HUISARTSENWACHTPOST: EVOLUTIE VAN PATIËNTENBESTAND EN TYPE PATHOLOGIE

Jolien Verzelen, University of Ghent

Promotor: Prof. Dirk Avonts, MD, PhD, University of Ghent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

HUISARTSENWACHTPOST:
EVOLUTIE VAN PATIËNTENBESTAND EN TYPE PATHOLOGIE

ABSTRACT

Een klassieke huisartsenwachtdienst is een uitgewerkt beurtrolsysteem dat regelmatige en normale verstrekking van huisartsgeneeskundige zorgen aan de bevolking garandeert. De wachtdienst wordt waargenomen door praktijkvoerende artsen binnen het werkgebied van de lokale kring. Op een huisartsenwachtpost wordt het beurtrolsysteem georganiseerd op een vaste locatie.

Deze masterproef onderzoekt wat het verschil is in het patiëntenbestand en de types pathologie op een klassieke huisartsenwachtdienst en een huisartsenwachtpost.

Objectieve informatie over patiëntencontacten vergelijken tussen de klassieke huisartsenwachtdienst en een huisartsenwachtpost is relevant om nieuwe huisartsenwachtposten te evalueren, alsook om in de toekomst opstartende wachtposten correcte gegevens te verschaffen, zodoende eventuele toekomstige hervormingen te optimaliseren.

METHODE

Uitvoering van een vergelijkende analyse van registratie van wachtartsen op een klassieke huisartsenwachtdienst en een huisartsenwachtpost.

RESULTATEN

In onderstaande tabel wordt een schematische weergave van de meest opvallende onderzoeksresultaten weergegeven.

	KLASSIEKE HUISARTSENWACHTDIENST (N=94)	HUISARTSENWACHTPOST (N=236)
Aantal bezoeken/aantal inwoners	0,62%	0,92%
0 tot 10-jarigen	31,91%	19,35%
Man - Vrouwverhouding	40,43% – 59,57%	43,01%– 56,99%
Consulten om 21uur Consulten om 22uur	3,19% 2,13%	9,57% 8,51%
Huisbezoeken – Consulten	29% - 71%	40% - 60%
Categorie 'algemeen en niet gespecificeerd' Categorie 'spijsverteringsorganen' Categorie 'luchtwegen'	27,66% 23,40% 18,09%	15,66% 24,10% 14,46%

CONCLUSIE

Procentueel vergeleken zorgt de wachtpost voor 50% meer bezoeken dan een klassieke wachtdienst. Tijdens de wachtdienst werd de leeftijdscategorie van 0 tot en met 10 jaar het meest vertegenwoordigd, voornamelijk op de klassieke wachtdienst. De huisartsenwachtpost werd 's avonds laat meer bezocht. Er werden meer huisbezoeken geregistreerd op de huisartsenwachtpost. De pathologieën onder 'algemeen en niet gespecificeerd', 'spijsverteringsorganen' en 'luchtwegen' werden het meest geregistreerd, zowel op de klassieke huisartsenwachtdienst als op de huisartsenwachtpost. Bepaalde 'vergeten pathologieën' (oog, bewegingsapparaat en huid) presenteert zich opnieuw op de huisartsenwachtpost.

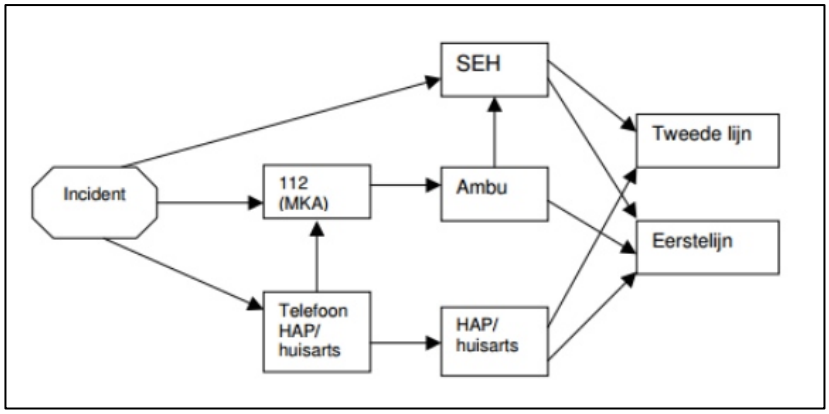
Het aantal spoedbezoeken reduceren door de oprichting van een huisartsenwachtpost blijkt niet evident. Er is behoefte aan meer duidelijkheid over samenwerkingsverbanden tussen huisartsenwachtposten en de spoedopname in verschillende organisatievormen (los van, voor of geïntegreerd in de spoedopname).

INHOUDSTAFEL

Abstract 2
Methode 2
Resultaten 2
Conclusie 3
Inhoudstafel 4
Inleiding 5
Methode 7
Literatuur 7
Registratie 8
Resultaten 11
Literatuur 11
Probleemschets 11
Oplossingen 13
Evaluatie huidige huisartsenwachtposten 13
Huisartsenwachtpost geïntegreerd bij spoedopname 13
Registratie 15
Aantal contacten 15
Leeftijd en geslacht 16
Tijdstip consult 18
Type contact 19
Type pathologie 20
Urgentiegraad 22
Analyse en discussie 23
Besluit 26
Dankwoord 27
Referenties 28
Bijlagen 29
Bijlage 1 papieren dataregistratie 29
Bijlage 2 dataregistratie in excelformat 30
Bijlage 3 informatiebrief artsen 31
Bijlage 4 informatiebrief patient 32
Bijlage 5 goedkeuring commissie voor medische ethiek 33
Bijlage 6 protocol ethisch comite 35

INLEIDING

In België bestaat momenteel een vrije toegang tot primaire, secundaire en tertiaire hulpverlening. Men kan in de zogenaamde 'spoedzorgketen buiten de kantooruren' (zie figuur) steeds beroep doen op de klassieke huisartsenwachtdienst of de huisartsenwachtpost, de spoedeisende hulp van het ziekenhuis of het noodnummer 112. Hierbij is geen doorverwijzing noodzakelijk van een arts, omdat België het principe van 'vrije keuze' betoogt[1].



Procesbeschrijving van de spoedzorgketen, Joling 2006

Een klassieke huisartsenwachtdienst is een uitgewerkt beurtrolsysteem dat regelmatige en normale verstrekking van huisartsgeneeskundige zorgen aan de bevolking garandeert. De wachtdienst wordt waargenomen door praktijkvoerende artsen binnen het werkgebied van de lokale kring.

Op een huisartsenwachtpost wordt het beurtrolsysteem georganiseerd vanuit een vaste locatie. Alle huisartsenwachtposten hebben gelijkaardige kenmerken, zoals de infrastructuur (consultatieruimtes, een ontspanningsruimte, slaapkamers voor de artsen,…), onthaalmedewerkers, een beperkte duur van de wachten (12 uur) en een georganiseerd rapporteringssysteem van de patiëntencontacten. Iedere wachtpost werkt echter individueel, met onderlinge verschillen in openingsuren en aanwezigheid van ondersteunende personeelsleden. De huisartsenwachtposten worden gesubsidieerd door de overheid.

De eerste huisartsenwachtpost werd opgericht in juni 2003 in de regio Deurne-Borgerhout (Antwerpen). Sindsdien wordt voor meer dan 20% van de Vlaamse bevolking de wachtdienst georganiseerd via wachtposten[2].

In onderstaande tabel worden enkele belangrijke toelichtingen rond de organisatie van een klassieke wachtdienst versus een wachtdienst op een huisartsenwachtpost weergegeven.

KLASSIEKE WACHTDIENST	WACHTDIENST OP EEN HUISARTSENWACHTPOST
• Wachtdienst van 24uur	• Wachtdienst van 12uur
• In eigen praktijk	• Vanuit wachtpost
• Wisselende locatie	• Vaste (centrale) locatie
• Beperkte administratieve ondersteuning	• Onthaalmedewerkers
• Eigen vervoer	• Wagen met chauffeur
• Verschillende rapportering	• Standaard uniforme rapportering

In september 2015 zou een huisartsenwachtpost opgericht worden geïntegreerd bij de spoedopname van het AZ Oudenaarde. De oprichting van de nieuwe huisartsenwachtpost vormde voor mij een interessant thema voor mijn masterproef huisartsengeneeskunde.

Het doel van mijn masterproefproject beoogde te onderzoeken hoe het patiëntenbestand en de aangeboden pathologie zou evolueren bij de overgang van een klassieke huisartsenwachtdienst naar een huisartsenwachtpost geïntegreerd bij een spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis.

De opstart van de huisartsenwachtpost in Oudenaarde liep echter vertraging op en werd afgelast nadat de overheid de uitgaven voor wachtposten op 12 oktober 2015 bevroor. Dit bracht het aanvankelijke opzet van mijn masterproef in gedrang en vormt de reden waarom van het oorspronkelijke protocol (zie bijlage) werd afgeweken.

De focus van mijn masterproef werd bijgevolg verlegd. De doelstelling van mijn project tracht nu te onderzoeken hoe het patiëntenbestand en de aangeboden pathologie evolueert tussen een klassieke wachtdienst en een wachtdienst in een huisartsenwachtpost in een gelijkaardige regio als Oudenaarde (in casu huisartsenwachtpost Panacea te Zottegem).

Het uiteindelijke opzet van mijn masterproefproject omvat een vergelijkende analyse van gelijk geregistreerde variabelen tijdens klassieke huisartsenwachtdiensten in Oudenaarde ten opzichte van wachtdiensten op de huisartsenwachtpost in Zottegem om zo het effect van de oprichting van een huisartsenwachtpost te meten op patiënt- en consultkarakteristieken en type pathologie.

METHODE

LITERATUUR

Voor de uitvoering van deze masterproef werd vertrokken vanuit onderstaande PICO:

Patient:	patiënt die zich aanbiedt tijdens de wachtdienst
Intervention:	huisartsenwachtpost (out-of-hours services/care, after hours care, GP co-operatives)
Comparisation:	klassieke wachtdienst (out-of-hours services/care, after hours care, GP co-operatives)
Outcome:	patient- en consultkarakteristieken, type pathologie

Voor het literatuuronderzoek werden meerdere databanken geraadpleegd.

In Medline (CEBAM) en de Cochrane Library werd gezocht via de zoektermen vanuit bovenvernoemde PICO.

In het archief van Huisarts Nu (via Domus Medica) werd gezocht via Nederlandse zoektermen (huisartsen(wacht)post, klassieke/traditionele wachtdienst).

In de ICHO database/libUgent werd op zoek gegaan naar reeds bestaande thesissen of onderzoeken rondom het onderwerp.

Aanvullende referenties werden gevonden dankzij bibliografieën van relevante artikels en het identificeren van belangrijke auteurs binnen het gebied.

De relevante artikels werden geselecteerd op beschikbaarheid in het Engels of Nederlands.

Voor extra informatie werden tevens websites bezocht van overheids-/ gezondheidsinstellingen.

REGISTRATIE

De regio Oudenaarde is niet vertrouwd met de registratie van de wachtdienstgegevens via het opstellen van wachtdossiers. Registratie van wachtdienstgegevens is normaliter verplicht door het Riziv (standaardaanpak). Het Riziv stelt momenteel geen routine wachtformulier ter beschikking en legt geen criteria op inzake de te verzamelen data tijdens wachtdiensten. Naar analogie met het standaard formulier van de wachtpost Antwerpen-Zuid en de standaard procedure van klinisch handelen werd een formulier opgesteld voor de wachtpost van Oudenaarde (zie bijlage).

Het formulier bevat de volgende variabelen:

- Patiëntengegevens (naam, geboortedatum, geslacht, telefoonnummer)
- Consultatiegegevens (type consult, SOEP-systeem (Subjectief, Objectief, Evaluatie, Planning) met diagnose en behandelingsplan)
- Wachtartsgegevens
- Datum en uur van oproep

Het doel in de voorbereidende fase was het wachtformulier te introduceren en zoveel mogelijk wachtartsen van Oudenaarde te motiveren tot het gebruik hiervan. De artsen hadden tevens de optie rechtstreeks de contacten via een opgesteld excelbestand in te vullen (zie bijlage). Er werd aan de wachtartsen persoonlijk uitleg gegeven over de werking. Ze kregen een informatiebrief alsook een patiënteninformatiebrief voor hun toestemming tot deelname aan het onderzoek overhandigd (zie bijlage).

De wachtdienstgegevens van de wachtartsen die bereid en gemotiveerd waren data te registeren tijdens de klassieke wachtdienst, werden overgezet in excel en gebruikt voor de resultatenanalyse.

De huisartsenwachtpost Panacea te Zottegem registreerde van bij de opstart alle patiëntencontacten via het programma 'Introlution'. De gegevens konden hieruit opgevraagd worden via statistische lijsten in een excelbestand.

Aanvankelijk werd zo vertrokken vanuit een uitgebreide database van geregistreerde contacten in Oudenaarde en Zottegem.

In het wachtgebied van Oudenaarde werden 11 artsen bereid gevonden om de data tijdens hun klassieke wachtdienst bij te houden. Zij deden dit in de periode van 8 maart tot en met 4 oktober 2015.

In de periode van 10 april tot en met 18 oktober 2015 werden 4257 patiënten ingegeven in 'Introlution' op de huisartsenwachtpost Panacea te Zottegem.

De huisartsenwachtpost Panacea is verantwoordelijk voor de wachtdienst in de gemeenten Brakel, Herzele, Lierde, Oosterzele, Sint-Lievens Houtem en Zottegem centrum.

De huidige huisartsenkring Oudenaarde omvat 6 wachtgebieden: Oudenaarde centrum, Oudenaarde Noord, Zingem/Zwalm, Gavere, Kruishoutem en Kluisbergen.

Eerst werd een vergelijkbaar gebied in Oudenaarde en Zottegem volgens bevolkingsdichtheid uitgeselecteerd, om de uiteindelijke resultaten van de studie zo representatief mogelijk te maken.

Onderstaande tabel geeft het aantal inwoners en de bevolkingsdichtheid weer van Oudenaarde centrum en Zottegem centrum.

Zottegem heeft meer inwoners, maar dit over een groter grondgebied ten opzichte van Oudenaarde. De bevolkingsdichtheid van beide gebieden is echter zeer vergelijkbaar (ongeveer 450 inwoners/km²), waardoor er correcte analyses kunnen uitgevoerd worden, vertrekkende van data vanuit deze gebieden.

	OUDENAARDE CENTRUM	ZOTTEGEM CENTRUM
Aantal inwoners	15.206	25.689
Grondgebied (km²)	34	57
Bevolkingsdichtheid (inw./km²)	447	453

Zodoende werd enkel gebruik gemaakt van de geregistreerde gegevens van de patiënten van Zottegem centrum die zich aanboden in de huisartsenwachtpost Panacea, alsook enkel van de gegevens die geregistreerd werden door de artsen in Oudenaarde centrum. Hierdoor werd de oorspronkelijke database behoorlijk gereduceerd.

In Oudenaarde waren veel minder gegevens beschikbaar, aangezien slechts gedurende een aantal weekends gegevens werden bijgehouden. In de database van Zottegem werden ook enkel deze weekends eruit gefilterd, om een representatieve periode te omvatten.

De uiteindelijke periode die opgenomen werd in de resultaten was vrij van epidemieën. Aldus kunnen zij geen vertekening geven van de resultaten. Het hoogtepunt van de griepepidemie

bijvoorbeeld bevond zich in de week van 2 tot en met 8 februari 2015[3]. Deze periode viel voor de analyse van de resultaten.

Vertrekkende vanuit deze gegevens, werden de data van Zottegem centrum volledig gelijk gesteld aan deze van Oudenaarde centrum. Zo werden lijsten in excel bekomen voor zowel Oudenaarde centrum als Zottegem centrum met exact dezelfde gegevens, over exact dezelfde periode.

De analyses werden steeds uitgevoerd in percentages, zodat de verschillende bevolkingsaantallen niet meespelen in de analyses van de resultaten.

RESULTATEN

LITERATUUR

PROBLEEMSCHETS

Het Belgische huisartsenlandschap is de laatste jaren enorm aan het veranderen. Er tekenen zich een aantal belangrijke tendensen af. Zo is er een vergrijzing en vervrouwelijking van de huisartsenpopulatie merkbaar, zijn er meer deeltijds werkende artsen en stoppen vele artsen vroegtijdig met het beroep. Huisartsen streven steeds meer naar een goede werk-/privébalans. Artsen geven aan tijdens huisbezoeken in grote steden een onveilig gevoel te hebben.

Door deze redenen komt het klassieke beurtrolsysteem van de wachtdienst op de helling te staan. Er zijn hier namelijk steeds minder artsen toe bereid met als gevolg dat men in sommige zones met een stijgend aantal wachturen per arts kampt. Men moest op zoek naar een alternatieve manier om de continuïteit tijdens de wachtdienst te blijven garanderen[1].

Bovendien is er het probleem van het 'oneigenlijk' of 'ongepast' gebruik van de spoedgevallendiensten. Ongeveer 60% van de problematiek waarmee patiënten zich op de Belgische spoedgevallendienst aanmelden, zijn aandoeningen die binnen het bestek van de huisartsenpathologie vallen. Vaak consulteren patiënten de spoedgevallendienst zonder doorverwijzing van een huisarts (zogenaamde 'zelfverwijzers'). Overmatig, onnodig gebruik van de spoedgevallendienst leidt bovendien tot hoge kosten voor onze maatschappij[1].

De belangrijkste drijfveren achter de keuze van de patiënten voor een geraadpleegde hulpverlener of dienst werd onderzocht in verschillende studies. Zij zoeken verklaringen voor het zogenaamde 'oneigenlijk' gebruik van de spoeddienst. Een overzicht van de meest aangehaalde parameters wordt hieronder weergegeven.

- Type pathologie en perceptie van urgentie:
  Patiënten aanzien traumaproblematiek (huidaandoeningen, bot- en gewrichtsproblemen) als urgent en gaan hiermee dikwijls rechtstreek naar de spoedopname. Huisartsen zien voornamelijk algemene problemen zoals ademhalings- en spijsverteringsproblemen[4-6]. Patiënten bezoeken rechtstreeks de spoed wanneer ze verwachten dat beeldvormende diagnostiek vereist zal zijn [7-9].

- (On)toegankelijkheid:

  De spoedgevallendienst is steeds beschikbaar (24/24 uur – 7/7dagen) en is gemakkelijk bereikbaar. Daartegenover veronderstellen patiënten een ontoegankelijkheid van andere zorgvoorzieningen. [3, 7, 10].

- Wachttijd:

  Patiënten gaan ervan uit dat de wachttijd korter is op de spoedgevallendienst dan op de huisartsenwachtpost[4]. Uit onderzoek blijkt echter dat de effectieve wachttijd korter is op de huisartsenwachtpost in vergelijking met op de spoedgevallendienst[11].

- Invloed van betalingssystemen:

  Patiënten veronderstellen dat de hulpverlening op de spoedgevallendienst gratis is. Het feit dat patiënten niet onmiddellijk moeten betalen op de spoeddienst, draagt ook bij tot de keuze voor de spoedgevallendienst[11].

- Vertrouwen:

  Uit onderzoek blijkt dat het vertrouwen in een goede uitleg van de specialist met betrekking tot diagnose en behandeling en het vertrouwen in de competenties van de dienst mee de keuze voor de spoedafdeling bepaalt[11].

- Gewoonte van de patient:

  Het niet kennen van alternatieve zorgvoorzieningen speelt een belangrijke rol in de keuze voor de spoedafdeling. Patiënten die al ervaring hebben met huisartsenwachtposten staan hier meestal positief tegenover[1].

- Het al dan niet beschikken over een eigen huisarts:

  Patiënten die een vaste huisarts hebben doen minder beroep op de spoedeisende hulp[1,4].

In een Belgische studie kon het profiel opgesteld worden van patiënten die de voorkeur geven aan de spoedeisende hulp. Er werd vastgesteld dat er twee types patiënten zijn die vaker dan anderen hulp zoeken op de spoedgevallendienst: mensen van vreemde afkomst en jonge mannen met kleine trauma's, zoals een verzwikte enkel. Ze kiezen voornamelijk voor de spoed omdat ze hun aandoening associëren met technische onderzoeken[12].

OPLOSSINGEN

In de zoektocht naar mogelijke oplossingen voor bovenvermelde problematiek, dient men rekening te houden met de belangen van de arts (veiligheid, levenskwaliteit), de patiënt (toegankelijkheid, wachttijden, kwaliteit van zorg) en de overheid (kosten-effectiviteit, kwaliteitsbewaking, wettelijkheid)[1].

In de studie die het Federaal Kenniscentrum uitvoerde, werden mogelijke oplossingen geformuleerd. Momenteel zijn er slechts twee wettelijk voldoende omkaderde oplossingen, namelijk het fusioneren van wachtdienstonderdelen en het oprichten van huisartsenwachtposten. Andere voorstellen, zoals invoering van een centraal triagenummer ('project 1733'), inschakelen van vrijwillige wachtdienstartsen, hulp door verpleegkundig personeel, invoeren van telefonische consultaties of een samenwerkingsverband tussen eerste en tweede lijn, stelt men momenteel nog teveel in vraag of staan nog onvoldoende op punt[1].

EVALUATIE HUIDIGE HUISARTSENWACHTPOSTEN

In 2006 werd een eindrapport geschreven ter evaluatie van de driejarige werking van de eerste huisartsenwachtpost in Deurne-Borgerhout[15]. De voornaamste conclusies van dit onderzoek luiden als volgt: sinds de oprichting is het aantal patiëntencontacten gestegen met 50% in vergelijking met klassieke wachtdiensten in dezelfde regio. Per geëvalueerd werkjaar neemt het aantal huisbezoeken gestaag af.

Eén van de uiteindelijke doelen van het oprichten van een huisartsenwachtpost, namelijk het ontlasten van de spoedafdeling, blijkt minder evident. Zo blijkt uit onderzoek dat er geen significante afname is van het aantal bezoekers op de spoedgevallen in een gebied waar een huisartsenwachtpost was opgericht. Er is wel een afname van het aantal huisbezoeken merkbaar[12].

HUISARTSENWACHTPOST GEÏNTEGREERD BIJ SPOEDOPNAME

Een samenwerkingsverband tussen de huisartsenwachtposten en de spoedopname leek een logische stap die zou kunnen leiden tot efficiëntere en betere zorg voor de patiënt.

De huisartsenwachtpost kan zich hierbij zowel los van de spoedopname, voor of geïntegreerd in de spoedopname bevinden.

In België werd huisartsenwachtpost Antwerpen-Noord opgericht in co-locatie met de spoedopname. De twee ketenpartners liggen geografisch naast elkaar maar verder zijn er geen afspraken rond triage of is er geen gemeenschappelijk aanmeldingsloket. Het rapport van 2013 dat het effect van de oprichting van de huisartsenwachtpost in co-locatie met de spoedopname op de patiëntenstromen naging, concludeerde dat door de oprichting van de wachtpost de contacten bij de huisarts van wacht op de wachtpost Antwerpen-Noord duidelijk waren toegenomen. Dit was voornamelijk het geval in de populatie 'geen recht op verhoogde terugbetaling'. De doelstelling echter, namelijk contacten op spoed voor eerstelijnstklachten reduceren, kon niet bereikt worden[14].

De vraag stelt zich of een doorgedreven geïntegreerd model waarbij huisartsenwachtposten en spoeddiensten zich op één locatie bevinden, met behoud van afzonderlijke architectonische eenheid, maar met gemeenschappelijke triage die de patiënt onmiddellijk doorverwijst naar de juiste setting, beter zou zijn dan de huidig georganiseerde huisartsenwachtposten en bijgevolg de spoedopname wél zou ontlasten.

Dergelijke aanpak van doorgedreven integratie heeft vele voordelen: de aanpak van niet-planbare zorg wordt gestandaardiseerd, de huisarts bevindt zich in een comfortabelere en veiliger omgeving, er is een gezamenlijk gebruik van infrastructuur en prioritaire voertuigen, waardoor de vaste kosten verlaagd worden (infrastructuur, materiaal,…), de patiënten weten waar ze terecht kunnen, want de ligging van ziekenhuizen is goed gekend…

Zoals reeds eerder vernoemd, zou in september 2015 een dergelijk doorgedreven geïntegreerde huisartsenwachtpost opgericht worden bij de spoedopname van het AZ Oudenaarde. Het geplande onderzoek naar de verandering in patiëntenstromen zou een interessante aanvulling geweest zijn om meer duidelijkheid te krijgen over de werking van een geïntegreerde samenwerking van huisartsenwachtposten bij de spoedopname in Vlaanderen. Door de afgelasting kon het aanvankelijke onderzoek van mijn masterproef niet uitgevoerd worden en blijft dit een interessant project om in Vlaanderen op te starten.

In Nederland en Engeland kent men reeds dergelijke samenwerkingsverbanden tussen huisartsenwachtposten en spoedopnames. Uit Nederlands onderzoek blijkt alvast dat de integratie van een huisartsenwachtpost met een spoeddienst leidt tot een vermindering van de zogenaamde 'zelfverwijzers' op de spoeddiensten[15]. Weliswaar is Nederland, in tegenstelling tot België, een land met echelonnering in de gezondheidszorg.

REGISTRATIE

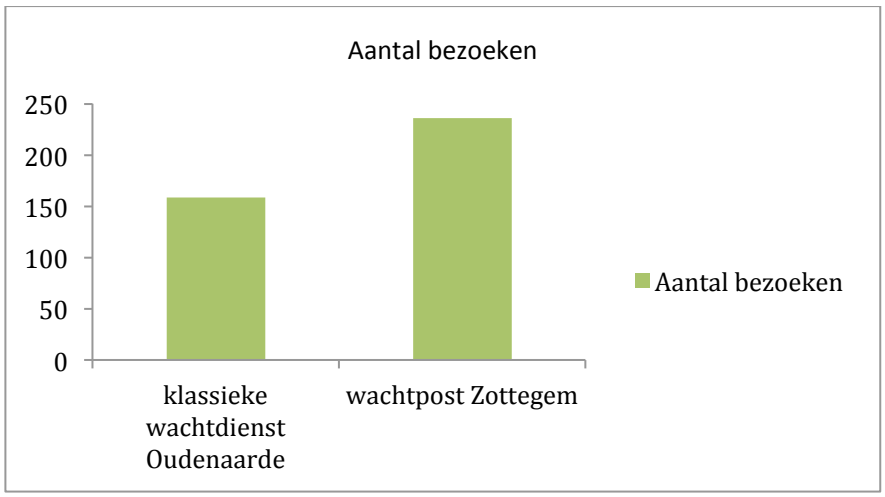
AANTAL CONTACTEN

Tijdens de klassieke wachtdienst in Oudenaarde werden in een periode van 24 april tot en met 4 oktober 2015 94 contacten geregistreerd. In de wachtpost van Zottegem betrof dit 236 contacten.

Stel dat het aantal inwoners van Oudenaarde gecorrigeerd wordt voor het aantal inwoners van Zottegem, zouden geëxtrapoleerd 159 patiënten de klassieke wachtdienst in Oudenaarde bezocht hebben. Percentueel gezien komt dit neer op een verschil van 50%.

	KLASSIEKE WACHTDIENST OUDENAARDE	WACHTPOST ZOTTEGEM
Totaal aantal bezoeken	94	236
Aantal bezoeken/aantal inwoners	0,62%	0,92%

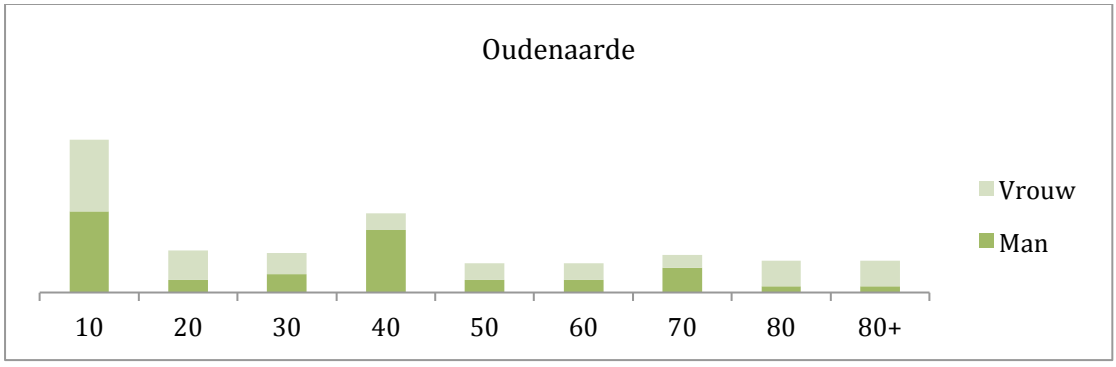
	KLASSIEKE WACHTDIENST OUDENAARDE	WACHTPOST ZOTTEGEM
Aantal bezoeken geëxtrapoleerd	159	236



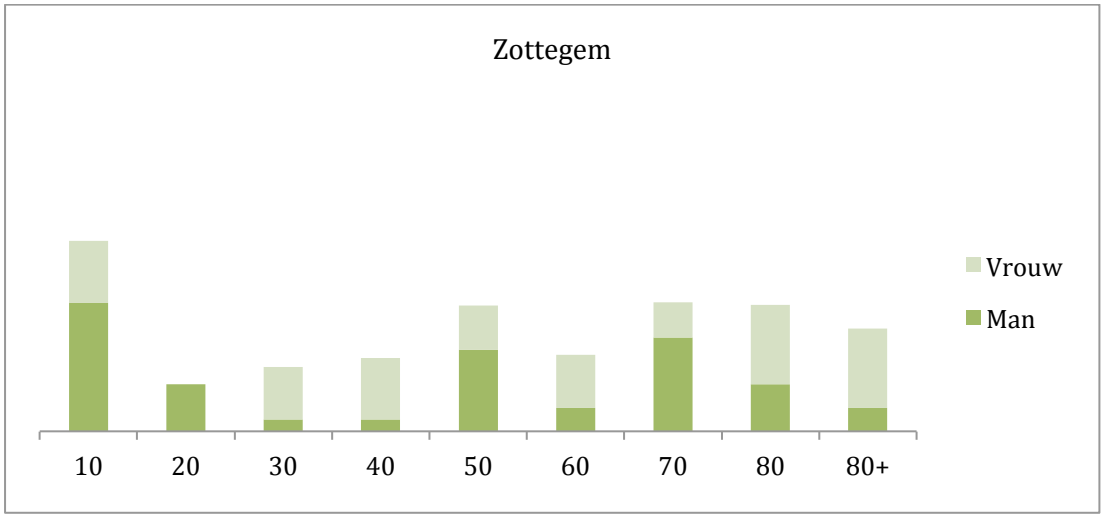
LEEFTIJD EN GESLACHT

In de tabel en figuur wordt de geslachtsverhouding (vrouwen/mannen) van de patiënten die zich aanboden tijdens de wachtdiensten percentueel opgedeeld volgens hun leeftijdscategorie.

OUDENAARDE									
Leeftijd	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80+
Man	34,21%	5,26%	7,89%	26,32%	5,26%	5,26%	10,53%	2,63%	2,63%
Vrouw	30,36%	12,50%	8,93%	7,14%	7,14%	7,14%	5,36%	10,71%	10,71%
Totaal	31,91%	9,57%	8,51%	14,89%	6,38%	6,38%	7,45%	7,45%	7,45%



ZOTTEGEM									
Leeftijd	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80+
Man	27,50%	10,00%	2,50%	2,50%	17,50%	5,00%	20,00%	10,00%	5,00%
Vrouw	13,21%	0,00%	11,32%	13,21%	9,43%	11,32%	7,55%	16,98%	16,98%
Totaal	19,35%	4,30%	7,53%	8,60%	12,90%	8,60%	12,90%	13,98%	11,83%



Tijdens zowel de klassieke wachtdienst als op de huisartsenwachtpost wordt een opvallende piek in de leeftijdscategorie van 0- tot en met 10-jarigen gezien. Deze piek is het grootst in Oudenaarde.

In Oudenaarde zien we nog een piek van consulten van 40-jarigen. 50-, 60-, 70-, 80-jarigen en 80-plussers bieden zich ongeveer allemaal evenveel aan tijdens een traditionele huisartsenwachtdienst.

In Zottegem zien we dat 50-plussers zich meer aanbieden dan mensen jonger dan 50 jaar.

Algemeen blijken zich meer vrouwen dan mannen aan te bieden tijdens de wachtdienst. In Oudenaarde en Zottegem komen deze cijfers overeen.

De man/vrouw verhouding wordt in onderstaande tabellen weergegeven voor Oudenaarde en Zottegem.

OUDENAARDE	
Man	40,43%
Vrouw	59,57%

ZOTTEGEM	
Man	43,01%
Vrouw	56,99%

TIJDSTIP CONSULT

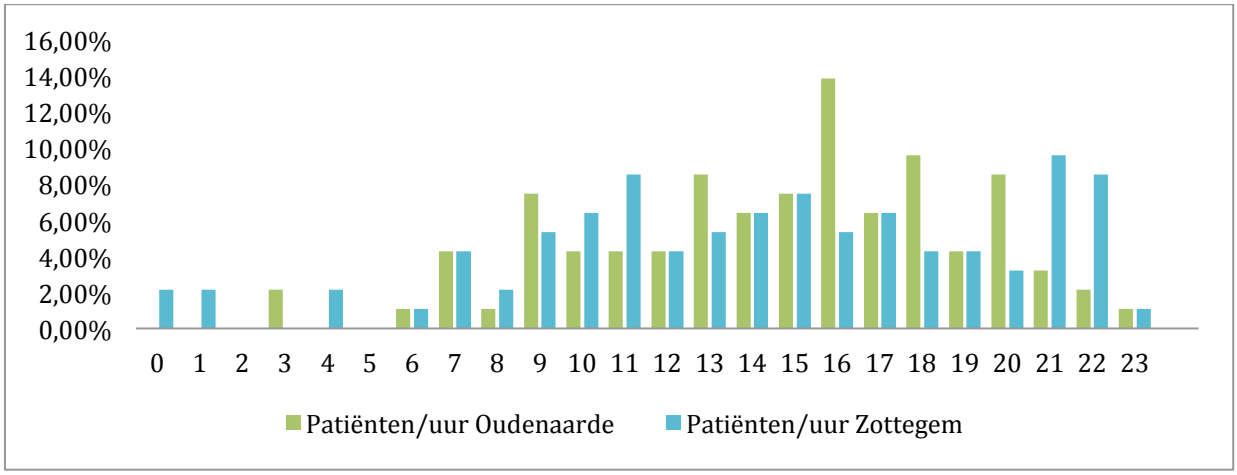
Het aantal patiëntencontacten per tijdstip wordt in onderstaande grafiek weergegeven voor Oudenaarde respectievelijk voor Zottegem.

De piekuren tijdens de klassieke wachtdiensten en op de huisartsenwachtpost situeren zich overdag. ‘s Nachts zijn er weinig contacten.

Grotendeels verloopt het aantal contacten dat gezien werd tijdens de klassieke wachtdienst en op de huisarstenwachtpost gelijk.

In Oudenaarde vonden in de loop van de voormiddag (van 7 tot en met 12uur) minder contacten plaats dan in de namiddag.

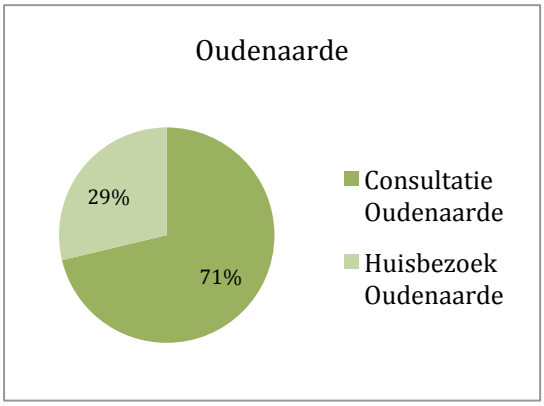
Na 20uur lijken de contacten aanzienlijk af te nemen tijdens de wachtdienst naar het klassieke model. Dit ten opzichte van op de huisartsenwachtpost in Zottegem, waar een piek zich aftekent rond 21 en 22uur.

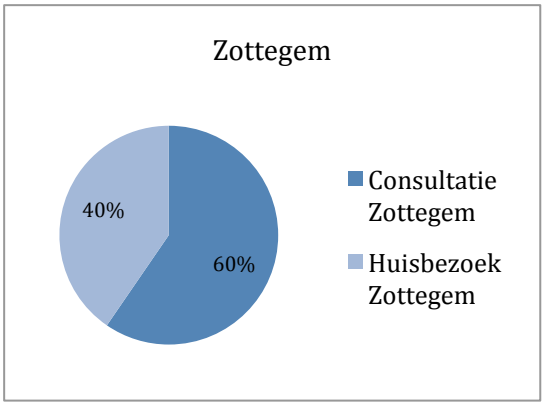


TYPE CONTACT

Onderstaande taartdiagrammen geven de procentuele verhouding aan van consulten ten opzichte van huisbezoeken in Oudenaarde en Zottegem.

Zottegem heeft meer huisbezoeken dan Oudenaarde.

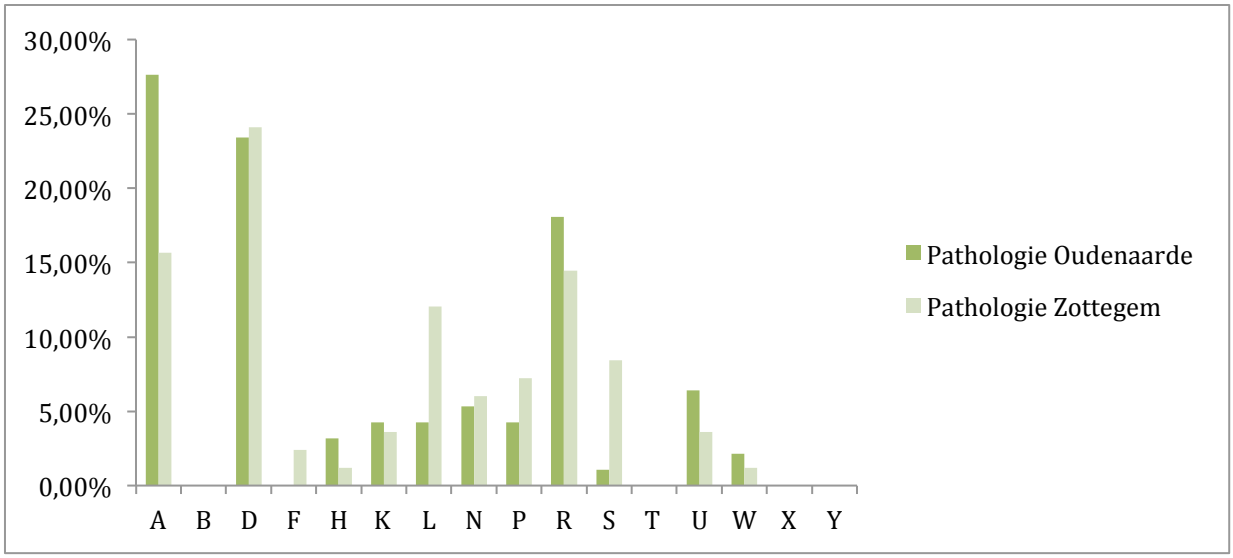




TYPE PATHOLOGIE

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gebruikte ICPC2-classificatie (International Classification of Primary Care) die gebruikt werd als standaard codering voor de types pathologie die zich presenteerden tijdens de wachtdienst. Deze classificatie werd zowel in Oudenaarde als in Zottegem aangewend.

A - Algemeen en niet gespecificeerd
B - Bloedvormende organen en immuunstelsel
D - Spijsverteringsorganen
F - Oog
H - Oor
K - Cardiovasculair stelsel
L - Bewegingsapparaat
N - Zenuwstelsel
P - Psychische problemen
R - Luchtwegen
S - Huid
T - Endocriene klieren / Stofwisseling / Voeding
U - Urinewegen
W - Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling
X - Vrouwelijke geslachtsorganen (inclusief borsten)
Y - Mannelijke geslachtsorganen (incluisief borsten)



De meest gediagnosticeerde pathologiegroepen vallen in de categorieën 'algemeen en niet gespecificeerd', 'spijsverteringsproblemen' en 'luchtwegen'. Samen behalen zij tot meer dan 50% van de meest voorkomende contactredenen. Onder 'algemeen en niet gespecificeerd' vallen onder andere de diagnoses 'koorts', 'virus- en infectieziektes', 'kinderziektes', 'geneesmiddelenbijwerking', 'complicatie medische behandeling', 'dood', en 'geen ziekte'.

Oudenaarde en Zottegem tonen nagenoeg bijna dezelfde tendensen in de verdeling.

Problemen van het oog, het bewegingsapparaat en de huid worden meer gezien op de huisartsenwachtpost.

URGENTIEGRAAD

De urgentiegraad werd als volgt geclassificeerd:

U1 = levensbedreigend U2 = spoed U3 = dringend U4 = routine U5 = kan wachten tot na weekend

In Oudenaarde werd de urgentiegraad consequent bijgehouden, in Zottegem onderregistreerde men de urgentiegraad.

Hierdoor kon geen vergelijkende analyse gemaakt worden van de urgentiegraad.

ANALYSE EN DISCUSSIE

Dit onderzoek kent sterktes en beperkingen.

De correctheid van de analyses is sterk doordat de bevolkingsdichtheid van beide gebieden zeer vergelijkbaar is (ongeveer 450 inwoners/ km²). Beide regio's kennen tevens ongeveer hetzelfde bevolkingsprofiel. Alle geregistreerde gegevens dienden echter wel nog steeds gecorrigeerd te worden naar de regio. Doordat het onderzoek twee aparte geografische regio's omvat, treedt enige vertekening van de resultaten op.

Het onderzoek neemt slechts de evolutie op korte termijn waar. De huisartsenwachtpost in Zottegem werd namelijk pas opgericht in april 2015 en is bijgevolg nog niet lang bekend bij de bevolking.

Bovendien kampt men steeds met een inter-artsenvariabiliteit bij de registratie van de gegevens. De patiëntencontacten werden over het algemeen voor deze studie nauwkeurig bijgehouden door de wachtartsen. Informatie over de urgentiegraad onderbreekt door onderregistratie op de wachtpost. Ook informatie over origine en code mutualiteit had interessante informatie kunnen opleveren.

Uit de analyse van het aantal contacten dat geregistreerd werd op de klassieke wachtdienst en op de huisartsenwachtpost kan geconcludeerd worden dat er een stijging van 50% is op de patiëntenstromen bij de oprichting van een huisartsenwachtpost.

De toename in het aantal patiëntencontacten kan toegeschreven worden aan een betere toegankelijkheid, met name betere zichtbaarheid en herkenbaarheid ten opzichte van klassieke huisartsenwachtdiensten die telkens op andere locaties georganiseerd worden. De perceptie van langere wachttijden op de spoedopname ten opzichte van op de huisartsenwachtpost kan hier ook een rol in spelen. Daarnaast zijn er mogelijks financiële redenen: door de derdebetalersregeling op de spoed moeten patiënten enkel remgeld betalen. Bij de huisarts moeten de meeste patiënten eerst het volledige ereloon zelf voorschieten, wat bij een consult 's nachts of in het weekend behoorlijk kan oplopen.

De geregistreerde resultaten omtrent de leeftijd van de patiënten die zich aanbieden tijdens de wachtdienst dienen in perspectief geplaatst te worden van het aandeel van deze leeftijdsgroep in de bevolkingspiramide van de respectievelijke streek. Hieruit blijkt dat Oudenaarde een iets jongere populatie heeft met de grootste leeftijdscategorie tussen de 40 en 50 jaar, ten opzichte van Zottegem tussen de 50 en 60 jaar[16], waardoor deze respectievelijke leeftijdscategorieën meer

vertegenwoordigd lijken. Overigens verlopen de percentuele proporties van de leeftijdscategorieën parallel.

Traditioneel wordt er waargenomen dat er tijdens wachtdiensten veel kinderen (leeftijdscategorie 0 tot en met 10 jaar) gezien worden. Huisartsen-collegae halen het feit dat pediaters minder bereikbaar zijn in het weekend aan als mogelijke verklaring. De moderne ouders (dikwijls tweeverdieners) hebben in het weekend meer contact met de kinderen en tijd om naar de dokter te gaan bij ongerustheid omtrent de gezondheid van hun kind. De keuze voor de wachtdienst kan bepaald worden door de lange wachttijden op de spoedopname. Een opmerkelijk maar niet te verklaren resultaat is dat er zich procentueel gezien meer kinderen aanboden tijdens de klassieke wachtdienst dan op de huisartsenwachtpost.

De vervrouwelijking van het huisartsenberoep kan een rol in spelen in het feit dat vrouwen zich meer aanbieden dan mannen tijdens de wachtdiensten: vrouwen voelen zich meer vertrouwd met huisartsen. Het verschil in soort pathologie waar vrouwen en mannen zich mee aanmelden kan tevens een rol spelen. Eerder bleek reeds uit onderzoek dat mannen zich meer aanbieden op de spoedopname, met kleinere letsels waar zij van veronderstellen dat beeldvorming noodzakelijk zal zijn.

Omtrent de resultaten aangaande het tijdstip van de contacten dient volgende nota gemaakt te worden. Een wachtdienstweekend omvat telkens 2 dagdiensten (zaterdag en zondag) van 7uur tot en met 19uur en 3 nachtdiensten (vrijdag, zaterdag en zondag) telkens van 19uur tot en met 7uur. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij de interpretatie van de resultaten.

In Oudenaarde vonden er in de loop van de voormiddag (van 7 tot en met 12uur) minder contacten plaats dan in de namiddag. Dit kan verklaard worden doordat vele artsen de klassieke wachtpermanentie pas inschakelen zaterdag in de namiddag. In de namiddag situeert er zich een piek rond 16uur.

Na 20uur lijken de contacten aanzienlijk af te nemen tijdens de wachtdienst naar het klassieke model. Dit ten opzichte van op de huisartsenwachtpost, waar zich een opvallende piek aftekent rond 21 en 22uur. Men zou hieruit kunnen afleiden dat mensen zich minder verveeld voelen om zich ‘s avonds tot een huisartsenwachtpost te melden dan een huisarts tijdens een klassieke huisartsenwachtdienst nog ‘s avonds te ‘storen’. Het veiligheidsgevoel van een gekende locatie kan hier ook een rol in spelen.

Traditioneel gezien worden in België veel huisbezoeken afgelegd. De oprichting van een huisartsenwachtpost op een bekende, vaste locatie waar de huisarts van wacht gevonden kan

worden alsook het gebruik van geschoolde onthaalmedewerkers zijn argumenten om het aantal huisbezoeken op een huisartsenwachtpost ter vergelijking met deze tijdens een traditionele wachtdienst te doen dalen. Op de huisartsenwachtpost werden evenwel meer huisbezoeken afgelegd dan tijdens de klassieke wachtdienst. Ter verklaring kan aangevoerd worden dat Zottegem centrum een groter grondgebied omvat dan Oudenaarde centrum (zie supra). Geografische nabijheid kan voor mensen een reden zijn om eerder zelf te komen dan de wachtarts op huisbezoek te vragen.

De categorieën 'algemeen en niet gespecificeerd', 'spijsverteringsproblemen' en 'luchtwegen' zijn de meest gediagnosticeerde pathologiegroepen, zowel in Oudenaarde als in Zottegem. Hierboven werd reeds vermeld dat er veel kinderen tijdens de wacht gezien worden. Zij worden het vaakst gezien met infectieziekten (luchtweginfecties, otitis media, gastro-intestinale infecties…). Dit is onder meer een verklaring waarom dit de grootste categorie van contactredenen is.

Problemen van het oog, het bewegingsapparaat en de huid worden meer gezien op de huisartsenwachtpost. Onder de huisartsen wordt vaak beweerd dat deze soorten pathologie nog zelden in hun huisartsenpraktijk worden waargenomen. Patiënten gaan hiermee vaak rechtstreeks naar de spoed of de specialist, door eventuele onwetenheid die nog steeds bij mensen leeft dat er in een standaard huisartsenpraktijk geen hechtingen/gipsen kunnen aangelegd worden of beoordelingen omtrent oogpathologie gemaakt kunnen worden. Het blijkt positief dat deze 'vergeten pathologie' zich op de huisartsenwachtpost opnieuw presenteert. De poliklinische impressie met bredere uitrusting van een huisartsenwachtpost (bijvoorbeeld aanwezigheid hechtingsmateriaal) zou dit kunnen verklaren.

BESLUIT

Er tekenen zich enkele opvallende verschillen af tussen de klassieke wachtdienst en de huisartsenwachtpost. Er is een positieve invloed op de patiëntenstromen bij de oprichting van een huisartsenwachtpost. Tijdens de wachtdienst werd de leeftijdscategorie van 0 tot en met 10 jaar het meest vertegenwoordigd, voornamelijk op de klassieke wachtdienst. De huisartsenwachtpost werd 's avonds laat meer bezocht. Er werden meer huisbezoeken geregistreerd op de huisartsenwachtpost. De pathologieën onder 'algemeen en niet gespecificeerd', 'spijsverteringsorganen' en 'luchtwegen' werden het meest geregistreerd, zowel in de klassieke huisartsenwachtdienst als op de huisartsenwachtpost. Bepaalde 'vergeten pathologieën' werden opnieuw op de huisartsenwachtpost waargenomen.

Vergelijking met spoedgegevens en gegevens over de invloed van de oprichting van een huisartsenwachtpost geïntegreerd op de spoed ontbreken echter. Dit zou het aanvankelijke opzet van deze masterproef geweest zijn, maar kon door vertraging in de opstart en bevriezing van de budgetten voor huisartsenwachtposten niet uitgevoerd worden.

Recent laaide de discussie omtrent geïntegreerde huisartsenwachtposten opnieuw op in de pers (maart 2016), naar aanleiding van een nieuw rapport van het Federaal Kenniscentrum over de herorganisatie van de spoed[17]. Zij stellen dat er minder spoeddiensten moeten komen. Om het oneigenlijk gebruik van de spoed af te remmen zouden huisartsenwachtposten naast de spoed opgericht moeten worden die de klok rond bemand zijn met huisartsen, ook in de week (24/7).

Het wel of niet oprichten van een huisartsenwachtpost en hoe dit het beste zou georganiseerd worden in België, blijft zo nog steeds een onderwerp van discussie, maar tevens een interessant uitgangspunt voor onderzoek in volle hervorming van het wachtdienstsysteem.

DANKWOORD

Het zou onmogelijk geweest zijn deze masterproef te voltooien zonder de participatie van verschillende (zorg)professionals. Ik bedank hen uitvoerig voor hun medewerking, inzichten en bedenkingen.

Dank aan mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts voor de vakkundige ondersteuning en het professionele advies.

Dank aan de wachtdoende artsen Oudenaarde, collegae, voor hun medewerking om de gevraagde data te registeren tijdens de wachtdiensten.

Dank aan de verantwoordelijken en de artsen van de huisartsenwachtpost Panacea Zottegem voor de bereidwillige medewerking.

Dank aan zij die mij extra informatie hebben verschaft met betrekking tot huisartsenwachtposten.

Dank aan mijn echtgenoot, ouders, praktijkopleiders, collegae, vrienden en familie voor de steun.

Speciale vermelding voor mijn broer, voor de steun en hulp bij het verwerken van deze masterproefgegevens.

REFERENTIES

[1] *Gourbin, C., Du Boullay, D., Philips, H., Remmen, R., Buylaert, W., De Paepe, P., Moreels, R., Van de Voorde, C. & Leys, M. (2005). Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. KCE reports, 19(A). Ref. D/2005/10.273/21.*

[2] *Merckx, J. (2013). Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst. Leuven: K.U. Leuven.*

[3] *Internet site Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Beschikbaar via https://influenza.wivisp.be/Documents/National%20Influenza%20Centre%20Belgium%202014-2015.pdf. Geraadpleegd 2016 21 maart.*

[4] *Bakelandt, J., Beerens, A.S., Elyn, P., Schamp, L., Van Haecke, C.& Yde, L. (2009). Analyse van het zorggebruik van niet-verwezen patiënten op de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendiensten van Gent. Scriptie voorgedragen in de tweede master in het kader van de opleiding tot arts aan Universiteit Gent.*

[5] *Giesen, P., Franssen, E., Mokkink, H., van den Bosch, W., van Vugt, A., & Grol, R. (2006). Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. Emergency medicine journal, 23, 731-734.*

[6] *van Uden, C.J. & Crebolder, H.F. (2004). Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emergency medicine journal, 21,722-723.*

[7] *Afilalo, J., Marionvich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B. & Giquère, C.(2004). Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. Academic Emergency Medicine 11(12), 1302-1310.*

[8] *Coleman, P., Irons, R., & Nicholl, J. (2001). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emergency medicine journal, 18, 482-487.*

[9] *Moll van Charante, E., ter Riet, G. & Bindels, P. (2008). Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. Patient education and counseling, 70, 256-265.*

[10] *Han, A., Ospina, M., Blitz, S., Strome, T. & Rowe, B. (2007). Patients presenting to the emergency department: the use of other health care services and reasons for presentation. Canadian Journal of Emergency Medicine 9(6), 428-34.*

[11] *Philips, H., Renders, R. (2008). Huisartsenwachtposten in België. Bijblijven, 24 (10), 16-23.*

[12] *Philips, H., Remmen, R., De Paepe, P., Buylaert, W. & Van Royen, P. (2010). Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. BMC Family Practice. 11-88.*

[13] *Renders, R., Ryckebosch, P., Brouns, J., Goris., J., Vanbeveren, E., Vanhonacker, P., Philips, H. , Remmen, R. & Van Royen, P. (2006). Eindrapport huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout.*

[14] *Streffer, M.L., van Bergen, J., Philips, H., Remmen, R., (2013) Rapport Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord.*

[15] *van Uden, C.J., Winkens, R.A., Wesseling, G., Crebolder, H.F. & van Schayck, O.C. (2003). Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emergency medicine journal, 20,184-187.*

[16] *Internetsite Federale Overheidsdiensten. Beschikbaar via http://economie.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/piramide/. Geraadpleegd 2016 21 maart.*

[17] *Van Den heede, K., Dubois, C., Devriese, A., Camal, O. Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Misplon, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van De Voorde, C. (2016). Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. KCE reports, 263 As.*

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 PAPIEREN DATAREGISTRATIE

Patiëntengegevens

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht: O Man O Vrouw

Telefoonnummer:

Consultatiegegevens

Type Consult:
- O Consultatie
- O Huisbezoek
- O Telefonisch advies

Subjectief:

Objectief:

Evaluatie/Diagnose:

Plan:

- Medicatie:

- Nader onderzoek:

- Verwijzing naar:

Stempel wachtarts:

Datum:

Uur:

BIJLAGE 2 DATAREGISTRATIE IN EXCELFORMAT

FASE 1 - Dataregistratie tijdens klassieke huisartsenwachtdienst

Gegevens wachtarts			
Naam	*V*	**Voornaam**	*E*

Consultatie	Datum	Tijdstip	Type consult	Geslacht patiënt	Leeftijd	Telefoonnummer	Type pathologie - ICPC classificatie	Urgentiegraad
Voorbeeld	*1/01/15*	*14:00*	*Consultatie*	*M*	*35*	*055 31 31 31*	*R - Luchtwegen*	*U4 = Routine*
1	3/04/15	21:47	Huisbezoek	V	18	055 60 83 15	U - Urinewegen	U4 = Routine
2	4/04/15	03:52	Huisbezoek	V	80	055 33 48 61	A - Algemeen en niet gespecificeerd	U4 = Routine
3	4/04/15	07:37	Telefonisch advies	V	40	0475 97 71 51	N - Zenuwstelsel	U3 = Dringend
4	4/04/15	08:19	Consultatie	M	7	055 60 75 49	R - Luchtwegen	U4 = Routine
5	4/04/15	08:52	Huisbezoek	V	50	055 31 68 26	N - Zenuwstelsel	U4 = Routine
6	4/04/15	08:56	Consultatie	M	65	0478 64 75 16	U - Urinewegen	U4 = Routine
7	4/04/15	10:56	Consultatie	V	60	0475 57 49 18	S - Huid	U4 = Routine

BIJLAGE 3 INFORMATIEBRIEF ARTSEN

“Beste collega,

We kijken allemaal uit naar de start van de huisartsenwachtpost in september 2015, geïntegreerd bij de spoedopname van het AZ Oudenaarde.

De oprichting van de nieuwe huisartsenwachtpost vormt voor mij een zeer uitdagend en interessant thema voor mijn masterproef huisartsgeneeskunde. Bovendien is informatie over de aard van de patiëntencontacten tijdens een wachtdienst relevant om de nieuwe huisartsenwachtpost te evalueren en optimaliseren. Hiervoor had ik graag jullie medewerking gevraagd!

Willen jullie het bijgevoegde excelbestand invullen tijdens de komende wachtdiensten?

Zo wordt elke patiënt die gezien wordt tijdens uw wachtdienst anoniem geregistreerd via relevante gegevens als datum, tijd, type consult, geslacht, leeftijd, type pathologie en urgentiegraad.

Het excelbestand geeft automatisch keuze-opties aan via pijltjes als je er met je muis op gaat staan. Bijvoorbeeld: klik op "type consult" en je krijgt de keuze-opties "consultatie" - "telefonisch advies" - "huisbezoek'". In het excelbestand vindt u onder “voorbeeld” een invulvoorbeeld terug.

De patiënt informeer je mondeling je als wachtarts zijn/haar gegevens anoniem wildoorgeven voor registratie. In de bijlage zit een document dat je kan uithangen in de wachtzaal, of overhandigen aan de patient.

Ik waardeer jullie medewerking en inzet ten volle!

Vriendelijke groeten,

Jolien Verzelen

Haio Dr. De Bruycker Kathleen – Dr. Vercruysse Klaas”

BIJLAGE 4 INFORMATIEBRIEF PATIENT

"Beste patiënt,

In september 2015 start een huisartsenwachtpost nabij de spoedopname van het AZ Oudenaarde. In een huisartsenwachtpost kan u terecht voor dringende gezondheidsproblemen tijdens het weekend.

De opstart van de nieuwe huisartsenwachtpost is het onderwerp van mijn thesis als huisarts in opleiding.

Het doel van deze masterscriptie is de nieuwe huisartsenwachtpost evalueren en optimaliseren.

Hiervoor is uw medewerking van grote waarde!

U kan mij helpen bij het realiseren van mijn thesis door de wachtarts toestemming te verlenen om uw medische gegevens anoniem te verwerken in mijn masterscriptie.

Het betreft volgende persoonlijke gegevens:

- *uw geslacht*
- *uw lft*
- *datum en tijdstip van uw bezoek aan de wachtarts*
- *het type consultatie (consultatie, huisbezoek, telefonisch consult)*
- *categorie van de aandoening (hart- en vaatstelsel, longen, huid…)*
- *urgentiegraad*

Indien u niet akkoord gaat met het anoniem verwerken van deze gegevens, brengt dat op geen enkele manier de kwaliteit van uw zorg in gevaar.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Vriendelijke groeten,

Jolien Verzelen"

BIJLAGE 5 GOEDKEURING COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Universitair Ziekenhuis

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Gent **COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK**

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

TELEFOON	FAX	E-MAIL
+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	CONTACT
	2015/0379	07-mei-15	Secretariaat

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Huisartsenwachtpost bij spoed: evolutie van patiëntenbestand en type pathologie.
(Manama Jolien Verzelen)

KOPIE
Zie "CC" **BETREFT** **Belgisch Registratienummer: B670201524464**

* Diverse
  - Dataregistratie tijdens klassieke huisartsenwachtdient fase 1
  - Dataregistratie tijdens klassieke huisartsenwachtdient fase 2
* Antwoord onderzoekers via mail dd. 14/04/2015 (ontv. dd. 15/04/2015) op opmerkingen EC dd. 09/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie cfr. mail dd. 14/04/2015)
* Brief
  - informatiebrief arts (cfr. mail dd. 14/04/2015)
  - informatiebrief patiënt (cfr. mail dd. 14/04/2015)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 19/04/2016, 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 20/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 19/04/2016, 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 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.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	DATUM	KOPIE
	2015/0379	07-mei-15	Zie "CC"

- *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)*

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
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

BIJLAGE 6 PROTOCOL ETHISCH COMITE






Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

---

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HUISARTSENWACHTPOST BIJ SPOED: EVOLUTIE VAN PATIËNTENBESTAND EN TYPE PATHOLOGIE.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DIRK AVONTS, MD, PHD.
- UNIVERSITEIT: GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09/332 06 65 – 0485/52 28 28
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR: /

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: JOLIEN VERZELEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0474/52 41 38
- E-MAIL: JOLIEN.VERZELEN@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. KATHLEEN DE BRUYCKER EN DR. KLAAS VERCRUYSSE
- ADRES: GROTE HERREWEG 99 – 9690 KLUISBERGEN
- TELEFOONNUMMER: 0495/21 35 68
- E-MAIL: INFO@HUISARTSENKLUISBERGEN.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

HET PROJECT SLUIT NIET AAN BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK.

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 27 MAART 2015
- EINDE ONDERZOEK: 31 AUGUSTUS 2016

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

- ✓ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ✓ VRAGENLIJSTEN

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

IN SEPTEMBER 2015 WORDT ER EEN HUISARTSENWACHTPOST OPGERICHT DIE GEÏNTEGREERD ZAL WORDEN BIJ DE SPOEDOPNAME VAN HET AZ OUDENAARDE. MEN BETRACHT MET DIT CONCEPT HET ONEIGENLIJK GEBRUIK VAN DE SPOED TE VERMINDEREN DOOR DE AANWEZIGHEID OP DEZELFDE LOCATIE.

HET OPZET VAN MIJN MANAMA-PROJECT BEOOGT TE ONDERZOEKEN HOE HET PATIËNTENBESTAND EN DE AANGEBODEN PATHOLOGIE EVOLUEERT BIJ DE OVERGANG VAN EEN KLASSIEKE HUISARTSENWACHTDIENST NAAR EEN HUISARTSENWACHTPOST GEÏNTEGREERD BIJ EEN SPOEDAFDELING VAN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS.

OBJECTIEVE INFORMATIE OVER DE PATIËNTENCONTACTEN IS RELEVANT OM DE NIEUWE HUISARTSENWACHTPOST TE EVALUEREN, ALSOOK OM IN DE TOEKOMST OPSTARTENDE WACHTPOSTEN CORRECTE GEGEVENS TE VERSCHAFFEN, ZODOENDE EVENTUELE TOEKOMSTIGE HERVORMINGEN TE OPTIMALISEREN.

DE REGIO OUDENAARDE IS NIET VERTROUWD MET DE REGISTRATIE VAN DE WACHTDIENSTGEGEVENS VIA HET OPSTELLEN VAN WACHTDOSSIERS. REGISTRATIE VAN WACHTDIENSTGEGEVENS IS NORMALITER VERPLICHT VAN HET RIZIV UIT (STANDAARDAANPAK). HET RIZIV STELT MOMENTEEL GEEN ROUTINE WACHTFORMULIER TER BESCHIKKING EN LEGT GEEN NORM OP DE TE VERZAMELEN DATA TIJDENS WACHTDIENSTEN. NAAR ANALOGIE MET HET STANDAARD FORMULIER VAN DE WACHTPOST ANTWERPEN-ZUID EN DE STANDAARD PROCEDURE VAN KLINISCH HANDELEN WERD EEN FORMULIER OPGESTELD VOOR DE WACHTPOST VAN OUDENAARDE (ZIE BIJLAGE 1).
HET FORMULIER BEVAT DE VOLGENDE VARIABELEN:

- PATIËNTENGEGEVENS
- CONSULTATIEGEGEVENS (SOEP-SYSTEEM MET DIAGNOSE EN BEHANDELINGSPLAN)
- WACHTARTSGEGEVENS
- DATUM EN UUR VAN OPROEP

HET DOEL IN DE VOORBEREIDENDE FASE IS HET WACHTFORMULIER TRACHTEN TE INTRODUCEREN EN ZOVEEL MOGELIJK WACHTARTSEN VAN OUDENAARDE TE MOTIVEREN TOT HET GEBRUIK HIERVAN. ER ZAL AAN DE WACHTARTSEN PERSOONLIJK UITLEG GEGEVEN WORDEN OVER DE WERKING HIERVAN.

CONCREET BETREFT DE MANAMA DE UITVOERING VAN EEN PROSPECTIEVE STUDIE MET EEN VOOR- EN NAMETING.

In een eerste fase (voormeting) zal dit plaatsvinden gedurende een aantal klassieke wachtweekends (periode maart – augustus 2015). De wachtdienstgegevens van de wachtartsen die bereid en gemotiveerd zijn reeds data te registeren tijdens de klassieke wachtdienst met het wachtformulier, zullen gebruikt worden voor de masterproef. Zo tracht men een at random sample te bekomen dat representatief is voor de regio Oudenaarde.

In een tweede fase (nameting) zal de registratie plaatsvinden op de nieuwe huisartsenwachtpost (periode september 2015 – maart 2016).

Van de gegevens die verzameld werden uit deze twee fases, vindt vervolgens een retrospectieve verwerking plaats. De data zal geanonimiseerd opgenomen worden in excelformats (zie bijlage 2 en 3), waarna een statistische verwerking van de resultaten (april – mei 2016) volgt. Onder geanonimiseerd wordt verstaan dat de naam van de patiënt in geen geval zal overgenomen worden in het excelbestand. Van de patiëntengegevens zijn enkel het geslacht en de leeftijd van de patiënt relevant. De trendensen tussen fase 1 en fase 2 over het patiëntenbestand en de aangeboden pathologie die hieruit blijken, zullen uitgebreid besproken worden in de ManaMa.

Aangezien de parameters van beide fases gelijk zijn, zullen de verschillen gezien worden tussen de variabelen onderling. Bij de statistische verwerking zal zoveel mogelijk rekening gehouden worden met eventuele vertekening van de resultaten, die eruit zal gefilterd worden (bijvoorbeeld griepperiode – uitfilteren acute BLWI zonder complicaties).

9. Is het onderzoek

✓ epidemiologisch

10. Zijn er ziekenhuisdiensten betrokken?

✓ neen

Opmerking: de huisartsenwachtpost bevindt zich in het AZ Oudenaarde, onder hetzelfde dak als de spoedopname, maar staat hier organisatorisch volledig los van.

11. Wie is de opdrachtgever van de niet industrie gesponsorde studie

Uitvoering studie in kader van ManaMa Huisartsgeneeskunde.

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

HET BETREFT RETROSPECTIEVE ANONIEME VERWERKING VAN ROUTINEDATA DIE VERZAMELD WORDT VAN ALLE PATIËNTEN DIE ZICH AANMELDEN BIJ DE WACHTARTS. ONDER GEANONIMISEERD WORDT VERSTAAN DAT DE NAAM VAN DE PATIËNT IN GEEN GEVAL ZAL OVERGENOMEN WORDEN IN HET EXCELBESTAND. VAN DE PATIËNTENGEGEVENS ZIJN ENKEL HET GESLACHT EN DE LEEFTIJD VAN DE PATIËNT RELEVANT.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

HET BETREFT RETROSPECTIEVE VERWERKING VAN DATA, DIE ZAL WORDEN GEANONIMISEERD. VERMITS MEN VERTREKT VAN EEN VERPLICHTE DATAREGISTRATIE DOOR HET RIZIV (STANDAARDAANPAK), ZAL GEEN INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN DIENEN GEVRAAGD TE WORDEN.

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

HET BETREFT RETROSPECTIEVE VERWERKING VAN ROUTINE KLINISCHE GEGEVENS DIE ZULLEN WORDEN GEANONIMISEERD. VERMITS MEN VERTREKT VAN EEN VERPLICHTE DATAREGISTRATIE DOOR HET RIZIV (STANDAARDAANPAK), ZAL GEEN INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN DIENEN GEVRAAGD TE WORDEN.

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

HET BETREFT RETROSPECTIEVE VERWERKING VAN DATA, DIE ZAL WORDEN GEANONIMISEERD. VERMITS MEN VERTREKT VAN EEN VERPLICHTE DATAREGISTRATIE DOOR HET RIZIV (STANDAARDAANPAK), ZAL GEEN INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN DIENEN GEVRAAGD TE WORDEN.

16. VERZEKERING

NVT

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

JA, ANTWERPEN-NOORD SCHREEF REEDS EEN EVALUEREND RAPPORT NA DE OPRICHTING VAN DE HUISARTSENWACHTPOST IN CO-LOCATIE MET DE SPOEDOPNAME ZNA JAN PALFIJN. HET BETROF TEVENS EEN DATAREGISTRATIE VAN PATIËNTENGEGEVENS IN EEN VOOR- EN NAMETINGDESIGN MET ALS ONDERZOEKSDOMEIN HET EFFECT VAN DE OPRICHTING VAN DE HUISARTSENWACHTPOST OP DE PATIËNTENSTROMEN.

HOEWEL DEZE MANAMA HETZELFDE STUDIEDESIGN EN -OPZET VOOR OGEN HEEFT, VERSCHILT DE ONDERZOEKSVRAAG VAN DEZE MANAMA ECHTER DOOR HET FEIT DAT DE HUISARTSENWACHTPOST NIET IN CO-LOCATIE, MAAR WÉL ONDER HETZELFDE DAK OPGERICHT WORDT.

DEZE MANAMA GAAT DUS HET MOGELIJKS EFFECT NA VAN EEN NIEUW SYSTEEM.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

DE RESULTATEN VAN DIT ONDERZOEK HEBBEN TOT DOEL DE NIEUWE HUISARTSENWACHTPOST TE EVALUEREN, ALSOOK OM IN DE TOEKOMST OPSTARTENDE WACHTPOSTEN CORRECTE GEGEVENS TE VERSCHAFFEN, ZODOENDE EVENTUELE TOEKOMSTIGE HERVORMINGEN TE OPTIMALISEREN.

FINAAL HALEN HIER ZOWEL DE DEELNEMENDE WACHTARTSEN ALS DE PATIËNTEN VOORDEEL UIT INDIEN DE WERKING VAN DE WACHTPOSTEN EN DE ZORG HIERDOOR VERBETERT.

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

NTV, HET BETREFT DATAREGISTRATIE.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

DE PATIËNTEN DIE ZICH AANBIEDEN TIJDENS DE WACHTPERIODE STAAN ONDER VOORTDUREND MEDISCH TOEZICHT. IN HET WEEKEND GEBEURT DIT DOOR DE WACHTARTS OP DE KLASSIEKE WACHTIDENST OF OP DE WACHTPOST. IN DE WEEK GEBEURT HET MEDISCH TOEZICHT DOOR DE EIGEN HUISARTS.

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

DE RESULTATEN VAN DIT ONDERZOEK HEBBEN TOT DOEL DE NIEUWE HUISARTSENWACHTPOST TE EVALUEREN, ALSOOK OM IN DE TOEKOMST OPSTARTENDE WACHTPOSTEN CORRECTE GEGEVENS TE VERSCHAFFEN, ZODOENDE EVENTUELE TOEKOMSTIGE HERVORMINGEN TE OPTIMALISEREN.

FINAAL HALEN HIER ZOWEL DE DEELNEMENDE WACHTARTSEN ALS DE PATIËNTEN VOORDEEL UIT INDIEN DE WERKING VAN DE WACHTPOSTEN EN DE ZORG HIERDOOR VERBETERT.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

ER ZAL GEEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN. HET BETREFT EEN OBSERVATIONEEL ONDERZOEK, GEEN INTERVENTIONEEL ONDERZOEK.

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

ER ZAL GEEN NIEUWE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN. HET BETREFT EEN OBSERVATIONEEL ONDERZOEK, GEEN INTERVENTIONEEL ONDERZOEK.

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

HET BETREFT EEN OBSERVATIONEEL ONDERZOEK, WAARBIJ NAAST DE STANDAARDAANPAK GEEN BIJKOMENDE INTERVENTIE GEBEURT.

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

✓ NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 20/03/15
NAAM : VERZELEN JOLIEN

HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 20/03/15
NAAM : DR. DE BRUYCKER KATHLEEN
DR. VERCRUYSSE KLAAS
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 25 maart 2015
NAAM : DIRK AVONTS
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Er werd geen co-promotor aangesteld.

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING: