaam zijn in de wachtpost. In ons onderzoek wordt vooral het aantal aanwezige artsen 's nachts soms als te hoog ervaren.

Op 22 augustus 2013 werd een nieuw KB gepubliceerd betreffende het absoluut minimum aantal huisartsen van wacht dat per wachtdienst moet voorzien worden. Het gaat hier om een aanpassing van het KB van 8 juli 2002. In het KB van 2002 werd 1 arts van wacht per 30 000 inwoners vooropgesteld. Het nieuw KB vermeldt een absoluut minimum van 1 huisarts van wacht per 100 000 inwoners tussen 8u en 23u en van 1 huisarts per 300 000 inwoners tussen 23u en 8u.

Verdeling wacht en vrijstelling wachten

Eigen ervaring en reacties van collegae gaven aan dat wie op de wachtpost blijft en wie op huisbezoek gaat, vaak een discussiepunt is . In dit onderzoek gaf de grote meerderheid van de artsen echter aan dat deze verdeling vlot verloopt. Bij het nakijken van de huishoudelijke reglementen blijkt dat op de drie deelnemende wachtposten de verdeling gebeurt door de wachtdienstverantwoordelijke. Men weet dus voor de wacht reeds of men 'rijdende' of 'zittende' wacht is. In sommige wachtposten wordt dit op het moment zelf tussen de artsen van wacht verdeeld. De mening van de artsen die 'niet akkoord' aangeduid hebben moet ook hier genuanceerd worden, gelet op de volgende bemerking:

'Er zou een optie 'niet altijd' moeten zijn'.

De literatuur leert dat één van de voornaamste redenen om een wachtpost op te richten, een verouderend artsenkorps is. Hierdoor zullen in de toekomst minder artsen beschikbaar zijn voor deelname aan de wacht en de belasting voor de anderen zal toenemen. Vandaar dat het ook belangrijk is na te gaan hoe men in de wachtposten met deze evolutie omgaat. Deze vragen geven opvallend uiteenlopende antwoorden en lokken ook vaak reacties uit bij de deelnemende artsen. De antwoorden moeten gekaderd worden binnen de huidige regeling, die voor elk van de deelnemende wachtposten verschillend is en die in de desbetreffende reglementen kan opgezocht worden (bijlage 2). Mogelijks zijn ook hier nuances in het aanduiden van de optie 'niet akkoord', getuige ook sommige van volgende aanvullingen:

'Niet akkoord met het woord 'automatisch', artsen moeten dit zelf kunnen beslissen'

'Vanaf een bepaalde leeftijd moet vrijstelling kunnen van bijvoorbeeld nachtwachten'.

'Indien een arts tijdens de week werkt, kan hij/zij volgens mij ook wachtdiensten doen. Eventueel geen nachtwachten vanaf 60 jaar'.

'Ik vind dat vanaf de leeftijd van 50 jaar vrijstelling van bijvoorbeeld nachtwachten mag plaatsvinden en vanaf bijvoorbeeld 55 jaar van wachtdiensten'.

'Sommige collegae ouder dan 60 jaar zijn nog prima in vorm en bijgevolg zouden die ook meer wachten kunnen doen'.

'Vrijstelling wachten vanaf 60 jaar! Dit zijn artsen die al vanaf 27 jaar werken en dus 33 jaar wachten hebben gedaan!'

De vrijstelling van de huisbezoeken vanaf 60 jaar vinden veel artsen een goede zaak. Vooral de artsen uit wachtpost B, grotendeels 45 +, zijn enthousiast, meer dan bij de vorige stellingen. Opmerkelijk is dat in deze vraag het woord 'automatisch' hier weggelaten is. Dit zou er kunnen op wijzen dat oudere artsen *zelf* willen kiezen of ze minder wachten willen doen, iets wat bij de opmerkingen ook terugkomt.

Bij de jongere artsenpopulatie uit wachtpost A en wachtpost C gaat een aanzienlijk deel van de artsen niet akkoord met deze stelling. Dit zou kunnen passen bij het feit dat de 'rijdende wacht' duidelijk minder populair is bij veel artsen en als belastend wordt aanzien.

Bij vrijstelling van wachten omwille van zwangerschap gaven de meeste deelnemers de wettelijke 15 weken vrijstelling als ideaal aan. Een groot aantal van de deelnemende artsen uit wachtpost A- voornamelijk jonge, vrouwelijke artsen- vond dat deze vrijstelling zelfs langer dan 15 weken mocht duren. Een bemerking die hierbij werd gegeven:

'Akkoord, vrijstelling voor de volledige zwangerschap, lijkt mij een groter risico op de wachtpost dan in eigen praktijk!'.

Een arts stelt het heel resoluut:

'Zwangeren genieten een speciale bescherming via het KB op moederschapsbescherming (KB 2/5/1995). Wachten doen als huisarts is hier mede niet compatibel'.

