Huisartsenwachtdiensten tijdens de diepe nacht

zien huisartsen dit nog als hun takenpakket en wat zijn hun noden?

Richard Demmers, UA

Kim Van der Heyden, UA

Promotor: dr. Hilde Philips, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, UA

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2015-2016

Dankwoord

Deze masterproef kwam tot stand mede dankzij onze promotor, dr. Hilde Philips. We willen haar bedanken voor de informatie, de nuttige tips, het nalezen van de teksten en haar onbaatzuchtige en onvermoeibare inzet. Zij stuurde dit project steeds in de goede richting en was immer bereid om advies te geven.

Vervolgens willen we onze praktijkopleiders bedanken. Guy Lyssens, Steve Van den Bulck, Joke Dirks, bedankt voor de interesse in ons project en de vele aanmoedigingen.

Ook gaat er een woord van dank naar dr. Marleen Smits, onderzoekster aan de Radboud Universiteit Nijmegen en de collega's van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen (CHA) voor hun inbreng in het opstellen van de casussen gebruikt in onze artsenbevraging.

Speciale dank aan de deelnemers van het onderzoek die ondanks de drukke agenda aller huisartsen toch tijd wisten vrij te maken. Zonder hen was deze thesis nooit tot stand kunnen komen. De geïnterviewde apothekers en de spoedartsen van het Heilig Hart Ziekenhuis te Mol en het KLINA ziekenhuis te Brasschaat niet vergeten die behalve hun tijd ook hun ongezouten mening met ons wilden delen.

Tot slot zouden we nog graag onze naaste omgeving willen bedanken: familie maar vooral ook onze partners voor de ondersteuning en vele aanmoedigingen.

Abstract

Inleiding: De organisatie van de wachtdiensten blijft een evolutief en actueel gebeuren. Recent is deze discussie uitgebreid naar de noodzaak voor huisartsen om tijdens de diepe nacht permanentie te voorzien. Onder de diepe nacht wordt verstaan de periode tussen 23-07u.
Veiligheidsproblemen en de behoefte aan efficiëntie in de hulpverlening doen meer en meer stemmen opgaan om de wachtdiensten tijdens de diepe nacht door de huisartsen in vraag te stellen. In dit onderzoek wordt gepeild naar de huidige perceptie van de Vlaamse huisarts in deze discussie. Verder wordt er onderzocht wat de visie en de informele aanbevelingen zijn van spoedartsen en apothekers.
De onderzoeksvragen luiden: Huisartsenwachtdiensten tijdens de diepe nacht: zien huisartsen dit nog als hun takenpakket en wat zijn hun noden? Wachtdiensten tijdens de diepe nacht: wat is de perceptie en wat zijn de informele aanbevelingen van spoeddiensten en apothekers?
Methode: Een verkennende literatuurstudie werd ondernomen via OvidSP en de grijze literatuur werd geraadpleegd.
85 huisartsen, 51 actief op een huisartsenwachtpost (HWP) en 34 volgens het klassieke wachtsysteem (KWS) vulden vervolgens een online questionnaire in, bestaande uit 10 gestandaardiseerde fictieve casussen waarbij ze aangaven al dan niet bereid te zijn een patiënt tijdens de diepe nacht te zien. Bovendien werd er gevraagd om elke casus van een urgentiescore te voorzien.
In een tweede luik werden apothekers en spoedartsen geïnterviewd.
Resultaten: Gemiddeld 49% van de ondervraagde artsen ziet zichzelf een rol spelen bij de opvang van de voorgestelde casussen. Dit percentage ligt hoger onder HWP artsen met 59% dan bij de KWS artsen met 35%. Er is een significant verschil tussen de bereidheid van HWP en KWS artsen bij de casussen 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9 en 10. Waarbij de HWP artsen telkens een hogere bereidheid aangeven om een rol te spelen in de aangeboden casussen dan de KWS artsen.
Overleg met apothekers komt slechts zeer sporadisch voor, zij zijn hier echter tevreden mee. Een centralisering of integratie van hun wachtdienst achten zijn onhaalbaar en niet wenselijk. Zij vragen om tijdens de diepe nacht de patiënt van medicatie te voorzien om te overbruggen.
De spoedartsen zijn vragende partij voor verdere samenwerking, doch de manier waarop blijft een groot discussiepunt. Zij zouden graag een geijkte manier van informatieoverdracht verwezenlijkt zien.
Bespreking: Ondanks de grote media aandacht, is dit het eerste onderzoek dat op een wetenschappelijke manier gaat peilen naar de bereidheid van huisartsen om zelf een rol te spelen in casussen die zich situeren tijdens de diepe nacht. Het verkent niet enkel de bereidheid, maar kijkt ook verder, naar de tweede lijn en streeft naar een verbetering van de organisatie van de hulp buiten de kantooruren. Het kan een aanzet zijn tot verschillende vervolgonderzoeken.
Besluit: HWP artsen zijn in een groter aantal van de fictieve casussen aangeboden in dit onderzoek bereid om patiënten tijdens de diepe nacht te behandelen dan KWS artsen. Het gaat hier veelal om urgentere casussen. In beide groepen is er een lage bereidheid om tijdens de diepe nacht te werken met de laag urgente casussen. Wellicht ligt hier een mogelijkheid om de rol van de huisarts tijdens de diepe nacht in de toekomstnader te omschrijven. Bij verdere analyse blijkt dat de grootste verschillen tussen HWP en KWS artsen te vinden zijn bij hoog urgente casussen en technische casussen. HWP artsen zien zich hier veelal meer bereid om zelf een rol te spelen in deze casussen, terwijl de gemiddelde KWS arts deze sneller doorstuurt naar de 2^e lijn. Hieruit kunnen wij concluderen dat de HWP'en in hun huidige vorm voorzien in aan aantal noden van de huisarts die niet of minder vervuld worden bij de artsen in het KWS.
Apothekers zijn tevreden met de huidige stand van zaken en wensen geen integratie of centralisatie. Spoedartsen zijn vragende partij voor nauwere samenwerking tussen 1^e en 2^e lijn, de manier waarop dient echter nog verder onderzocht te worden.

Trefwoorden: Bereidheid, KWS, Wachtpost, Diepe nacht, Spoedgevallen, Apotheek, Urgentie

Inhoudstafel

Dankwoord 2
Abstract 3
Inhoudstafel 4
Inleiding 6
Methode 7
Goedkeuring 7
Literatuurstudie 7
Vragenlijst 7
Analyse 8
Interviews 8
Resultaten 9
Analyse 9
Casus 1: geriatrie 11
Casus 2: orthopedie 12
Casus 3: gynaecologie 12
Casus 4: pneumologie 13
Casus 5: neurologie 14
Casus 6: gastro-enterologie 15
Casus 7: heelkunde 16
Casus 8: pediatrie 17
Casus 9: cardiologie 18
Casus 10: overlijden 19
Interviews 19
Apothekers 19
Spoedartsen 21
Discussie 22
Analyse 22
Interviews 22
Apothekers 22
Spoedartsen 22
Sterkte-zwakte analyse 23
Besluit 24
Bronnen 25
Bijlagen 28

1. Protocol 28
2. Geïnformeerde toestemming en vragenlijst huisartsen 29
3. Gestructureerd interview apotheker 40
4. Gestructureerd interview spoedarts 41
5. Toestemming Ethisch Comité 42

Inleiding

De organisatie van de wachtdiensten blijft een evolutief en actueel gebeuren, o.a. door een dreigend tekort aan huisartsen in bepaalde regio's, vervrouwelijking van het beroep en vergrijzing van de bevolking.(1–4) Recent is deze discussie echter uitgebreid naar de noodzaak voor huisartsen om tijdens de diepe nacht permanentie te voorzien.(5) Onder de diepe nacht wordt verstaan de periode tussen 23-07u.
Veiligheidsproblemen en de behoefte aan efficiëntie in de hulpverlening doen meer en meer stemmen opgaan om de wachtdiensten tijdens de diepe nacht door de huisartsen in vraag te stellen. (6–14) Want ondanks het feit dat de Belgische wetgeving dicteert dat continuïteit van zorgen dient voorzien te worden, 24/7, hoeft deze niet door de huisarts zelf verzorgd te worden. (15,16) Als mogelijk alternatief mag er tegenwoordig naar de spoeddiensten gekeken worden. (17) Bovendien kan de vraag gesteld worden welk systeem het meest kost-efficiënt is. (18) Er werd nl. reeds aangetoond dat de opkomst van de huisartsenwachtposten (HWP) geen afzuigend effect heeft op de patiënt load van de spoeddiensten, dat ze eerder een service-induced demand effect genereren. (19–24) D.w.z. dat het aantal contacten op de spoed niet afneemt, terwijl dit op de huisartsenwachtposten wel toeneemt. We kunnen dus stellen dat mensen gebruik maken van de dienst omdat die wordt aangeboden.
Met dit onderzoek wordt enerzijds gepeild naar de hedendaagse perceptie van de Vlaamse huisartsen in deze discussie. Anderzijds wordt er onderzocht hoe de spoeddiensten en apothekers de diepe nacht ervaren en hoe de interdisciplinaire samenwerking tussen al deze spelers beter op elkaar zou afgestemd kunnen worden.

De onderzoeksvragen luiden dan ook:

1. Huisartsenwachtdiensten tijdens de diepe nacht: zien huisartsen dit nog als hun takenpakket en wat zijn hun noden?
2. Wachtdiensten tijdens de diepe nacht: wat is de perceptie en wat zijn de informele aanbevelingen van spoeddiensten en apothekers?

Methode

Goedkeuring

De opzet van deze studie ontving de goedkeuring van het Ethisch Comité van het UZ Antwerpen onder het nummer B300201627324 (zie bijlage 5)

Literatuurstudie

Een verkennende literatuurstudie werd uitgevoerd tussen 01-04-2015 en 01-05-2015. OvidSP werd geraadpleegd als platform voor gepubliceerde wetenschappelijke literatuur. Er werd gezocht op de volgende Mesh termen: Belgium/ AND After-Hours Care/ AND Primary Health Care/.
Dit leverde 4 artikels op welke werden beoordeeld op titel en abstract en in consensus allen verworpen op basis van titel. Er werd geen vergelijkbare literatuur gevonden die zich bv. toespitste op de diepe nacht.
De grijze literatuur werd geraadpleegd tussen 28-03-2016 en 01-04-2016. Er werd vooral op specifieke veiligheids- en andere berichtgevingen met betrekking tot huisartsenwachtdiensten gezocht ook hier werden geen wetenschappelijke artikels weerhouden.

Vragenlijst

Een gestructureerde vragenlijst werd opgesteld aangevuld met 10 gestandaardiseerde casussen afkomstig van de Radboud University Medical Centre Department of IQ Healthcare onderzoeksgroep rond Out Of Hours (OOH) care en geadapteerd aan de Belgische context in samenwerking met 11 onderzoek medewerkers van het Centrum voor Huisartsgeneeskunde Antwerpen (CHA). (zie bijlage 2) Alle gestandaardiseerde casussen kregen bij wijze van 'gouden standaard' bij consensus een urgentiegraad toegekend, die we verder in dit onderzoek als vergelijkingspunt gebruiken.

Deelnemerskarakteristieken

Deze enquête werd online aangeboden via Google Forms aan de beoogde deelnemersgroepen met name 106 artsen aangesloten bij Huisartsenwachtpost Zuiderkempen te Geel (werkgebied: Geel, Laakdal, Meerhout, Balen-Olmen en Mol). En artsen aangesloten bij een Klassieke Wachtysteem (KWS) van de regio's: Berchem, Borsbeek-Wommelgem, Brecht-Wuustwezel, Burcht-Zwijndrecht-Antwerpen Linkeroever, Dijle-Nete (Heist-op-den-Berg, Mechelen, Putte, Zemst), Geraardsbergen-Ninove, Kalmthout, Mortsel (Boechout-Hove-Mortsel-Vremde + Edegem-Kontich-Lint-Waarloos).

Allereerst werd nagegaan of de deelnemende arts al dan niet aangesloten is bij een wachtpost, vervolgens het aantal jaar ervaring, uitgedrukt in schijven van 10 jaar. Dan werd er gevraagd om 10 casussen te beoordelen op de volgende punten: of de arts in zijn huidig wachtsysteem bereid zou zijn om voor de opvang van de voorgestelde patiënt in te staan tussen 23.00 uur en 7.00 uur en hoe urgent de ondervraagde arts de casus zou inschatten aan de hand van de NHG urgentiescore. (26)

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Tabel 1: NHG Urgentieclassificatie

Indien men "nee" antwoordde, werd verzocht om de reden waarom in te vullen. Een aantal vastgestelde antwoorden werden voorzien, evenals ruimte voor vrije invoer:

1. Ja, ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
2. Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
3. Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
4. Anders: ……

De dataverzameling liep van 20/10/2015 t.e.m. 21/03/2016.
Bij de analyse werd de vrije invoer gehercodeerd naar het meest passende standaard antwoord. Bij de minste twijfel werd het gecategoriseerd onder "anders".

Analyse

De op deze manier verkregen data werd statistisch geanalyseerd met SPSS 23. De jaren ervaring in schijven van 10 jaar werden voor de twee groepen in een tabel tegen elkaar uitgezet. Voor de overige categorische variabelen werd gebruik gemaakt van de Chi^2-tests en de Odds ratio met 95% betrouwbaarheidsinterval.
De aanvullende interviews met de apothekers en de spoedartsen, worden beschrijvend weergegeven volgens de volgende items: voor het interview met de apothekers: ligging, organisatie, patiënten gedrag, tevredenheid, samenwerking, veiligheid. En bij de spoedartsen aan de hand van de thema's: ligging, organisatie en werkbelasting, communicatie en samenwerking, toekomst, veiligheid. Deze bevraging werd uitgevoerd om een eerste zicht te verkrijgen op de noden en de bedenkingen van de verschillende hulpverleners die tijdens de diepe nacht beschikbaar zijn. Hieruit willen we mogelijkheden tot verbetering en hinderpalen identificeren om de samenwerking te bevorderen.

Interviews

3 apothekers werden uitgenodigd door onderzoeken R. Demmers en 3 spoedartsen werden uitgenodigd door onderzoeker K. Van der Heyden om deel te nemen aan verkennende interviews. Alle benaderde apothekers gingen hierop in, echter slechts 2 van de 3 spoedartsen was tot medewerking bereid. In deze interviews werd er gepeild naar de voor- en nadelen tijdens de diepe nacht vanuit een ander oogpunt dan dat van de huisarts. Echter ook naar mogelijke verbeterpunten, en meningen over voorgestelde oplossingen.
Er werd een kader voor de interviews opgesteld voordat ze plaatsvonden. Dit kader werd gebruikt om het gesprek gestructureerd te laten verlopen, aan de hand van eerder genoemde items. Aan het einde van ieder interview werd er ruimte gelaten voor vrije inbreng van de geïnterviewde. (zie bijlage 3 en 4)

Resultaten

Analyse

51 van de 106 aangeschreven artsen aangesloten bij Huisartsenwachtpost Zuiderkempen te Geel namen deel aan de enquête, dit komt overeen met een Response Rate (RR) van 54,06%.
Gezien afhankelijkheid van derden (wachtdienst- of communicatieverantwoordelijken) om onze uitnodigingen voor deelname verder te verspreiden onder de KWS'en, hebben wij geen exact aantal bereikte kandidaten kunnen registreren. Bijgevolg is de RR in deze groep niet te bepalen. Er waren 34 respondenten in deze groep.
Tabel 2 geeft een overzicht van de bevraagde jaren ervaring van de deelnemers in schijven van 10 jaar voor zowel de HWP als de KWS artsen.

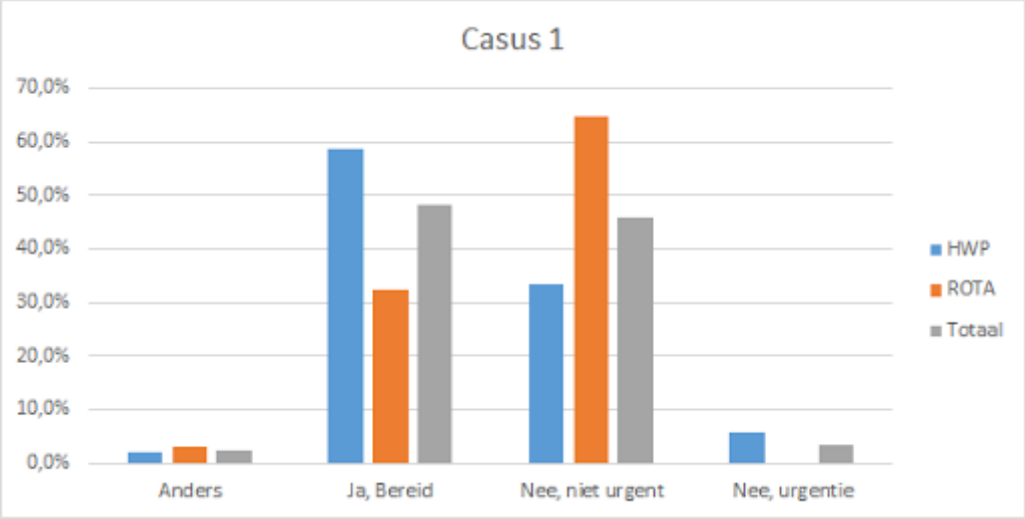
		HWP		KWS		Totaal	
		Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Hoe lang actief?	HAIO - 10 jaar	22	43.1%	15	44.1%	37	43.5%
	11 - 20 jaar	9	17.6%	5	14.7%	14	16.5%
	21 - 30 jaar	6	11.8%	10	29.4%	16	18.8%
	31 - 40 jaar	13	25.5%	4	11.8%	17	20.0%
	41 - 50 jaar	1	2.0%	0	0.0%	1	1.2%
	Total	51	100.0%	34	100.0%	85	100.0%

Tabel 2: ervaring in schijven van 10j

Casus		HWP		KWS		Totaal	
		%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal
1.	Anders	2,0%	1	2,9%	1	2,4%	2
	Ja, Bereid	58,8%	30	32,4%	11	48,2%	41
	Nee, niet urgent	33,3%	17	64,7%	22	45,9%	39
	Nee, urgentie	5,9%	3	0,0%	0	3,5%	3
2.	Ja, Bereid	76,5%	39	76,5%	26	76,5%	65
	Nee, niet urgent	23,5%	12	5,9%	2	16,5%	14
	Nee, urgentie	0,0%	0	17,6%	6	7,1%	6
3.	Ja, Bereid	74,5%	38	38,2%	13	60,0%	51
	Nee, niet urgent	13,7%	7	20,6%	7	16,5%	14
	Nee, urgentie	11,8%	6	41,2%	14	23,5%	20
4.	Ja, Bereid	23,5%	12	5,9%	2	16,5%	14
	Nee, niet urgent	72,5%	37	91,2%	31	80,0%	68
	Nee, urgentie	3,9%	2	2,9%	1	3,5%	3
5.	Ja, Bereid	49,0%	25	23,5%	8	38,8%	33
	Nee, urgentie	51,0%	26	76,5%	26	61,2%	52
6.	Ja, Bereid	11,8%	6	8,8%	3	10,6%	9
	Nee, niet urgent	86,3%	44	91,2%	31	88,2%	75
	Nee, urgentie	2,0%	1	0,0%	0	1,2%	1
7.	Anders	0,0%	0	2,9%	1	1,2%	1
	Ja, Bereid	86,3%	44	64,7%	22	77,6%	66
	Nee, niet urgent	5,9%	3	2,9%	1	4,7%	4
	Nee, urgentie	7,8%	4	29,4%	10	16,5%	14
8.	Anders	2,0%	1	0,0%	0	1,2%	1
	Ja, Bereid	84,3%	43	67,6%	23	77,6%	66
	Nee, niet urgent	13,7%	7	32,4%	11	21,2%	18
9.	Ja, Bereid	58,8%	30	20,6%	7	43,5%	37
	Nee, urgentie	41,2%	21	79,4%	27	56,5%	48
10.	Anders	3,9%	2	0,0%	0	2,4%	2
	Ja, Bereid	62,7%	32	14,7%	5	43,5%	37
	Nee, niet urgent	33,3%	17	85,3%	29	54,1%	46

Tabel 3: resultatenoverzicht enquête

Casus 1: geriatrie (consensus gestandaardiseerde casus U5: advies)



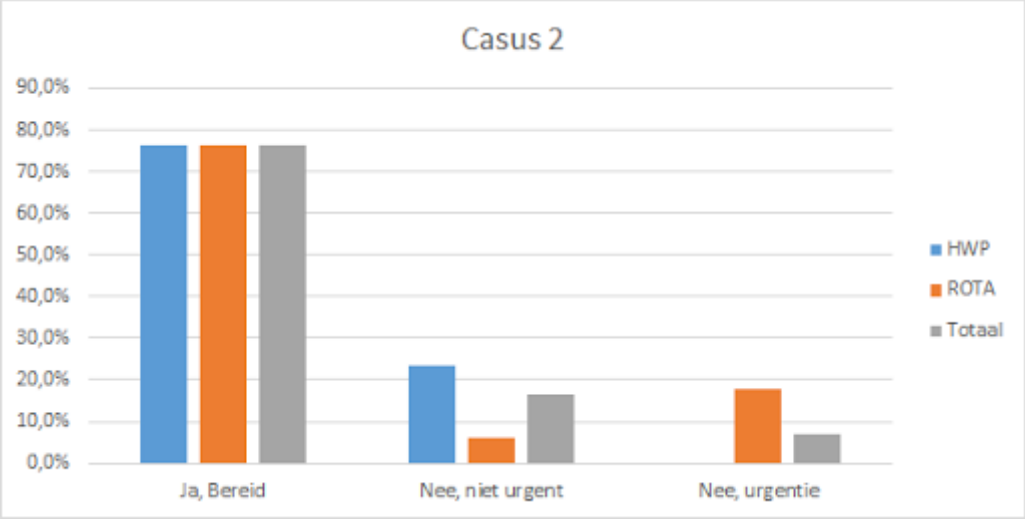
Figuur 1: bereidheid casus 1

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	0	1	1	0
U3 Dringend	15	7	22	0
U4 Niet dringend	29	20	49	0
U5 Advies	7	6	13	1

Tabel 4: urgentie inschatting casus 1

59% van de HWP artsen, versus 32% van de KWS artsen ziet zichzelf een rol spelen in het opvangen van deze patiënt, wat een significant verschil is.
Bijna de helft van de artsen die aangeven niet met deze casus aan de slag te willen tijdens de diepe nacht (45%), doen dit omdat ze het probleem inschatten als niet urgent en het kan wachten tot de volgende dag. Slechts 3 collega's vonden deze casus te urgent om zelf tijdens de diepe nacht te behandelen.
Beide groepen schatten deze casus in als een U4 casus.

Casus 2: orthopedie (consensus gestandaardiseerde casus U3: dringend)



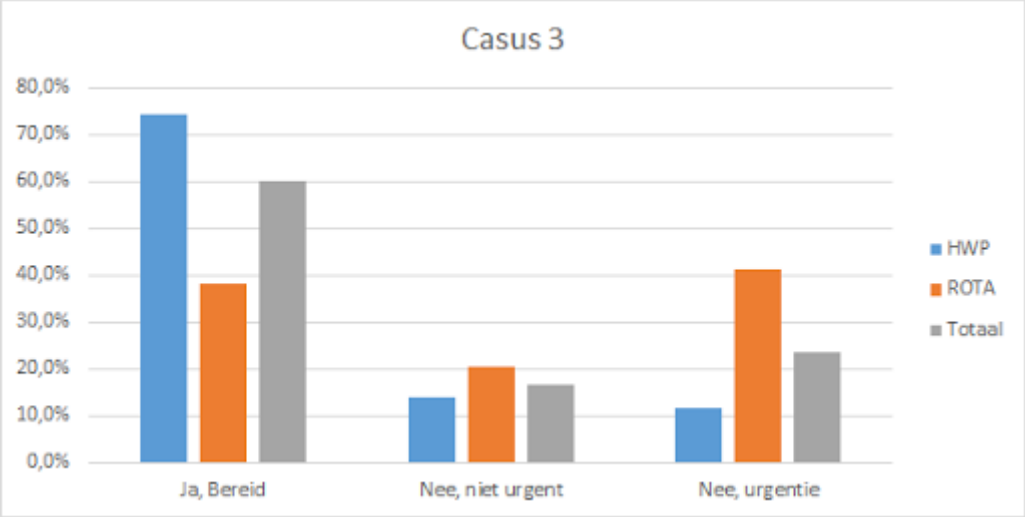
Figuur 2: bereidheid casus 2

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	2	9	11	0
U3 Dringend	36	21	57	1
U4 Niet dringend	12	4	16	0
U5 Advies	1	0	1	0

Tabel 5: urgentie inschatting casus 2

Van zowel de HWP als de KWS artsen was 76% bereid om deze casus tijdens de diepe nacht af te handelen, een niet significant verschil.
Opvallend is dat alle HWP artsen die niet bereid waren met deze casus aan de slag te gaan, dit deden omdat ze de casus als niet-urgent genoeg inschatten, terwijl de meeste niet-bereide KWS artsen deze casus als te urgent inschatten.
Beide ondervraagde groepen schatten deze casus als een U3 casus in.

Casus 3: gynaecologie (consensus gestandaardiseerde casus U2: spoed)



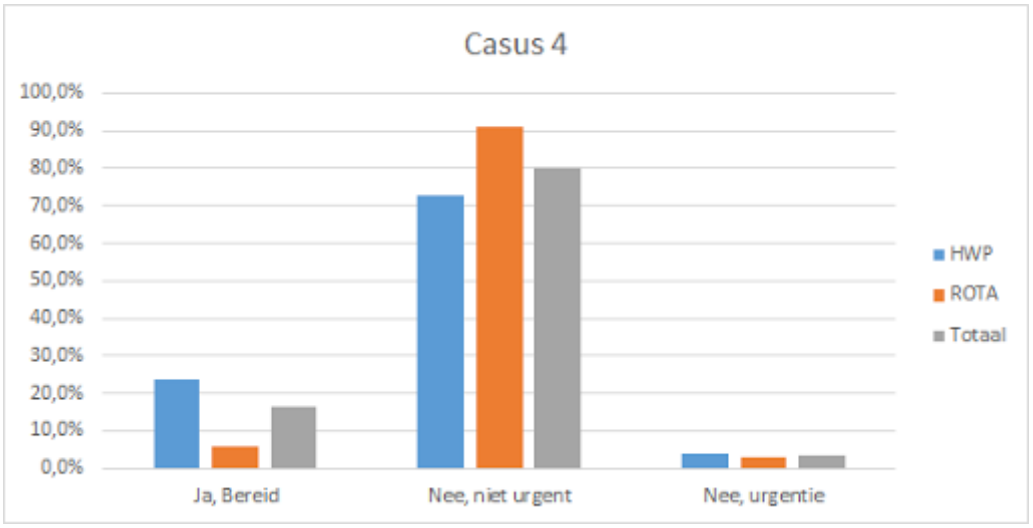
Figuur 3: bereidheid casus 3

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	2	2	4	0
U2 Spoed	9	8	17	1
U3 Dringend	20	15	35	0
U4 Niet dringend	18	7	25	0
U5 Advies	2	2	4	0

Tabel 6: urgentie inschatting casus 3

Waar 75% van de HWP artsen deze patiënt zou zien tijdens de diepe nacht, is slechts 38% van de KWS artsen hiertoe bereid, wat een significant verschil is.
41% van de KWS artsen zou deze casus direct naar 2elijn verwijzen, terwijl slechts 12% van de HWP artsen dit zou doen.
Deze casus werd ook relatief frequent als niet-urgent genoeg geïnterpreteerd (14% vs. 21%) om af te handelen tijdens de diepe nacht.
In beide groepen zien we een vergelijkbare urgentie inschatting. Deze casus wordt iets minder urgent bevonden (U3) dan de gevalideerde consensus (U2).

Casus 4: pneumologie (consensus gestandaardiseerde casus U4: niet dringend)



Figuur 4: bereidheid casus 4

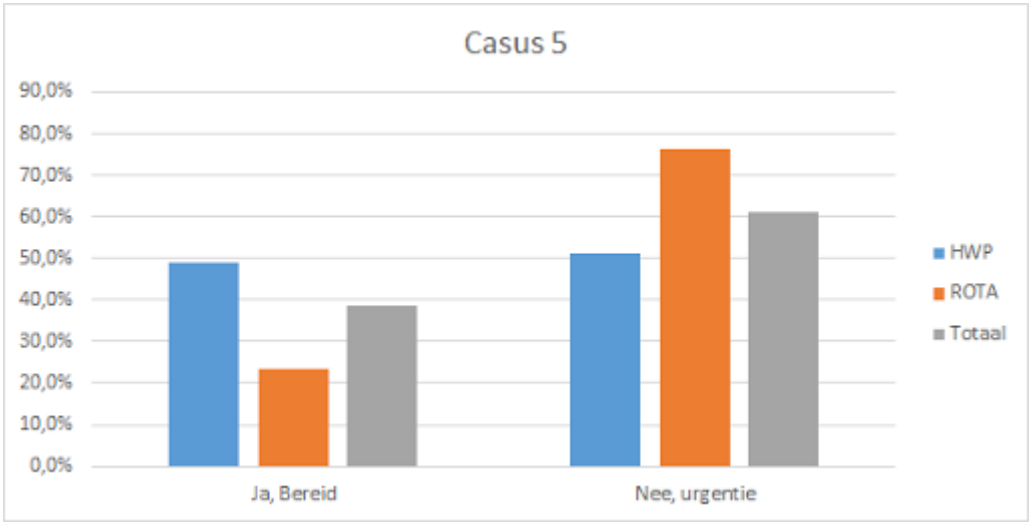
	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	0	0	0	0
U3 Dringend	2	0	2	0
U4 Niet dringend	29	18	47	1
U5 Advies	20	16	36	0

Tabel 7: urgentie inschatting casus 4

De bereidheid om met deze casus aan de slag te gaan is bijzonder laag in beide groepen: 23% van de HWP artsen tegen 6% in de KWS groep wat een significant verschil is.
Bijna alle artsen die niet bereid waren met deze casus aan de slag te gaan, beoordeelden deze casus als niet urgent genoeg.

Een vrije opmerking die bij deze casus meerdere keren terug te vinden was, was een uiting van persoonlijke frustratie waarom deze patiënt in de week dat hij al symptomen heeft zijn eigen huisarts niet reeds contacteerde.
Ook hier wordt de casus in beide groepen een gelijke urgentiegraad toebedeeld: (U4).

Casus 5: neurologie (consensus gestandaardiseerde casus U1: levensbedreigend)



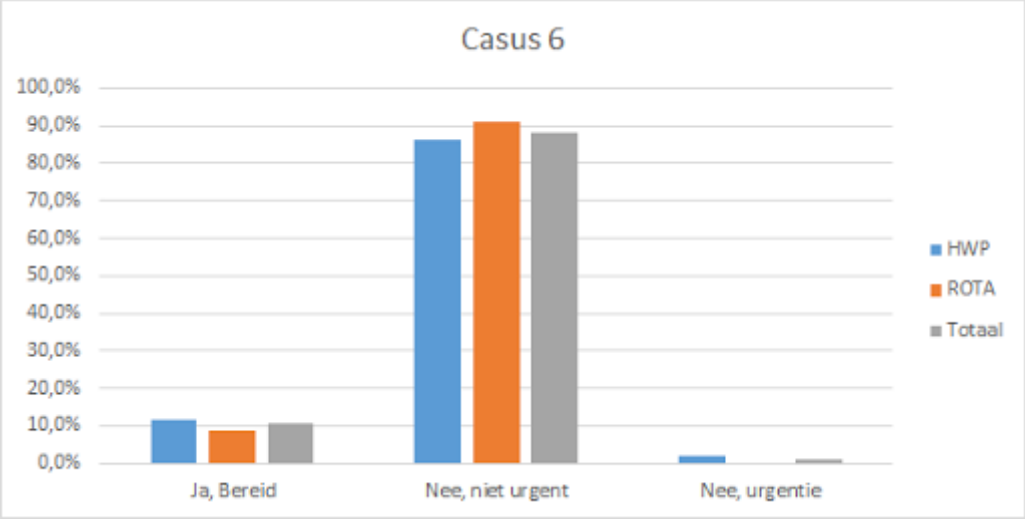
Figuur 5: bereidheid casus 5

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	24	15	39	1
U2 Spoed	18	16	34	0
U3 Dringend	9	3	12	0
U4 Niet dringend	0	0	0	0
U5 Advies	0	0	0	0

Tabel 8: urgentie inschatting casus 5

50% van de HWP artsen gaat zelf met deze casus aan de slag, terwijl dat bij de KWS artsen slechts 23,5% betreft. Dit verschil is significant.
Alle artsen die aangaven niet met deze casus aan de slag te gaan, hebben aangegeven dit te doen omdat deze casus te urgent is en direct doorverwezen dient te worden.
Een frequent genoteerde opmerking (3x bij de HWP groep en 2x bij de KWS artsen) was dat men bij deze casus eerst de MUG zou bellen, maar er vervolgens nog wel zelf ter plaatse zou gaan.

Casus 6: gastro-enterologie (consensus gestandaardiseerde casus U5: advies)



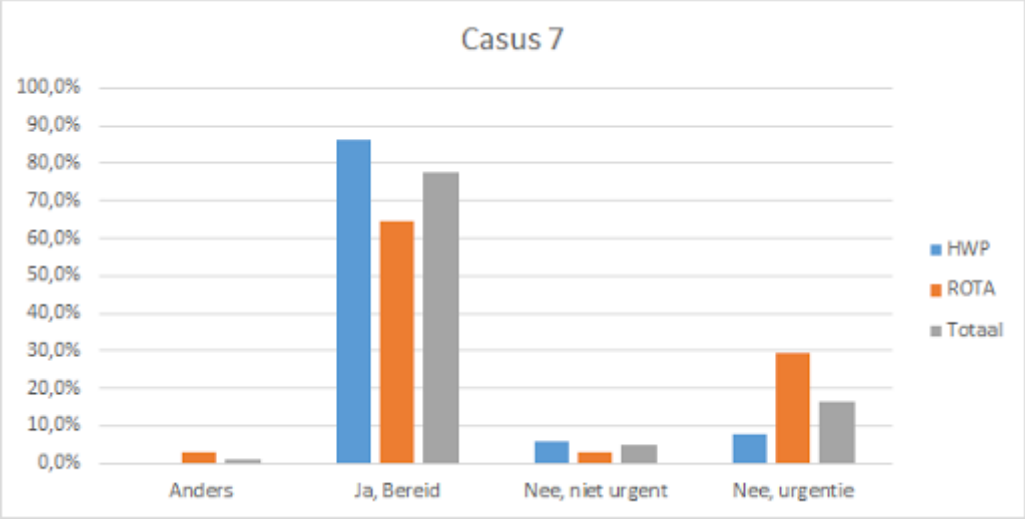
Figuur 6: bereidheid casus 6

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	0	0	0	0
U3 Dringend	0	1	1	0
U4 Niet dringend	23	18	41	0
U5 Advies	28	15	43	1

Tabel 9: urgentie inschatting casus 6

Net als in de vorige laag urgente casus, is de bereidheid ook hier laag in beide groepen: 12% van de HWP artsen, en 9% van de KWS artsen slechts kon bereid gevonden worden met deze casus aan de slag te gaan. Dit verschil is niet significant.
1 HWP arts heeft deze casus als te urgent aangegeven, alle overige artsen vonden deze casus niet urgent genoeg om tijdens de diepe nacht te zien.
De urgentiegraad is in beide groepen vergelijkbaar laag ingeschat: U4 of U5.

Casus 7: heelkunde (consensus gestandaardiseerde casus U3: dringend)



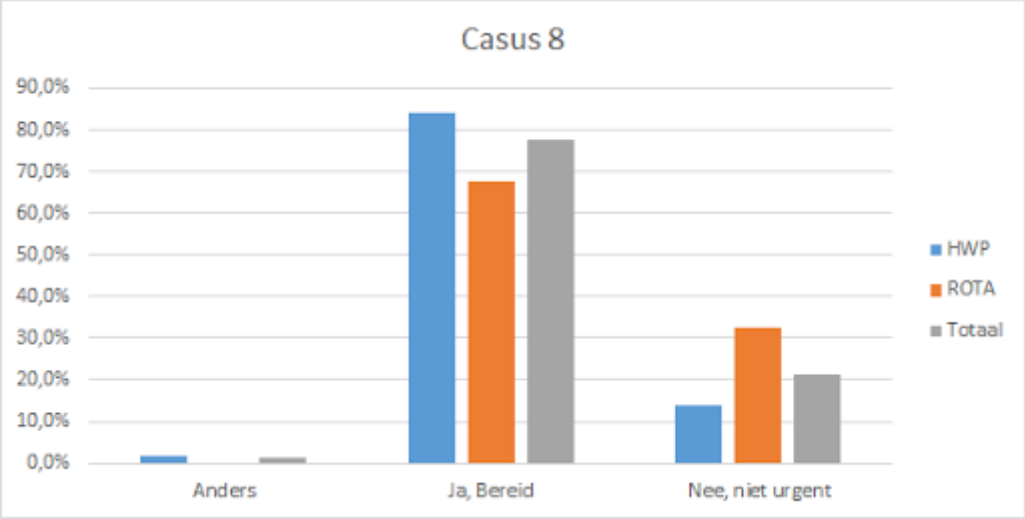
Figuur 7: bereidheid casus 7

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	4	7	11	0
U3 Dringend	42	26	68	1
U4 Niet dringend	5	1	6	0
U5 Advies	0	0	0	0

Tabel 10: urgentie inschatting casus 7

86% van de HWP artsen zou met deze casus aan de slag gaan, tegenover 64% van hun KWS collega's, wat een significant verschil is.
KWS artsen beoordeelden deze casus frequenter als een urgentie (8% HWP tegen 30% KWS) en stuurden door naar spoedgevallen.
Een vrije opmerking die een aantal keer terugkwam was dat er op een HWP wel de faciliteiten waren om te hechten en exploreren, terwijl diezelfde artsen daar tijdens de diepe nacht op de eigen praktijk niet aan zouden beginnen.
Deze casus werd door beide groepen vergelijkbaar urgent ingeschat: (U3).

Casus 8: pediatrie (consensus gestandaardiseerde casus U3: dringend)



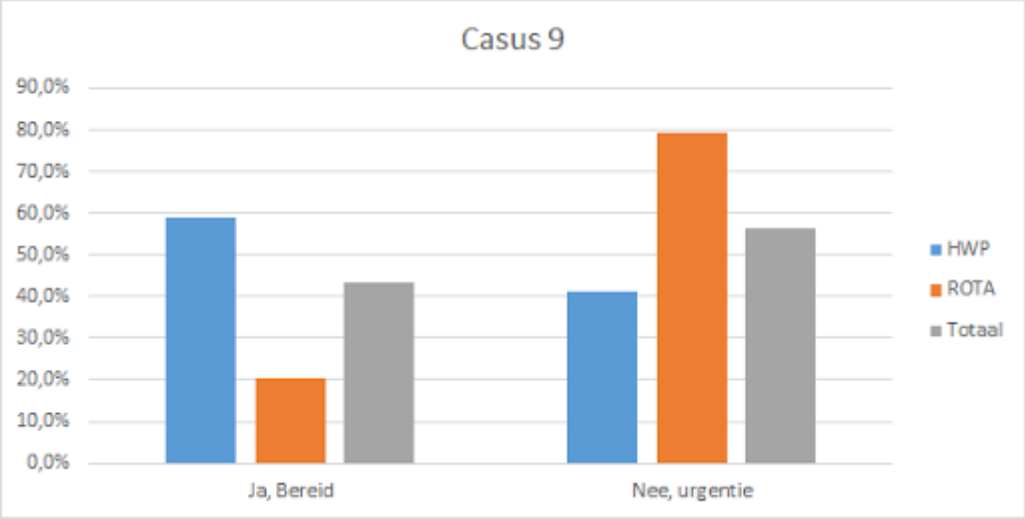
Figuur 8: bereidheid casus 8

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	5	1	6	0
U3 Dringend	29	13	42	1
U4 Niet dringend	15	18	33	0
U5 Advies	2	2	4	0

Tabel 11: urgentie inschatting casus 8

84% van de HWP artsen is bereid om met deze casus aan de slag te gaan, tegen 68% van de KWS artsen. Dit verschil is significant.
Alle artsen die niet bereid waren om deze casus af te handelen tijdens de diepe nacht hebben deze casus als niet urgent genoeg bestempeld.
KWS artsen schatten deze casus iets minder urgent in dan hun collega's op de HWP. Namelijk overwegend als een U4, waar de HWP artsen dit inschatten als een U3.

Casus 9: cardiologie (consensus gestandaardiseerde casus U1: levensbedreigend)



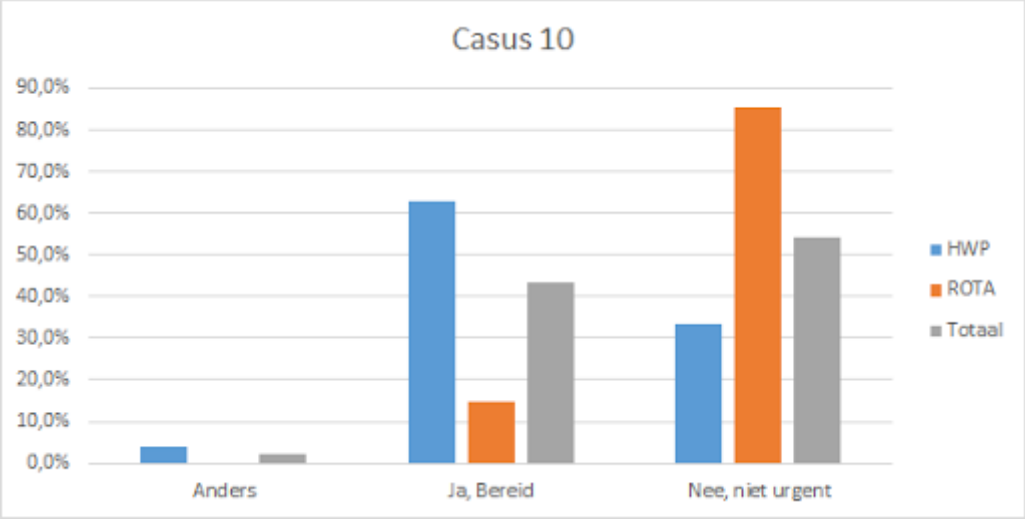
Figuur 9: bereidheid casus 9

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	37	29	66	1
U2 Spoed	11	4	15	0
U3 Dringend	3	1	4	0
U4 Niet dringend	0	0	0	0
U5 Advies	0	0	0	0

Tabel 12: urgentie inschatting casus 9

59% van de HWP artsen tegen 21% van de KWS artsen zijn bereid om deze casus af te handelen tijdens de diepe nacht, wat een significant verschil is.
Alle artsen die aangaven niet met deze casus aan de slag te gaan, vinden deze casus te urgent en sturen direct door naar de 2e lijn.
Net als bij casus 5 werd ook bij deze casus meerdere malen de opmerking genoteerd dat de arts wel ter plaatse wil gaan, maar op voorhand de MUG reeds zou verwittigen.
De urgentie inschatting is in beide groepen gelijklopend: (U1)

Casus 10: overlijden (consensus gestandaardiseerde casus U3: dringend)



Figuur 10: bereidheid casus 10

	HWP	KWS	Totaal	Consensus
U0 Reanimatie	0	0	0	0
U1 Levensbedreigend	0	0	0	0
U2 Spoed	3	0	3	0
U3 Dringend	6	2	8	1
U4 Niet dringend	32	22	54	0
U5 Advies	10	10	20	0

Tabel 13: urgentie inschatting casus 10

63% van de HWP artsen was bereid met deze casus aan de slag te gaan, tegenover slechts 15% van de KWS artsen. Dit is een significant verschil.
Alle artsen die niet bereid waren, gaven aan dat ze dit onvoldoende urgent vonden tijdens de diepe nacht.
Er werden veel vrije opmerkingen ingevuld bij deze casus. De meesten bestempelden deze casus als een sociaal dringende casus en verwezen naar de onvrede van het woonzorgcentrum indien de arts weigert te komen. Tevens is een woonzorgcentrum gebonden aan regelgeving rondom overlijdens waarbij zij geen andere keuze hebben dan een arts ter plaatse te laten komen. [REF?]
Van 2 vrije opmerkingen van HWP artsen kon niet worden afgeleid of zij met deze casus aan de slag zouden gaan.
33% van de HWP artsen was niet bereid omdat ze deze casus niet urgent genoeg vonden, tegenover 85% in de KWS groep.
Beide groepen schatten de casus vergelijkbaar niet urgent in: (U4).

Interviews

Apothekers

Ligging

Apothekers gevestigd in uiteenlopende omgevingen werden geïnterviewd ten einde geen vertekend beeld te krijgen door hun ligging. Er werd gekozen voor een stedelijke apotheek, een ruraal gelegen apotheek, en een apotheek in een verstedelijkt gebied.

Organisatie

De regeling van het aantal wachten loopt bij de verschillende apotheken gelijkaardig. Alle 3 zijn zij 4 tot 6 weken per jaar van wacht, en dat wordt opgedeeld in week en weekenden, al is dat een keuze die te maken valt.
De drukte tijdens de diepe nachten bleek af te hangen van de locatie. Waar de diepe nacht in het ruraal gebied zeer rustig verloopt met 0 tot 2 oproepen per nacht, is dit heel anders in het stedelijk gebied waar slapen voor 01.00 uur niet mogelijk is.

Patiënten gedrag

In alle 3 de interviews werd aangehaald dat patiënten tijdens de diepe nacht meestal komen voor voorgeschreven medicatie vanuit de dienst spoedgevallen. Huisartsen zouden meer stalen meegeven met patiënten.
Indien er voorgeschreven medicatie werd afgehaald betrof dit meestal antibiotica en NSAID's. In enkele interviews werden ook inhalatoren, oogdruppels en oordruppels vermeld. Indien het niet om voorgeschreven medicatie ging, komen de mensen tijdens de diepe nacht veelal naar de apotheek voor babyvoeding of een fopspeen.

Tevredenheid

In 2 van de 3 interviews is naar voren gekomen dat de recente aanpassing waardoor een patiënt moet bellen naar een centraal nummer om te vernemen waar de apotheek van wacht te bereiken is, het aantal shoppers tijdens de diepe nacht sterk gereduceerd heeft, en de werklast heeft verminderd. Dit wordt over het algemeen als een positieve verandering ervaren.

Samenwerking

Er is bij alle apothekers slechts een zeer beperkte samenwerking met huisartsen of de dienst spoedeisende hulp. Het enige contact dat plaats vindt tijdens de diepe nacht is bij onduidelijkheden op de voorschriften, of bij het niet op voorraad hebben van bepaalde medicatie. Heel soms informeert een huisarts of er medicatie op voorraad is. De bereikbaarheid van een arts van wacht wordt aanzienlijk beter beoordeeld wanneer er een wachtpostsysteem in voege is. Bij de KWS organisatie is het voor de apotheek vaak moeilijker om de voorschrijvende arts te spreken te krijgen wanneer dit niet de huisarts van wacht is. Wanneer de medicatie bijvoorbeeld is voorgeschreven door de eigen huisarts tijdens een laatavond consultatie i.p.v. door de huisarts van wacht en hij daarom niet meer zelf telefonisch bereikbaar is.
Er is eveneens bij alle apothekers zeer beperkte samenwerking met urgentieartsen. Er is enkel contact bij onduidelijkheden met de voorschriften. Een urgentiearts te spreken krijgen is daarentegen zelden een probleem.

Veiligheid

Veiligheidsproblemen werden veelvuldig gerapporteerd door de apotheek gelegen in het stedelijk gebied met aanzienlijk meer verbale en fysieke agressie, zelfs tot overvallen toe. De ruraal gelegen apotheek heeft hier nog geen problemen mee gehad.
Er waren geen overeenkomstige verbeterpunten aan de wachtdienst die genoemd werden. Wel werd aangehaald dat de wachten te lang zijn en ze dit graag verbeterd zouden zien. De bereidheid tot het voortzetten van de wachten op de huidige manier is echter hoog.
Een integratie van een apotheek op een centrale locatie waarbij apothekers net als huisartsen wachtdiensten kunnen draaien in een "wachtpost" wordt unaniem als een niet wenselijk of onhaalbaar systeem beoordeeld. Voornamelijk omdat een apotheker betaald wordt per verkocht product, en dit moeilijk te organiseren zou zijn op een centrale locatie.
Als overeenkomstige mening die buiten het gestructureerde interview viel, lijken de apothekers vragende partij om patiënten vanuit spoedgevallendiensten medicatie mee te geven om te overbruggen tot de eerstvolgende werkdag.

Spoedartsen

Ligging

Een spoedarts van zowel een rurale (Heilig Hart Ziekenhuis Mol) als van een meer stedelijk gelegen ziekenhuis (KLINA, Brasschaat) werden benaderd.

Organisatie en werkbelasting

De organisatie en werkbelasting verloopt gelijkaardig. Op beide afdelingen heerst een gemiddelde van ongeveer 10 patiënten per nacht. Het merendeel zou uitgesteld gezien kunnen worden, slechts een minderheid dient opgenomen te worden en dit eerder ter observatie of in afwachting van technische onderzoeken in de ochtend.
In het rurale gebied komt (subjectief) een merkbaar kleiner aandeel aan zelfverwijzers voor.

Communicatie en samenwerking

De communicatie verloopt in alle bevraagde spoeddiensten gelijkaardig, van ziekenhuis naar huisarts toe via elektronische verslagen. Van huisarts naar spoeddienst toe gaat het dikwijls om een moeilijk leesbaar, handgeschreven document. In sommige gevallen belt de huisarts om een patiënt aan te melden, dit wordt telkens bijzonder gewaardeerd.
Hieromtrent schuiven beide geïnterviewden een eerste punt tot verbetering naar voren: nl. een geijkte verwijsbrief. Deze omvat een duidelijk omschreven reden tot verwijzing, relevante voorgeschiedenis en een actuele medicatielijst.
Communicatie of overleg tussen spoed en apotheek gebeurt zelden. Er wordt wel intern overlegd met de ziekenhuisapotheek, doch niet met de periferie. Hiernaar is ook geen vraag.

Toekomst

Beide spoedartsen geloven in de nood aan een verdere evolutie van de continuïteit tijdens de diepe nacht. Een manier van samenwerking waarin de krachten gebundeld kunnen worden zodat er efficiënter gewerkt kan worden, een samenvloeien van 1^{e} en 2^{e} lijn. Ten slotte kunnen we allen van elkaar leren. De manier waarop dit dient te gebeuren levert echter nog stof tot uitgebreide discussie op. Waarin wel overeengekomen wordt is dat de gatekeeperfunctie waarbij de huisarts beslist wie er wel en wie er niet naar de spoed kan, niet de geprefereerde manier is.
Punten van verschil zijn bijvoorbeeld de algemene organisatie. In het landelijk gelegen ziekenhuis gelooft men niet in triage (door eender wie), gezien de ruimte voor menselijke fouten, de grote individuele verschillen bij het maken van inschattingen en vanuit het standpunt dat enkele de ernstige pathologieën baat hebben bij triage. Zij zien meer heil in een systeem gebaseerd op de Manchester Triage System (MTS), (27) waarbij gebruik gemaakt wordt van een fast track en een slow track. Slow track is bedoeld voor patiënten die waarschijnlijk opgenomen dienen te worden en waarbij men meer tijd heeft om onderzoeken uit te voeren. Patiënten waarvan ingeschat wordt dat zij snel het ziekenhuis weer kunnen verlaten, zoals bij mineure traumata, worden ingedeeld in de fast track en dus ook met voorrang behandeld.
Terwijl men in de stedelijke spoed wel gelooft in triage. Maar dan in onafhankelijke, kwalitatieve triage op basis van de aanmeldingsklacht. Dit kan eventueel zelfs telefonisch door verpleegkundigen uitgevoerd worden en dient om al dan niet uitgesteld naar de huisarts, dan wel naar de spoed te verwijzen. De juiste hulp voor de juiste patiënt.

Veiligheid

Bij beide spoedafdelingen komt agressie op regelmatige basis voor. Dit is vooral verbale agressie waarbij men dreigt met fysiek geweld. Incidenten tot 1-2x per maand worden gemeld, dit aantal ligt hoger bij de hulpverleners die zich naar een oproep verplaatsen (ambulance, MUG).
De Ideas Concerns en Expectations (ICE) van de patiënt, die o.a. bepalend zijn voor de gepercipieerde wachttijd spelen hierin een belangrijke rol.
Structurele maatregelen dringen zich op. De spoed wordt tijdens de diepe nacht dikwijls aanzien als nachtingang en men heeft een slecht zicht op wie het ziekenhuis binnenkomt. Een betere infrastructuur (beglazing, sas, …) zouden geen overbodige luxe zijn.

Discussie

Analyse

De bereidheid van de Vlaamse huisarts om tijdens de diepe nacht zelf in te staan voor de continuïteit van de zorg werd gepeild aan de hand van 10 gestandaardiseerde casussen. De resultaten zijn verdeeld, gemiddeld worden 49% van de voorgestelde patiënten gezien, ongeacht of de arts werkzaam is op een HWP, dan wel in een KWS.
De bereidheid wordt in grote mate bepaald door de organisatie van de wachtdienst. Van de huisartsen die in weekends en tijdens feestdagen actief zijn vanop een HWP tonen 59% bereidheid om tijdens de diepe nacht een rol te spelen in de opvang bij de voorgelegde casussen. Dit terwijl onder de artsen in het KWS dit percentage slechts 35% bedraagt. De meest voor de hand liggende verklaring hiervoor is de omkadering die een gevolg is van de organisatie. De arts die op de HWP zit, is beter technisch ondersteund en geniet een grotere veiligheid in de vorm van aanwezig personeel (zoals collega's, secretaresse en/of chauffeur). Waarschijnlijk speelt het ook een rol dat de zittende arts, die enkel consultaties doet, zich niet hoeft te verplaatsen.
We bemerken slechts lichte verschillen in de urgentie inschatting tussen beide organisatievormen. Wat wel een opvallende bevinding is, is dat de HWP artsen zich veel meer een rol zien spelen bij de hoog urgente casussen (casus 5 en 9). Wederom kan hierbij de bedenking gemaakt worden dat dit door de betere technische omkadering verklaard zou kunnen worden en door de mogelijkheid om sneller en veiliger ter plaatse te kunnen zijn door het voor handen zijn van een chauffeur.
Ten slotte kunnen we opmerken dat de patiënten waarbij de bereidheid van de arts laag is om die te behandelen, in beide onderzoeksgroepen de lage urgenties betreft of net die patiënten waarbij de urgentie dermate hoog is, dat onmiddellijk zou verwezen worden naar de 2^{e} lijn. Dit betreft dan casussen 1 en 4 (te lage urgentie) en casussen 5 en 9 (te hoge urgentie). Ook bij casussen waar technische handelingen vereist zijn (casus 3 en 7), is er een opvallend verschil in de bereidheid tussen de HWP en KWS artsen. De verklaring hiervoor kan mogelijks gezocht worden in de materialen die voorhanden zijn in een HWP en de uitgebreidere trousse die voor HPW artsen doorgaans beschikbaar is in vergelijking met de arts in het KWS.

Interviews

Apothekers

Over het algemeen zijn apothekers tevreden over de huidige werking, er is enkel overleg wanneer er onduidelijkheid heerst en dit is voor hen voldoende. Op voorwaarde dat de dienstdoende arts, zij het de spoedarts, zij het de huisarts, vlot bereikbaar is. Vanuit die invalshoek prefereren zij de grootschaligere georganiseerde eerstelijns hulpverlening via de HWP. Dit maakt het verwijzen van zelfverwijzers naar de het juiste adres bovendien eenvoudiger.
Integratie van de apothekerswachten op een vaste locatie zien zij als noch haalbaar (o.a. technisch door bv. stock), noch wenselijk.
Aangezien zij merken dat de meeste medicatie die tijdens de diepe nacht afgeleverd wordt, wordt voorgeschreven door de spoedarts schuiven zij het idee naar voren dat er zoveel mogelijk medicatie ter overbrugging wordt meegegeven. In de eerste lijn is dit tamelijk ingeburgerd aan de hand van stalen. Ook één van de spoedartsen gaf aan dit in een beperkt aantal gevallen reeds te doen.

Spoedartsen

Het is eensluidend dat de evolutie binnen de organisatie van de wachtdiensten nog niet ten einde is. Beide spoeddiensten zijn vragende partij naar verdere veranderingen. Men blijft echter op de vlakte van hoe dit dient aangepakt te worden. Er wordt omzichtigheid en doortastend overleg aangeraden alvorens tot actie over te gaan, eens te meer omdat er geen sterke mening naar voren komt i.v.m. het hoe en wat. Een bedenking die werd gemaakt, is dat er bruggen geslagen moeten worden. De spoedarts voelt zich namelijk niet gehoord in de discussie en vreest aan de kant geschoven te zullen

worden. Een van de geïnterviewde spoedartsen was van mening dat de huisarts historisch sterk georganiseerd en vertegenwoordigd is via diverse organen, terwijl de spoedarts dikwijls alleen staat. Wat verder de nood aan discussie weergeeft, zijn de sterk verschillende meningen aangaande triage. Waar de ene er wel in gelooft en dit durft uit te besteden aan (speciaal getrainde?) verpleegkundigen zoals dit in het buitenland reeds langer bestaat en bestudeerd is, is de ander een uitgesproken tegenstander. Human error en mogelijke belangenvermenging zijn slechts enkele naar voren geschoven tegenargumenten.
Tijdens het interview met de spoedartsen, weerklinkt luid de vraag naar een geijkte verwijsbrief. Een standaard document om de overdracht van informatie te optimaliseren. Een goede overdracht van informatie kan immers van levensbelang zijn. Het is in het belang van de patiënt dat de informatieoverdracht van Huisarts naar MUG arts of spoedarts eveneens gestructureerd verloopt. Het is standaard procedure dat er een gestructureerde overdracht plaatsvindt wanneer een patiënt via de MUG wordt binnengebracht. Men zou kunnen ijveren dat dit een document betreft dat net als het formulier voor het vaststellen van een overlijden standaard in de trousse van de huisarts hoort. De mogelijkheden om een geijkt formulier op te stellen zijn reeds onderzocht en er bestaat al een voorstel voor een dergelijk formulier (28)

Sterkte-zwakte analyse

Ondanks de grote media aandacht, is dit het eerste onderzoek dat op een wetenschappelijke manier gaat peilen naar de bereidheid van huisartsen om zelf een rol te spelen in casussen die zich situeren tijdens de diepe nacht. Het verkent niet enkel de bereidheid, maar kijkt ook verder, naar de tweede lijn en streeft naar een verbetering van de organisatie van de hulp buiten de kantooruren. Het kan een aanzet zijn tot verschillende vervolgonderzoeken.
Een sterk punt inzake de interviews is dat zowel apothekers als spoedartsen in ruim verschillende omgevingen gesitueerd zijn. Dit elimineert mogelijke factoren die regio gebonden zijn (ruraal vs. verstedelijkt).
Een zwakte van deze studie is zeker het deelnemersveld. Er werd gemikt op 2x 50 huisartsen, een groep aangesloten bij een huisartsenwachtpost tegenover een even grote groep aangesloten bij een klassieke wachtdienst. Dit aantal werd in de HWP relatief vlot gehaald met een RR van 54%. Wanneer men dit vergelijkt met het grote aantal groepen/regio's dat onder de aangeschreven KWS'en valt, is het niet moeilijk voor te stellen dat dit om een beduidend groter aantal collega's gaat waarbij er jammer genoeg geen zicht is op de totale omvang van deze populatie en bijgevolg de RR hier niet kan berekend worden. Is de lage participatie te wijten aan de drukke agenda die eigen is aan ons beroep, leeft de discussie minder in deze groep, of is de enquête niet tot aan de huisarts geraakt en is de communicatie blijven steken bij de wachtverantwoordelijke of communicatieverantwoordelijke van de kring? Misschien had hier voor een alternatieve communicatiemethode gekozen moeten worden. Wegens tijdsgebrek zijn er minder interviews afgenomen kunnen worden dan gewenst. Meer interviews had kunnen leiden tot een betrouwbaarder beeld van de wachtdiensten van apothekers en spoedartsen, en had een beter inzicht kunnen geven over de gedeelde en niet gedeelde visies. Bij een breder opgezette studie, bijvoorbeeld aan de hand van focusgroepen, zou dit uitwisselen van ideeën en percepties kunnen leiden tot het vormen van nieuwe afspraken en/of samenwerkingsverbanden. Bij de bevraging van de spoedartsen is een spoedgevallendienst in een stedelijk gebied gemist. Dit had andere ideeën en visies kunnen opleveren dan die van spoedartsen uit een wat meer landelijke regio.

Besluit

In totaal zag 49% van de huisartsen zichzelf een rol spelen in alle voorgelegde casussen. Dit getal kan uit elkaar getrokken worden in 59% bij de artsen die aangesloten zijn bij een HWP en 35% van de artsen die hun wachtendiensten vervullen in een KWS systeem.
Huisartsen zien voor zichzelf geen rol weggelegd bij de hoog urgente casussen en bij de laag urgente casussen. Deze patiënten worden bij voorkeur direct doorgestuurd naar spoedgevallen, of krijgen een telefonisch advies.
Bij verdere analyse blijkt dat de grootste verschillen tussen HWP en KWS artsen te vinden zijn bij hoog urgente casussen en technische casussen. HWP artsen zien zich hier veelal meer bereid om zelf een rol te spelen in deze casussen, terwijl de gemiddelde KWS arts deze sneller doorstuurt naar de 2e lijn. Hieruit kunnen wij concluderen dat de HWP'en in hun huidige vorm voorzien in aan aantal noden van de huisarts die niet of minder vervuld worden bij de artsen in het KWS.
De ingeschatte urgentie van de aangeboden casussen verschilt niet tussen de beide groepen. De reden waarom er in de HWP een hogere bereidheid heerst om 's nachts persoonlijk een rol te spelen in de afhandeling van patiënten moet dus niet gezocht worden in de inschatting van de ernst van de casus.
Of dit verschil voorkomt uit bijvoorbeeld de organisatievorm, het beschikbare materiaal, het huishoudelijk reglement, of de aanwezigheid van ondersteunend personeel, is voer voor toekomstig kwalitatief onderzoek.
Uit de interviews met de apothekers valt te concluderen dat er een heel geringe samenwerking is met (spoedartsen en huis)artsen. Apothekers zijn over het algemeen tevreden over hun wachtdiensten, en vinden grote veranderingen als een centralisering van de wachtdiensten niet nodig. Wel zijn zij vragende partij dat er voornamelijk op de dienst spoedgevallen medicatie zou worden meegegeven aan de patiënt om de nacht te kunnen overbruggen, of zelfs tot de volgende werkdag. En dat de voorschrijvende huisarts gemakkelijker bereikbaar is voor overleg bij onduidelijkheid.
Vanuit de dienst spoedgevallen is er zeker vraag naar een hechtere samenwerking tussen spoedartsen en huisartsen, maar de manier waarop deze verbeterd zou moeten worden, is nog niet duidelijk en zal verder onderzocht moeten worden. Een belangrijk thema van een betere samenwerking is de vraag naar een geijkte manier van informatieoverdracht, waarbij duidelijke, gestandaardiseerde verwijsbrieven een aandachtspunt voor de huisarts kunnen zijn, en voorafgaand telefonisch contact.
In de toekomst is er ongetwijfeld een potentieel grote rol weggelegd voor online applicaties. Zoals bijvoorbeeld het Sumehr project, Vitalink en Vaccinet. Al deze projecten zijn te raadplegen wanneer er met de toestemming van de patiënt een therapeutische relatie aangegaan wordt. Met de Sumehr wordt een samenvatting van de medische voorgeschiedenis beschikbaar gesteld, met Vitalink het medicatieschema en Vaccinet registreert de toegediende vaccinaties. Echter, zoals één van de spoedartsen het zo mooi verwoordde: deze systemen zijn maar zo bruikbaar als dat ze afdwingbaar zijn. Momenteel is er op de geïnterviewde spoeddiensten geen ervaring met deze systemen.

Bronnen

1. Grip op het tekort [Internet]. [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/12938/Grip-op-het-tekort.htm

2. Capaciteitsorgaan. Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg [Internet]. 2004 [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.capaciteitsorgaan.nl/wp-content/uploads/2016/01/Huisartsenzorg-dec.04.pdf

3. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2010 Hoofdrapport. Revisie 1.1 [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.capaciteitsorgaan.nl/wp-content/uploads/2011/01/revisie-1.1-Capaciteitsplan-2010.pdf

4. 1733 met uniforme triage op het terrein uitgetest | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/1733-met-uniforme-triage-op-het-terrein-uitgetest

5. Luikse huisartsen willen af van nachtwacht. Artsenkrant. 2438th ed. 2016 Feb 19;1.

6. Agressiegeval in Péruwelz: Bvas roept op tot actie | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/agressiegeval-peruwelz-bvas-roept-op-tot-actie

7. Bvas én Kartel positief over plan Onkelinx voor huisartsenwachtdienst | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/bvas-en-kartel-positief-over-plan-onkelinx-voor-huisartsenwachtdienst

8. Ontvoerde huisarts Vanclef: “Ik ben nog steeds in shock” | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/ontvoerde-huisarts-vanclef-ik-ben-nog-steeds-shock

9. Waalse huisarts van wacht ontvoerd en bedreigd | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/waalse-huisarts-van-wacht-ontvoerd-en-bedreigd

10. Huisarts ’s nachts met chauffeur op pad | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/huisarts-s-nachts-met-chauffeur-op-pad

11. Van Wijnsberghe T. Tevredenheid en attitude van huisartsen over wachtdiensten en huisartsenwachtposten [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bae3ed629-f1fe-1c7e-3923-be7ed337d7e8%7D_VanWijnsbergheTine-scriptie.pdf

12. Delinquenten viseren huisdokters | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/delinquenten-viseren-huisdokters

13. VHS. Arts (64) vermoord met mes bij huisbezoek: verdachte opgepakt [Internet]. HLN. 2015 [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.hln.be/hln/nl/957/Binnenland/article/detail/2542917/2015/12/01/Arts-64-vermoord-met-mes-bij-huisbezoek-verdachte-opgepakt.dhtml

14. Dokter Patrik Roelandt om het leven gebracht | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 29]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/dokter-patrik-roelandt-om-het-leven-gebracht

15. Koninklijk besluit nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen [Internet]. Belgisch Staatsblad, 1967111040 Nov 14, 1967. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111008&table_name=wet

16. Wachtdienst voor huisartsgeneeskunde - Advies - Orde der artsen - Ordomedic [Internet]. [cited 2016 Mar 29]. Available from: https://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/wachtdienst-voor-huisartsgeneeskunde

17. Spoed kan 's nachts huisartsenwachtdienst waarnemen | Artsenkrant [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://www.artsenkrant.com/actualiteit/belgie/spoed-kan-s-nachts-huisartsenwachtdienst-waarnemen

18. Eichler K, Imhof D, Chmiel C, Zoller M, Senn O, Rosemann T, et al. The provision of out-of-hours care and associated costs in an urban area of Switzerland: a cost description study. BMC Fam Pract. 2010;11:99.

19. Philips H, Michiels B, Coenen S, Remmen R. Reducing inappropriate A&E attendances. Br J Gen Pr. 2014 Feb 1;64(619):70–70.

20. Philips H, Remmen R, Paepe PD, Buylaert W, Royen PV. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. BMC Fam Pract. 2010 Nov 15;11(1):1–8.

21. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblick M, Geudens L, Bronckaers M, et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. BMC Health Serv Res. 2010;10:222.

22. Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. BMC Fam Pract. 2007;8:46.

23. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Predicting the place of out-of-hours care—A market simulation based on discrete choice analysis. Health Policy. 2012 Aug;106(3):284–90.

24. Uden CJT van, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J. 2004 Nov 1;21(6):722–3.

25. Luikse huisartsen willen af van nachtwacht. 2016 Feb 19;35.

26. Nederlandse Triage Standaard [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 1]. Available from: http://de-nts.nl/wp-content/uploads/2014/12/Factsheet-NTS-april-2012.pdf

27. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? J Accid Emerg Med. 1999 May 1;16(3):179–81.

28. Michiels F. Kwaliteitsanalyse van verwijsbrieven op spoed tijdens de wachturen Ontwerp van een sjabloon [Internet]. 2011. Available from: http://www.icho-

info.be/masterproefpdf/thesis/%7B7e969dd2-ea29-8834-7525-eec4560a96de%7D_Michiels-Frederik-scriptie.pdf

Bijlagen

1. Protocol

Huisartsenwachtdiensten tijdens de diepe nacht: zien huisartsen dit nog als hun takenpakket en wat zijn hun noden?

Inleiding

Recent is er discussie ontstaan over de noodzaak voor huisartsen om tijdens de diepe nacht permanentie te voorzien. Onder de diepe nacht wordt verstaan de periode tussen 23-07u. Vooral veiligheidsproblemen en een gebrek aan efficiëntie van de hulpverlening worden aangehaald als reden om in de diepe nacht geen wachtdienst meer te laten voorzien door huisartsen. Want ondanks het feit dat de Belgische wetgeving dicteert dat continuïteit van zorgen dient voorzien te worden 24/7 hoeft deze niet door de huisarts zelf verzorgd te worden. Als alternatief kan er naar de spoeddiensten gekeken worden. Bovendien kan de vraag gesteld worden welk systeem het meest kost-efficiënt is. Er werd nl. reeds aangetoond dat de opkomst van de huisartsenwachtposten geen afzuigend effect heeft op de patiënt load van de spoeddiensten, dat ze eerder een service-induced demand effect genereren.
Met dit onderzoek wordt er gepeild naar de hedendaagse mening van de Vlaamse huisartsen in deze discussie. Verder wordt er gekeken met welke klachten patiënten zich aanmelden bij de eerste lijn tijdens de diepe nacht, maar ook in de tweede lijn. Tot slot willen we bekijken welke medicatie patiënten voldoende belangrijk achten om tijdens de diepe nacht de apotheker van wacht te bezoeken. Dit alles om een overzicht te verkrijgen van de bereidwilligheid van de huisartsen alsook om te bekijken of de samenwerking tussen eerste lijn, tweede lijn en apothekers beter op elkaar kan afgestemd worden.
De onderzoeksvraag luidt dan ook: Waarvoor maken patiënten gebruik van wachtdiensten tijdens de diepe nacht bij huisartsen, spoeddiensten en apothekers? Wat is de bereidheid van deze hulpverleners om ’s nachts ter beschikking te zijn en wat zijn hun noden?

Methode

Een verkennende literatuurstudie werd uitgevoerd tussen 01-04-2015 en 01-05-2015. OvidSP werd geraadpleegd als platform voor gepubliceerde literatuur. Artikels werden beoordeeld op titel en abstract en in consensus verworpen of weerhouden.
Vervolgens worden 100 huisartsen in Vlaanderen bevraagd met gestructureerde vragenlijsten tijdens een wachtdienst in zowel een KWS systeem (50) als op een huisartsenwachtpost (50) aan de hand van 8 gestandaardiseerde casussen en probleembeschrijvingen waarop door de artsen aangegeven kan worden hoe, en of zij deze casus zouden afhandelen tijdens hun wachtdienst en welke urgentiegraad ze hieraan toekennen. Deze ondervraging verloopt via een vragenlijst die via internet geraadpleegd en ingevuld dient te worden. Alle deelnemers dienen hun geïnformeerde toestemming te geven. Bij deze ondervraging krijgen de artsen ook de mogelijkheid om aan te geven wat zij graag veranderd willen zien in het huidige systeem of de huidige voorzieningen opdat zij met een casus aan de slag willen gaan.
De op deze manier verkregen data wordt statistisch geanalyseerd middels SPSS 22.
De data van de bevragingen worden onderzocht om de noden en de bedenkingen van de Vlaamse huisarts te kwantificeren en zo de mogelijkheden en hinderpalen te identificeren en duidelijk te formuleren.
Er zullen informatieve interviews gehouden worden met 3 apothekers en 3 spoedartsen. In deze interviews wordt er gepeild naar de voor en nadelen tijdens de diepe nacht vanuit een ander oogpunt dan de huisarts. De deelnemers zal gevraagd worden naar mogelijke verbeterpunten, en meningen over voorgestelde oplossingen. Deze gegevens zullen geanalyseerd worden en opmerkingen die frequent voorkomen zullen in ons onderzoek worden meegenomen als bedenkingen of suggesties.

Verwachte resultaten
Wij verwachten een betrouwbaar beeld te kunnen schetsen van de bereidheid van de huisartsen om tussen 23 uur en 07 uur de permanentie voor hun patiënten te voorzien. Wanneer zou blijken dat de bereidheid bij artsen tijdens deze uren van de nacht gedaald is, of de pathologie waarmee patiënten zich presenteren eerder aansluit bij pathologie die op spoedgevallendiensten thuishoort, kan dit een pleidooi zijn om tijdens de diepe nacht patiënten direct op spoedgevallen te zien. Wat mogelijk de werklast voor de huisartsen ook sterk zou kunnen reduceren.
Door de interviews te analyseren verwachten wij veel genoemde klachten, suggesties of opmerkingen mee te kunnen nemen in de bedenkingen en bespreking van deze studie. Hiermee denken we een genuanceerder beeld te kunnen schetsen van de problematiek vanuit verschillende oogpunten, en niet enkel vanuit de huisartsgeneeskunde.

2. Geïnformeerde toestemming en vragenlijst huisartsen

Bereidheid wachtdiensten

Beste deelnemer aan dit onderzoek,

Wij zijn 2 huisartsen in opleiding en met dit onderzoek hopen wij inzicht te krijgen in de bereidheid bij huisartsen om wachtdiensten te draaien tijdens de diepe nacht.
Uw medewerking zal worden gevraagd voor het invullen van een korte vragenlijst. Het invullen van deze vragenlijst zal u maximaal 10 minuten van uw tijd kosten.

Wij hopen in totaal op de medewerking van een 100-tal huisartsen te kunnen rekenen. 50 waarvan de opvang van de patiënten buiten de uren in een wachtpost gebeurt en waar bij 50 de opvang van de patiënten buiten de uren geregeld is via het ROTA systeem.
Door de antwoorden te analyseren willen wij een beter beeld krijgen in hoeverre huisartsen nog bereid zijn om tijdens de diepe nacht patiënten op te vangen, wat de weerstanden zijn, en waarop dit wel/niet langer als een taak voor de huisarts wordt gezien.

In de volgende vragenlijst krijgt u 10 zeer korte casussen voorgelegd. Bij iedere casus vragen wij u of u in uw huidig wachtsysteem bereid zou zijn om voor de opvang van deze patiënt in te staan tussen 23.00 uur, en 7.00 uur.
Indien u nee antwoord, vragen wij u ook om de reden in te vullen waarom u de zorg voor deze patiënt niet op u wenst te nemen als eerste persoon. Er zijn een aantal vastgestelde antwoorden. Indien geen van deze antwoorden overeenkomt met uw mening, dan is er ruimte om uw eigen antwoord te geven bij “other”

Ten slotte vragen wij u bij iedere casus om een urgentiescore toe te kennen die u het beste vindt passen bij die casus. Dit vragen wij u te doen aan de hand van de vastgestelde NHG urgentiecodering welke u onderaan deze pagina kan vinden, en herhaald zal worden bij iedere casus.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig, en gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Tijdens het invullen van de enquête kunt u te allen tijde uw deelname stoppen, waarna uw antwoorden niet zullen worden opgenomen in ons onderzoek.

Met het voltooien van de enquête geeft u toestemming dat uw antwoorden worden opgenomen in het onderzoek. Dit zal aan het einde van de enquête nogmaals gevraagd worden.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking,

Dr. Kim van der Heyden, Huisarts in opleiding. 0472/69 54 37,
kim.vanderheyden2@student.uantwerpen.be
Dr. Richard Demmers, Huisarts in opleiding. 0486/08 29 87,
richard.demmers@student.uantwerpen.be
Dr. Hilde Philips, Promotor

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Wachtdienstsysteem

Bent u aangesloten bij een huisartsenwachtpost?*

- Ja
- Nee

Hoe lang bent u al actief als huisarts?*

- HAIO - 10 jaar
- 11 - 20 jaar
- 21 - 30 jaar
- 31 - 40 jaar
- 41 - 50 jaar
- 51 jaar of langer

Casus 1 - geriatrie

Een 85 jarige dame belt omdat ze plotseling een bloedneus heeft gekregen terwijl ze haar neus snoot. Ze is enkele dagen geleden nog bij de huisarts geweest wegens een verkoudheid. Mevrouw heeft nooit een bloedneus en is bang voor een hersenbloeding. Voorgeschiedenis: hypertensie, diabetes,TIA. Medicatie: metoprolol, metformine en acetylsalicylzuur.

1. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 2 – orthopedie

Een 30 jarige vrouw belt op. Ze is vannacht gaan slapen met een pijnlijke knie, ze heeft voor het slapen een paracetamol genomen. Nu is ze wakker geworden en is de knie rood en dik, ook bewegen is zeer pijnlijk. Ze voelt zich ontzettend beroerd en heeft een koortsig gevoel. Patiente is de afgelopen dagen niet ziek geweest en heeft een blanco voorgeschiedenis. Ze gebruikt alleen microgynon 30.

2. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 3 - gynaecologie

De partner van een 27-jarige vrouw belt op. Ze is nu 6 weken zwanger van haar eerste kindje en heeft sinds de avond heftige buikpijn wat gepaard gaat met krampen en een klein beetje vaginaal bloedverlies. Ze heeft geen koorts, maar is nu wel erg duizelig bij rechtkomen en bang om flauw te vallen. Patiente heeft een blanco voorgeschiedenis en gebruikt geen medicatie.

3. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 4 - pneumologie

Een 30-jarige man belt omdat hij al een week hoestaanvallen heeft. Hij kan er slecht van slapen. Soms hoest hij slijm op met een wittig aspect en tijdens het hoesten heeft hij het gevoel geen lucht meer te krijgen. Tussendoor is hij niet benauwd, hij weet niet of hij koorts heeft gehad. Hij heeft een blanco voorgeschiedenis maar hij maakt zich wel zorgen, want zijn vader is vorig jaar overleden aan longkanker.

4. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*
Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 5 - neurologie

De echtgenote van een 78-jarige man belt in paniek op, omdat haar man ineens zijn rechter arm en been niet meer kan bewegen en niet meer uit zijn woorden kan komen. Ook valt haar op dat hij een afhangende mondhoek heeft. Patient heeft dit 4 jaar geleden al eens gehad en toen trok dit na 10 minuten weer weg, maar nu houdt het al meer dan 15 minuten aan. Meneer is goed aanspreekbaar, maar hij is niet goed verstaanbaar. In het EMD staat dat meneer bekend is met hypertensie waarvoor chloortalidon en diabetes waarvoor metformine, verder gebruikt hij acetylsalicylzuur en een statine.

5. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other: [ ]

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden: [▼]

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 6 - gastro-enterologie

Een 52 jarige dame belt om een afspraak te maken, ze heeft sinds 2 dagen diarree, wisselend van waterdun tot brijig. Ze vindt de diarree erg hinderlijk, want ze moet wel 10x per dag naar het toilet. Ze voelt zich verder niet ziek, maar heeft wel een verminderde eetlust. Mw heeft hypertensie waarvoor ze hydrochloorthiazide gebruikt.

6. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden:

▼

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 7 – heelkunde

Een 28 jarige jongedame met een blanco voorgeschiedenis belt op. Ze is uitgegleden op de trap met een glas in de hand. Ze liep een snijwonde op thv de duimmuis van de rechter hand, ze probeerde het bloeden te stoppen, maar dit blijkt niet goed te lukken. Ze neemt geen medicatie.

7. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 8 – pediatrie

Een moeder belt voor haar dochter van 2,5 jaar. Het dochtertje heeft sinds een dag hoge koorts tot 39 graden. Ze vermeldt neusloop, een reutelende ademhaling en buikpijn. Ze beschrijft haar dochter als hangerig en huilerig.
Het kindje heeft een blanco voorgeschiedenis en neemt geen medicatie.

8. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*
Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 9 – cardiologie

De echtgenote van een 79 jarige man belt op, ze is ongerust. Haar man klaagt van een dichtsnoerend gevoel op de borst en hartkloppingen. Hij voelt zich gejaagd en is zweterig. In de voorgeschiedenis staat een CABG genoteerd.
Zijn medicatie bestaat uit een statine, een β-blokker, acetylsalicylzuur en een ACE inhibitor

9. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*
Urgentiegraden:

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Casus 10 – overlijden

Een nabijgelegen woonzorgcentrum belt om 01.00 uur op om het overlijden te melden van een 82 jarige bewoner. De man had een pacemaker en was een verstokte roker met ernstige COPD. Hij was sinds enkele dagen slecht aanspreekbaar en at en dronk erg slecht. Wegens het verslikkingsrisico werd geen medicatie meer toegediend.

10. Bent U bereidt om zelf met deze casus aan de slag te gaan tijdens de diepe nacht (23-07u)?*

- ○ Ja , ik ben bereid om tijdens de diepe nacht (23-07u) deze patiënt te zien en deze casus af te handelen
- ○ Nee, ik vind deze casus onvoldoende urgent om tijdens de diepe nacht (23-07u) af te handelen
- ○ Nee, deze casus is een urgentie en behoort niet tot de huisartsgeneeskundige zorg, ik zou meteen doorverwijzen naar spoed/ziekenwagen/MUG
- ○ Other:

In welke urgentieklasse zou u deze patiënt indelen? (kies één antwoord)*

Urgentiegraden:

▼

Urgentieclassificatie

NHG Urgentieclassificatie

U0	Reanimatie	Uitval vitale functies	Onmiddellijk
U1	Levensbedreigend	Instabiele vitale functies	Zo snel mogelijk
U2	Spoed	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	Dringend	Reële kans op schade	Binnen enkele uren
U4	Niet dringend	Verwaarloosbare schadekans	Dezelfde dag
U5	Advies	Geen kans op schade	Volgende werkdag of voorlichting

Bedankt voor uw deelname

Wij willen u hartelijk danken voor uw deelname. Door te klikken op de "submit" knop stemt u er mee in dat uw antwoorden verwerkt zullen worden in ons onderzoek.

Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met een van de onderzoekers:
Dr. Kim van der Heyden, Huisarts in opleiding. 0472/69 54 37, kim.vanderheyden2@student.uantwerpen.be
Dr. Richard Demmers, Huisarts in opleiding. 0486/08 29 87,
richard.demmers@student.uantwerpen.be

email adres

Indien u in onderstaand tekstveld uw e-mailadres achterlaat, dan zal u geen herinneringen over deze enquete meer ontvangen. Na het verzamelen van de data zal uw emailadres verwijderd worden uit ons systeem. U kan er ook voor kiezen om dit veld leeg te laten, maar dan kunnen wij niet zien of u de enquete heeft ingevuld en is het mogelijk dat u herinneringen ontvangt terwijl u deze al heeft voltooid.

3. Gestructureerd interview apotheker

1. Hoe dikwijls zijn jullie van wacht?
2. Hoe druk zijn de wachten tijdens de diepe nacht?
3. Waar komen mensen vooral voor?
4. Welke medicatie wordt vooral uitgegeven tijdens de diepe nacht?
5. Hoe verloopt de samenwerking met huisartsen tijdens een wachtdienst?
    a. Wat loopt er goed
    b. Waar is er ruimte voor verbetering?
6. Hoe verloopt de samenwerking met spoedartsen tijdens een wachtdienst?
    a. Wat loopt er goed?

b. Waar is er ruimte voor verbetering?

7. Hoe kunnen wachtdiensten tijdens de diepe nacht organisatorisch verbeterd worden voor apothekers?
8. Zijn er problemen geweest met de veiligheid tijdens een wacht?
9. In hoeverre zijn jullie nog bereid om wachten op de huidige manier te voorzien tijdens de diepe nacht?
10. Zou een integratie van een apotheek in een huisartsenpost of op een spoedgevallen dienst een alternatief zijn?
11. Welke gegevens worden er geregistreerd, en zouden deze voor eventueel vervolgonderzoek kunnen worden opgevraagd?

4. Gestructureerd interview spoedarts

1. Hoeveel nachtshiften presteren spoedartsen gemiddeld?
2. Hoe druk/wat is de workload/gemiddeld aantal patiënten tijdens de diepe nacht op de spoed?
3. Waar komen mensen vooral voor? (Is dit eerder eerstelijnsgeneeskunde, eerder spoed, eerder…?)
4. Hoe verloopt de samenwerking met de eerste lijn?
   a) Hoe verloopt de communicatie? (Verwijsbrief? Telefonische aanmelding? Niets? …?)
   b) Wat loopt er goed?
   c) Waar is er ruimte voor verbetering?
5. Is er samenwerking met apothekers?
   a) Wat loopt er goed
   b) Waar is er ruimte voor verbetering?
6. Is er nood aan een herorganisatie van de wachtdiensten tijdens de diepe nacht?
7. Zou een integratie van eerste en tweede lijn tijdens de diepe nacht interessant zijn?
8. Gatekeeperfunctie rechtstreeks of via verwijzing? (Nederlands model)
9. Mogelijke voor en nadelen?
10. Integratie apotheek?
11. Data opvragen bij verder onderzoek mogelijk? Wat wordt er geregistreerd?
12. Veiligheid? Gevoel van? Ervaringen? Structurele veranderingen nodig?

5. Toestemming Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. H. Philips
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Huisartsenwachtdiensten tijdens de diepe nacht: zien huisartsen dit nog als hun takenpakket en wat zijn hun noden?

Belgisch Registratienummer: B300201627324

datum	ons kenmerk	contactpersoon
1/02/2016	16/1/15	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 1/02/2016.

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

- CV onderzoeker
  Dr. Demmers
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 21/01/2016
  versie 4.0
- Protocol dd. 1/01/2016
  versie 5.0
- Diverse aangepaste versie dd. 21/01/2016
  vragen per casus, versie 5.0