Verspreiden en bekend maken klachtenprocedure

Het merendeel van de deelnemende artsen geeft aan de klachtenprocedure bij onenigheid tussen arts en bestuur helemaal niet te kennen. Vooral de artsen uit wachtpost B zijn hier niet vertrouwd mee. Het feit dat deze wachtpost op het moment van de bevraging slechts twee jaar bestaat, moet hier zeker in rekening gebracht worden. In de oudste wachtpost, wachtpost C, hebben de artsen duidelijk meer ervaring met het intern reglement. Nochtans formuleert één arts uit wachtpost C zijn antwoord op deze vraag als volgt:

'Ik ben helemaal niet op de hoogte van de klachtenprocedure, maar ik ben zeker dat ik daar snel info over krijg, indien nodig (of al gekregen heb?)'

Deze resultaten sluiten aan bij de bevindingen van dr. Gerits (5). Hij kwam tot de conclusie dat de kennis van de reglementen een verbeterpunt was.

Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek

Sterke kanten

Er is, voor zover we weten, nog weinig onderzoek gedaan naar de ervaring van artsen met richtlijnen rond samenwerking opgenomen in het huishoudelijk reglement van een wachtpost. Door de behoorlijke respons in ons onderzoek, 58%, kan hier een eerste beeld van gevormd worden.

De vragenlijst werd getest bij collegae en bij de verantwoordelijken van de betrokken wachtposten. Door de keuze om de enquête op de wachtpost zelf te verspreiden en door regelmatig overleg met de coördinatoren, werd een hogere respons bekomen. De deelnemende wachtposten gaven aan deze masterproef te zien als een 'win-win' situatie: in ruil voor hun deelname en ondersteuning aan het verzamelen van de gegevens, krijgen ze feedback over de visie van de huisartsen die wacht lopen in hun wachtpost en kunnen ze dit evalueren naar de toekomst toe.

Beperkingen

Er werd een niet-gevalideerde vragenlijst opgesteld op basis van een literatuurstudie en een gedetailleerde studie van een aantal huishoudelijke reglementen van wachtposten. Zoals uit de bemerkingen van enkele respondenten bleek, waren sommige antwoordmogelijkheden niet genuanceerd genoeg. Een Likert-scale zou hiervoor eventueel een oplossing kunnen bieden.

Bij de vergelijking tussen de deelnemende artsen en de doelgroep, wordt in bepaalde groepen uitval opgemerkt. Hoewel de huisartsen ouder dan 60 jaar volgens de statistieken van het FOD (18) een belangrijk aandeel innemen, hebben slechts weinig van deze oudere artsen aan onze enquête deelgenomen. De groep jonge en vrouwelijke deelnemers was daarentegen oververtegenwoordigd. Hierdoor kan een vals positief resultaat verkregen worden daar, zoals eerder vermeld, vooral de jonge artsen positief staan tegenover de huisartsenwachtposten. Dit kan dus een 'respons bias' in de hand werken.

De resultaten geven de visie van een beperkte groep artsen uit een specifiek aantal huisartsenwachtposten en kunnen niet zomaar veralgemeend worden.

Conclusie

De huisartsenwachtpost vormt een nieuwe samenwerkingsvorm die sterk in opmars is.

De literatuur rond deze wachtvorm is beperkt, zeker artikels die specifiek focussen op de samenwerking tussen de artsen zijn moeilijk te vinden. De huishoudelijke reglementen van de verschillende wachtposten zijn gebaseerd op een gemeenschappelijk kader en hebben daardoor ook veel overeenkomsten. Toch legt elke huisartsenwachtpost zijn eigen accenten.

Uit het veldonderzoek blijkt dat zowat alle artsen het hun taak vinden om aan een wachtdienst deel te nemen en dus continuïteit in de zorgverlening te voorzien, dit zowel tijdens de week als in het weekend. Het verrichten van wachtdienst door de huisarts tijdens de nachtelijke uren (23u tot 8u) wordt echter in vraag gesteld. Voornamelijk jonge artsen en/of artsen met veel werkervaring in een huisartsenwachtpost, werkzaam in een stedelijk gebied, zijn enthousiast over de huisartsenwachtpost. Zij geven sterk aan dat de wachtpost de belasting op organisatorisch en persoonlijk vlak vermindert. De shiften van 12 uur vindt men meestal een verbetering ten op zichte van de klassieke 48 uur. Belangrijke bemerking hierbij is dat, bij het oprichten van een huisartsenwachtpost, het aantal deelnemende artsen voldoende hoog moet zijn. Zo blijft de workload voor elke individuele arts acceptabel. Het aantal artsen overdag is meestal voldoende, het aantal artsen ’s nachts wordt soms als te hoog ervaren. Dit laatste is sterk afhankelijk van de werkdruk op het moment.

Communicatie en collegialiteit is op een huisartsenwachtpost geen loos begrip en wordt door bijna iedereen als positief aangeduid. De vastgelegde verdeling van huisbezoeken/consultaties door de wachtdienstverantwoordelijke wordt als positief ervaren. Vermindering of vrijstelling van wachtdiensten op basis van de leeftijd is voor de deelnemende artsen zeker bespreekbaar. De meeste artsen kunnen zich vinden in de huidige regeling op hun wachtpost; het woord ‘automatisch’ bij het vrijstellen roept wel weerstand op. De bevraging toont aan dat het zinvol is om na te denken over hoe op het einde van een huisartsencarrière de wachten in een huisartsenwachtpost het best worden ingevuld. Vrijstelling gedurende het grootste deel van de zwangerschap is voor zowat alle artsen evident. De kennis bij de artsen van het huishoudelijke reglement blijkt een aandachtspunt.

Deze masterproef geeft een eerste voorzichtige weergave van hoe artsen de richtlijnen rond samenwerking ervaren. Het kan interessant zijn dit naar de toekomst verder uit te werken

Referentielijst

1. Jonckheer P, Dubois C, Verhoeven E., Rinchard E. et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? KCE rapport 171A, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2011
2. Renders R, Ryckebosch Ph, Brouns J, Goris J, et al. Eindrapport van het project huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout 2003-2006. Antwerpen 2006
3. Remmen R., Renders R., Teblick M., Demerre W. et al. Huisartsenwachtpost in Vlaanderen. Wat zijn de randvoorwaarden? Huisarts Nu 36:8(2007), 397-401
4. Plan huisartsenwachtdiensten (2013, L. Onkelinx)
5. Gerits M, Een evaluatie van het samenwerkingsklimaat in een Limburgse wachtpost, Masterproef Huisartsgeneeskunde KULeuven 2013
6. Henneman E, Lee J, Cohen J. Collaboration: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 1995: vol21: p103-109
7. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. International journal of nursing studies 2008: Vol 45: p140-153
8. D'Amour D, Goulet L, Labadia J, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Service Research 2008;8:188
9. Doctoraat Dr Hilde Philips: 'eerstelijnshulpverlening buiten de kantooruren' (UA 2010)
10. Van Wijnsberghe T, Tevredenheid en attitude van huisartsen over wachtdiensten en huisartsenwachtposten, Masterproef Huisartsgeneeskunde UAntwerpen 2011
11. Van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. BMC Health Serv Res. 2005 Mar 31;5(1):27
12. Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Family Medicine 2006; 38: 565-9

13. 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

14. O'Dowd TC, McNamara K, Kelly A, O'Kelly F. Out-of-hours co-operatives: General practitioner satisfaction with governance and working arrangements. Eur J Gen Pract. 2006;12:15-8

15. Philips Hilde , Renders R., Remmen Roy, van Royen Paul.- Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout: hoe tevreden zijn de huisartsen ? Huisarts Nu 33:10(2004), 592-597

16. Ryckebosch Philippe, Goris J, Philips Hilde, Adriaenssens Nils, Coenen Samuel, Verhoeven Veronique, Michiels Barbara,et al..- Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne – Borgerhout : wordt het drukker in een huisartsenwachtpost? Huisarts Nu 42(2013), 261-266

17. De Leeuw E.D. Passen en meten online: de kwaliteit van internet enquetes

18. Jaarstatistieken gezondheidsberoepen in België 2013 (FOD)

Bijlagen

Bijlage 1: info en toestemming

MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

‘ van solo naar samen’, een blik op de samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost

---

INFORMATIEFORMULIER

Beste huisarts, beste huisarts-in-opleiding,

Huisartsenwachtposten zijn een relatief recent fenomeen in ons land. De eerste huisartsenwachtpost werd in 2003 opgericht in de regio Deurne-Borgerhout. De huisartsenwachtpost A/B/C is opgericht in 2011/2012/2007.

In het kader van mijn Manama huisartsgeneeskunde werk ik aan een thesis rond het samenwerken van huisartsen in een huisartsenwachtpost. Concreet bevraag ik hoe huisartsen het werken in een wachtpost beleven in vergelijking met het functioneren in een klassieke wachtdienst. Hiervoor heb ik een vragenlijst opgesteld, gebaseerd op items uit de literatuur en uit het intern reglement van een aantal wachtposten. Het zou voor mij een grote meerwaarde betekenen mocht u deze vragenlijst willen invullen, dit zal slechts enkele minuten van uw tijd in beslag nemen.

Promotor en Co-Promotor van dit onderzoek zijn dr Patricia Sunaert en prof dr Dirk Avonts van de vakgroep huisartsgeneeskunde van de UGent.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. De Maeseneer . Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd, de data worden geanonimiseerd verwerkt.

Alvast bedankt voor uw medewerking

Collegiale groeten

Eva Wittevrongel, HAIO

MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

‘ van solo naar samen’, een blik op de samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost

---

TOESTEMMINGSFORMULIER

1. Ik bevestig dat ik voldoende uitleg heb gekregen over dit onderzoek.
2. Ik bevestig dat ik dit toestemmingsformulier gelezen en begrepen heb en dat al mijn vragen naar tevredenheid zijn beantwoord.
3. Ik stem vrijwillig in met de deelname aan dit onderzoek.
4. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP en volgens de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
5. Ik ontvang een getekend en gedateerd exemplaar van dit toestemmingsformulier.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek en met de bevraging door de onderzoeker over mijn ervaringen in de huisartsenwachtpost.

Door de deelnemende arts te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Arts: naam in blokletters Handtekening Datum handtekening

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit onderzoeksproject, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier, volledig uitgelegd aan bovengenoemde arts.

Onderzoeker: naam in blokletters Handtekening Datum handtekening

Bijlage 2: vergelijking huishoudelijke reglementen

	Wachtpost A	Wachtpost B	Wachtpost C
Deontologische aspecten	Bij overlijden of hospitalisatie patiënt: HA telefonisch verwittigen, dit zo snel mogelijk na einde wacht.	Bij het overlijden van een patiënt dient de huisarts van de patiënt na het weekenf te worden gecontacteerd.	Bij ziekenhuisopnames of overlijden patiënt: HA telefonisch contacteren.
	Nooit medicatie voorschrijven voor langer dan een week. Kleinste verpakking geneesmiddelen voorschrijven	Medicatievoorschrift vermeldt alleen het strikt noodzakelijke	-
	Aan de patiënt enkel de noodzakelijke zorgen toedienen.	Aan de patiënt enkel de noodzakelijke zorgen toedienen.	-
	Eén interventie bij dezelfde patiënt, tenzij bij medische noodzaak of hernieuwde oproep.	Niet teruggaan bij patiënt nadien.	-
	Geen nieuwe patiënten accepteren tijdens de wachtdienst. Geen reclame maken.	-	-
	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.	-
	Afwezigheidsattest max 3 werkdagen schrijven.	Afwezigheidsattest max 3 werkdagen schrijven.	-
	-	-	Geen telefonisch advies geven, vraag beantwoorden kan wel
	Diagnose en therapie niet in twijfel trekken, tenzij gegronde reden	Diagnose en therapie niet in twijfel trekken, tenzij gegronde reden	-
	-	op een verwijsbrief steeds naam van de huisarts vermelden.	-
	Uitslagen en verslagen steeds naar behandelend huisarts sturen.	Uitslagen en verslagen steeds naar behandelend huisarts sturen.	-
	Elke oproep beantwoorden. Bij afwezigheid briefje achterlaten, liefst met getuigen.	Elke oproep beantwoorden. Bij afwezigheid briefje achterlaten, liefst met getuigen.	-

	Wachtpost A	Wachtpost B	Wachtpost C
<u>Opstellen wachten-verdeling Huisbezoeken/Consultaties</u>	Wie huisbezoeken doet en wie op de wachtpost blijft, wordt bepaald door de wachtdienstadministrator in samenwerking met de wachtdienstcoördinatoren, voor de periode van 12 maanden.	Wie wat doet (huisbezoeken of consultaties), wordt aangeduid door de wachtdienstverantwoordelijke.	Wordt bepaald door de persoon die eind-verantwoordelijke is van die wachtdienst.
	Er wordt een wachtbeurthistoriek bijgehouden.	-	-
	Er is ook een achterwacht.	Er is ook een achterwacht	Er is ook een achterwacht.
<u>Uurregeling wachtpost:</u>	Van vrijdag 19u tot maandag 8u.	Van vrijdag 20u tot maandag 8u.	Er zijn 3 locaties, uren kunnen verschillen per post. Globaal: van vrijdag 19u tot maandag 8u.
	Van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag.	Van 20u voor een feestdag tot 8u dag na een feestdag.	Van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag.
	Op brugdagen is er ook een georganiseerde wacht.	-	Op een brugdag is er geen georganiseerde wacht-dienst.
	Shiften van 12u.	Shiften van 12u.	Shift van 12u.
<u>Vrijgesteld van wachtdienst</u>	*Vanaf 60 jr:* arts mag vragen geen nachtwachten meer te doen. *Vanaf 65 jaar:* arts mag vragen het aantal wachtbeurten per jaar te halveren.	*Vanaf 60 jr:* per jaar 2 zittende dagshiften. *Vanaf 70 jaar:* vrijgesteld van deelname aan de wachtdienst.	Automatisch: *Vanaf 61 jr*: automatisch vermindering van 1 wachtdienst per jaar. *Voor andere vrijstellingen* moet men een schriftelijke motivatie tot de geschillencommissie richten, deze vrijstellingen blijven dan 1 jaar geldig.
	Bij ziekte: medisch attest vereist. De beoordeling komt toe aan het Bestuur van de HWP.	*Bij ziekte:* medisch attest vereist. De beoordeling komt toe aan het Bestuur van de HWP.	
	-	*Bijzondere persoonlijke redenen:* aanvraag aan wachtdienstverantwoordelijke. De Raad van Bestuur beslist het al dan niet toestaan van de vrijstelling.	-
	Bij zw: arts mag vragen geen nachtwachten meer te doen (medisch attest!). Vrijstelling mag vanaf 2 maanden voor tot en met 3 maanden na de bevalling.	*Bij zw:* arts mag vragen geen nachtwachten meer te doen. Vrijstelling mag gedurende 4 maanden, in een aaneengesloten periode voor en na de bevalling. Deze periode mag met 2 maanden worden verlengd, doch de wachten voor deze periode moeten worden ingehaald.	*Bij zw:* maximum 15 weken (voor 12 weken zw wachtdienstad.verwittigen).

	Wachtpost A	Wachtpost B	Wachtpost C
Vrijgesteld van wachtdienst	*Bij stoppen praktijk:* de betrokkenen zoekt zelf vervanging. In uiterste nood helpt de supervisor meezoeken.	*Bij stoppen praktijk*: de geplande wachtdiensten uitvoeren, dit voor een periode van maximaal 4 maanden.	*Bij stoppen praktijk:* liefst 1 jaar en minstens 3 maanden voor stopzetting melden.
Klachtenprocedure	1. Schriftelijk of per email melden aan het Bestuur van de HWP. 2. Bemiddelingscommissie.	1. Poging tot verzoening , ev met bemiddeling ombudspersoon. 2. Vergadering met de verzoeningscommissie 3. Bij blijvend probleem ('geschil'): prov. Raad vd Orde der Geneesheren en provinciaal geneeskundige commissie.	1. Klachten schriftelijk aan ombudsdienst. 2. Collegiaal: samen met betrokken partijen. 3. Bij blijvend geschil: prov. Raad vd Orde der Geneesheren en provinciaal geneeskundige commissie.
Externe wachtartsen (geen praktijk in wachtdienstonderdeel)	Toegestaan. Voorwaarden: • toestemming van het bestuur • attest laten invullen door eigen kring. Hiermee wordt bevestigd dat de arts voldoet aan wachtverplichtingen binnen eigen kring of vrijgesteld is daarvan. • betalen het lidgeld van de Huisartsenkring. • • vervullen minstens 50% van de wachtdiensten van de vaste artsen.	-	-
HAIO's	• verplicht deel te nemen aan de wachtdienst. • Uitgebreide beschrijving rond opties bij wacht	• verplicht deel te nemen aan de wachtdienst.	• geen wachten in september/oktober/november (geen mindering, spreiding)
Honoraria	conventietarieven gelden.	-	conventietarieven gelden.
	• Een vaste shiftvergoeding binnen de 14 dagen volgend op de wachtbeurt. • De pool: de rest van de honorariummassa wordt gelijk verdeeld over alle artsen die en wachtbeurt hadden.	• totaal geïnd honorarium wordt herverdeeld onder de artsen. • maandelijks worden voorschotten uitbetaald. • jaarlijks gebeurd eindafrekening	-
Stockbeheer	-	-	-

	Wachtpost D	Wachtpost E	Wachtpost F	Wachtpost G	Wachtpost H
Deontologische aspecten	Bij overlijden of hospitalisatie patiënt: HA verwittigen tijdens weekend of eerste werkdag nadien.	-	Bij overlijden of ernstige aandoening: telefonisch melden aan de HA voor 10u.	Bij overlijden of hospitalisatie patiënt: HA verwittigen tijdens weekend of eerste werkdag nadien.	Bij ziekenhuisopnames of overlijden patiënt: HA telefonisch contacteren, zo snel mogelijk en zeker voor 11u.
	-	-	-	-	Na overlijden of hospitalisatie: contact opnemen met de patiënt of familie mag enkel mét toestemming van de huisarts.
	Medicatievoorschrift vermeldt alleen het strikt noodzakelijke.	-	Kleinste verpakking geneesmiddelen voorschrijven.	Medicatievoorschrift vermeldt alleen het strikt noodzakelijke.	Kleinste verpakking geneesmiddelen voorschrijven.
	Aan de patiënt enkel de noodzakelijke zorgen toedienen.	-	Aan de patiënt enkel de noodzakelijke zorgen toedienen.	Aan de patiënt enkel de noodzakelijke zorgen toedienen.	Niet dringende attesten niet invullen.
	Niet teruggaan bij patiënt nadien.	Niet teruggaan bij patiënt nadien.	Niet teruggaan bij patiënt nadien	Niet teruggaan bij patiënt zonder nieuwe oproep.	Normaal één interventie, tenzij nieuwe oproep.
	-	Geen nieuwe patiënten accepteren tijdens de wachtdienst. Geen reclame maken.	-	Geen nieuwe patiënten accepteren tijdens de wachtdienst. Geen reclame maken.	Geen nieuwe patiënten accepteren tijdens de wachtdienst. Geen reclame maken.
	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.	Geen alternatieve geneeswijzen voorstellen en/of toepassen.
	Afwezigheidsattest max 3 werkdagen schrijven.	Afwezigheidsattest max 3 werkdagen schrijven.	Afwezigheidsattest: max 3 werkdagen	Afwezigheidsattest: billijke termijn.	Afwezigheidsattest: max 3 werkdagen.
	-	-	-	-	-

	Wachtpost D	Wachtpost E	Wachtpost F	Wachtpost G	Wachtpost H
Deontologische aspecten	Diagnose en therapie niet in twijfel trekken, tenzij gegronde reden.	-	Diagnose en therapie niet in twijfel trekken, tenzij gegronde reden	Diagnose en therapie niet in twijfel trekken, tenzij gegronde reden.	Diagnose en therapie niet in twijfel trekken, tenzij gegronde reden.
	op een verwijsbrief steeds naam van de huisarts vermelden.	op een verwijsbrief steeds naam van de huisarts vermelden;	op een verwijsbrief steeds naam van de huisarts vermelden.	op een verwijsbrief steeds naam van de huisarts vermelden.	op een verwijsbrief steeds naam van de huisarts vermelden.
	Uitslagen en verslagen steeds naar behandelend huisarts sturen.	-	Uitslagen en verslagen steeds naar behandelend huisarts sturen.	Uitslagen en verslagen steeds naar behandelend huisarts sturen.	Uitslagen en verslagen steeds naar behandelend huisarts sturen.
	Elke oproep beantwoorden. Bij afwezigheid briefje achterlaten, liefst met getuigen.	-	Elke oproep beantwoorden. Bij afwezigheid briefje achterlaten, de chauffeur kan getuige zijn.	Elke oproep beantwoorden. Bij afwezigheid briefje achterlaten, liefst met getuigen.	Elke oproep beantwoorden. Bij afwezigheid briefje achterlaten, liefst met getuigen.
Opstellen wachten-verdeling Huisbezoeken/Consultaties	Wie huisbezoeken doet en wie op de wachtpost blijft, wordt bepaald door de wachtdienstadministrator in samenwerking met de wachtdienstcoördinatoren.	Wie wat doet (huisbezoeken of consultaties), wordt aangeduid door de wachtdienstverantwoordelijke	Beurtrol wordt door Raad van Bestuur en wachtdienst-verantwoordelijke opgesteld voor periode 6 maanden.	Wachtrol opgesteld voor periode van 6 maanden.	Beurtrol onder verantwoordelijkheid van de secretaris opgesteld voor periode van 6 maand.
	-	-	Er wordt een wachtbeurthistoriek bijgehouden.	-	-
	-	-	-	-	-
	-	-	-	Feestdagen: vrijwilligers; indien niet beschikbaar: wachtcoördinator stelt beurtrol op te beginnen met collegae die langst geleden dergelijke wachtbeurt op zich namen.	Voor Feestdagen wordt een 'teller' bijgehouden, zodat iedereen een gelijke verdeling krijgt op termijn.

	Wachtpost D	Wachtpost E	Wachtpost F	Wachtpost G	Wachtpost H
<u>Uurregeling wachtpost:</u>	Van vrijdag 19u tot maandag 8u.	Van vrijdag 19u tot maandag 7u.	Van vrijdag 19u tot maandag 8u.	Van vrijdag 19u tot maandag 8u.	Er zijn 3 locaties, uren kunnen verschillen per post. globaal: van vrijdag 19u tot maandag 8u. In Westerlo: van 8u tot 20u.
	Van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag.	Van 19u voor een feestdag tot 7u na een feestdag.	Van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag.	Van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag.	Van 19u voor een feestdag tot 8u na een feestdag.
				Op brugdagen is er wachtdienst + op carnavalmaandag en dinsdag (vrijwillige keuze elk wachtdienstonderdeel).	Ook op brugdagen is er wachtdienst.
		Shiften van 12u. • Van 7u tot 19u: minstens 3 artsen. • Van 19u tot 7u: minstens 2 artsen.	Shift van 12u.	Shift van 12u.	Shift van 12u. • Elke arts-behoudens uitz-doet minstens 2 wachten van 12u per jaar (geen achterwacht). • Verboden: 2 x 12u direct na elkaar in verschillende locatie, meer dan 2x12u per weekend. • Er zijn 13 'wachttypes'! (afh locatie-tijdstip-taakinhoud: vb: Herentals-zittende-dagwacht).

	Wachtpost D	Wachtpost E	Wachtpost F	Wachtpost G	Wachtpost H
<u>Vrijgesteld van wachtdienst</u>	*Vanaf 60jr*: mogen voorkeur geven voor dag/nacht, vrij/za/zo: vrijstelling van wachten. *Vanaf 65jr*: op verzoek gedeeltelijke vrijstelling weekendwacht (rekening houdend met quotum vd deelnemers, minimum nodig).	Artsen die uitsluitend alternatieve geneeskunde beoefenen.	*Bij ziekte, hogere leeftijd, andere redenen*: schriftelijke motivatie tot wachtdienst-verantwoordelijke (vrijst afh quotum deelnemers).	*Vanaf 60jr*: vrijstelling op vraag van nacht en huisbezoek. *Vanaf 65 jr*: automatisch vrijstelling van de wachten.	Op (expliciete) vraag: *Vanaf 60 jr*: aantal wachtdiensten wordt gehalveerd + enkel dagdiensten. *Vanaf 65 jaar*: vrij van wachten.
	Bij ziekte: attest van 3e GNH moet, naast begin- en einddatum, ook specif vrijst rijdende wacht, da, nacht,.. Attest max 1 jaar geldig.	*Bij medische redenen*: attest van een 3e arts noodzakelijk.	Bij ziekte zowieso controle door onafh controlegenees-heer.	*Bij vrijst om medische redenen*: wordt voorgelegd aan de commissie ledenlijst + beurtrol.max 2x 6 maand geldig.	*Bij vrijst om medische redenen*: bemiddelingscommissie, men kan aangepaste wachten krijgen, om de 3 jr een herevaluatie. Bij medische redenen: attest behandelend arts vereist (standaardattest goedgekeurd Orde).
	Bijzondere persoonlijke redenen: de Raad van Bestuur beslist het al dan niet toestaan van de vrijstelling.	*Bij persoonlijke redenen:* de wachtdienstverantwoordelijke samen met de Raad van Bestuur van HKDB VZW beslist.			
	Bij zw: max 15 weken vrijst (naar keuze: tussen 6 weken voor en 9 weken na bevalling).		*Bij zw*: vrijstelling vanaf de 26e week tem 14 weken na de bevalling.	*Bij zw*: vanaf 24e zwweek tot 3 maand na de bevalling vrijstelling.	*Bij zw*: geen nachtwacht en/of geen wacht van 2 maand voor bevalling tot 3 maand erna.
	Bij stoppen praktijk; 3 maand voor laatste werkdag melden, wachten nog 3 maand doen.			*Bij stoppen praktijk*; 3 maand voor laatste werkdag melden, wachten nog 3 maand doen.	

	Wachtpost D	Wachtpost E	Wachtpost F	Wachtpost G	Wachtpost H
<u>Klachtenprocedure</u>	1. Wachdienstsupervisor en aan de wachtdienst-coördinatoren. 2. Raad van bestuur van de HWP. 3. Blijvend geschil: prov. Raad van de orde (deont) en prov. Geneesk. Commissie.	1. Schriftelijk aan de wachtdienstverantwoordelijke. 2. Raad van bestuur HKDB vzw. 3. Mondelinge verdediging van de raad, men kan zich laten bijstaan door een collega. 4. Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren van Antwerpen.	1. Klacht wordt bekeken samen met de huisarts door de raad van bestuur. 2. Verzoeningscommissie wachtpost (met artsen uit elk wachtonderdeel). 3. Geschillencommissie. 4. Provinc. Raad Orde van Geneesheren.	<u>Onderscheid:</u> - Klacht (extern): Commissie deontologie en conflicten. - Betwisting (intern) 1. Wachtpostsupervisor, bij blijvend: 2. Wachtcoördinator. 3. Raad van bestuur + Commissie Deontologie en Conflicten. 4. Prov Raad Orde van Geneesheren (deont)en Prov. Geneesk. Commissie (andere).	Klachten: ombudspersoon in samenspraak met coördinator: - Onderzoekt de klacht - Reageert normaal binnen 14d - Verslag op de bestuursvergaderingen
<u>Externe wachtartsen</u> (geen praktijk in wachtdienstonderdeel)	Toegestaan. Vw: • toestemming van het bestuur • attest laten invullen door eigen kring. Hiermee wordt bevestigd dat de arts voldoet aan wachtverplichtingen binnen eigen kring of vrijgesteld is daarvan. • betalen het lidgeld van de Huisartsenkring Antwerpen Noord.		Toegestaan. Vw: • dezelfde taken/plichten/rechten als andere artsen • schriftelijke aanvraag voorzitter HWP; controle of wettelijke verplichting wachten in eigen regio ok is. • proefperiode 3 wachtbeurten. • aanvaarding voor periode 1 jaar, kan telkens verlengd worden • -min 5 wachtbeurten/jr • -bij stopzetten samenwerking, geen schadevergoeding.	Toegestaan. Vw: • goedkeuring Raad van Bestuur van HAWP en • goedkeuring door Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren Oost-Vlaanderen en de Provinciale Geneeskundige Commissie. • attest laten invullen door eigen wachtkring: bewijs van vervullen wachten eigen regio of vrijstelling.	Toegestaan. Vw: • HA of HAIO (PO minst telef bereikbaar). • reguliere gnk • dezelfde taken/plichten/rechten • bewijs van vervullen wachten eigen regio/geen lopende tuchtprocedure • proefperiode: 3 wachtbeurten. • min 4 wachtbeurten/jr, max zelfde aantal als leden.

	Wachtpost D	Wachtpost E	Wachtpost F	Wachtpost G	Wachtpost H
HAIO's	• verplicht deel te nemen aan de wachtdienst.	• verplicht deel te nemen aan de wachtdienst.	• hebben zelfde individuele rechten en plichten. • HAIO in beurtrol altijd samen ingedeeld met PO • PO: minstens telefonisch bereikbaar. • supervisor PO mag: schriftelijk vastleggen en coördinator/secretaris HWP op hoogte brengen.	• als volwaardig lid ingeschakeld in beurtrol. • lidgeld: ½ van de normale bijdrage, betaald door PO.	• 1e wacht in HWP samen met PO. • vanaf 3 maand na start opleiding: beurtrol op eigen naam (zelfde tijdsblok met PO); • PO: minstens telefonisch bereikbaar. • supervisor PO mag: schriftelijk vastleggen en coördinator/secretaris HWP op hoogte brengen.
Honoraria	conventietarieven gelden.	conventietarieven gelden	conventietarieven gelden.	conventietarieven gelden.	conventietarieven gelden
	Verdeling honoraria: De inning van de honoraria verloopt volgens de modaliteiten vastgelegd door het bestuur van HAN vzw.		Verdeling honoraria: • totaal geïnd honorarium wordt herverdeeld onder de artsen. • maandelijks worden voorschotten uitbetaald. • jaarlijks gebeurd eindafrekening (vastgelegd door Raad van Bestuur HWH)	Verdeling honoraria: Volgens modaliteiten jaarlijks vastgelegd door Algemene Vergadering van HWAP.	Verdeling honoraria: • 1/3 van eigen honoraria : binnen de maand na wachtbeurt: prestatiegebonden deel. • 2/3 van alle honoraria: gelijk verdeeld over alle artsen: permanentiegebonden deel.
Stockbeheer	/	/	/	/	De arts signaleert eventuele tekorten (aan de coördinator).

Bijlage 3: vragenlijst

Vragenlijst: 'van solo naar samen': samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost.

Leeftijdsgroep: 0 25 - 34
0 35 - 44
0 45 - 60
0 60+
Geslacht:
Afstudeerjaar als basisarts/ jaar HAIO (huisarts in opleiding):
Praktijkvorm: 0 solo
0 duo
0 groepspraktijk
0 netwerk

0 praktijk met HAIO
0 praktijk zonder HAIO
Aantal jaren werkzaam in een huisartsenwachtpost:

Hierna volgen een 15-tal vragen, op het einde van de vragenlijst kan u eventuele bemerkingen noteren.

1. **Ik vind het de taak van de huisarts om aan een wachtdienst deel te nemen en dus continuïteit van de zorgverlening te garanderen buiten de gewone werkuren (19u tot 8u)**

   0 akkoord, s'avonds van 19u tot 23u
   0 akkoord, s'nachts tussen 23u en 8u
   0 akkoord, de ganse nacht (19u tot 8u)
   0 niet akkoord
   0 geen mening

2. **Ik vind het de taak van de huisarts om aan een wachtdienst deel te nemen en dus continuïteit van de zorgverlening te garanderen in het weekend**

   0 akkoord, op zaterdag
   0 akkoord, op zondag
   0 akkoord, het ganse weekend
   0 niet akkoord
   0 geen mening

3. **De oprichting van een wachtpost heeft voor mij de belasting qua organisatie (administratie, verplaatsing,..) verminderd**

   0 akkoord
   0 niet akkoord
   0 geen mening

4. **De oprichting van een wachtpost heeft voor mij de belasting op persoonlijk vlak (minder lange wachten, ondersteuning door collegae,...) verminderd**

   0 akkoord
   0 niet akkoord
   0 geen mening

5. **Het elektronisch verslag over mijn patiënt, die gezien werd op de wachtpost, bereikt me tijdig**

   0 akkoord
   0 niet akkoord
   0 geen mening

6. **Naar mijn mening verloopt de verdeling van huisbezoeken/consultaties onder de artsen die wacht lopen op de wachtpost vlot**

   0 akkoord
   0 niet akkoord
   0 geen mening

7. **De wachtdiensten van 12 uur vind ik een verbetering tov de klassieke 24 uurs wachtdienst**

   0 akkoord
   0 niet akkoord: liever kortere shifts
   0 niet akkoord: liever langere shifts
   0 geen mening

8. **Het huidig aantal artsen overdag op deze wachtpost , vind ik optimaal voor de werkbelasting**

   0 akkoord
   0 niet akkoord: dit aantal is te hoog
   0 niet akkoord: dit aantal is te laag
   0 geen mening

9. **Het huidig aantal artsen s'nachts op deze wachtpost , vind ik optimaal voor de werkbelasting**

   0 akkoord
   0 niet akkoord: dit aantal is te hoog
   0 niet akkoord: dit aantal is te laag
   0 geen mening

10. **Ik vind dat men vanaf een bepaalde leeftijd automatisch *minder* wachtdiensten moet verrichten**

    0 akkoord: vanaf 60 jaar
    0 akkoord: vanaf 65 jaar
    0 akkoord: vanaf 70 jaar
    0 niet akkoord

0 geen mening

11. Ik vind dat men vanaf een bepaalde leeftijd automatisch mag *vrijgesteld* worden van wachtdiensten

0 akkoord: vanaf 60 jaar
0 akkoord: vanaf 65 jaar
0 akkoord: vanaf 70 jaar
0 niet akkoord
0 geen mening

12. Ik vind dat men vanaf een bepaalde leeftijd mag *vrijgesteld worden van huisbezoeken* tijdens de wachtdienst

0 akkoord: vanaf 60 jaar
0 akkoord: vanaf 65 jaar
0 akkoord: vanaf 70 jaar
0 niet akkoord
0 geen mening

13. Ik vind dat zwangere collegae mogen vrijgesteld worden van wachtdiensten

0 akkoord: de wettelijke 15 weken
0 akkoord: langer dan 15 weken
0 akkoord: korter dan 15 weken
0 niet akkoord
0 geen mening

14. De klachtenprocedure die op de wachtpost moet gevolgd worden bij onenigheid tussen arts en bestuur , is mij bekend

0 helemaal
0 ongeveer
0 helemaal niet
0 geen mening

15. Naar mijn mening respecteren de meeste collegae het intern reglement van de wachtpost (stipte aflossing, orde van het materiaal,..)

0 helemaal akkoord
0 akkoord
0 niet akkoord
0 helemaal niet akkoord
0 geen mening

Opmerkingen:

Bijlage 4: goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Patricia SUNAERT
AI HIFR

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0314	19-aug-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
'Van solo naar samen', een blik op de samenwerking tussen artsen in een huisartsenwachtpost - MAnaMA Eva Wittevrongel

Belgisch Registratienummer: B670201420666

* Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 12/03/2014) (volledig ontvangen dd. 21/03/2014)
* Antwoord onderzoeker dd. 14/08/2014 (ontv. 18/08/2014) op opmerkingen EC dd. 27/03/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. Brief onderzoeker dd. 14/08/2014)
* Vragenlijst

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. SUNAERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 19/08/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 19/08/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 19/08/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 19/08/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/08/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/08/2014

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2014/0314	DATUM 19-aug-14	KOPIE Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0314

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel