Het holst van de nacht: nachtmerrie voor de huisarts?

Koen Rappé-Universiteit Gent

Promotor: Dr. H. Philips – Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Inleiding: De laatste 2 decennia is reeds veel veranderd in de organisatie van de zorg buiten kantoor uren of de niet-planbare zorg. Heden is er een verschuiving richting huisartsenwachtposten als antwoord op de vele uitdagingen die de continuïteit van de zorg in de eerste lijn onder druk zetten. Een van deze uitdagingen is de uitvoering wachten tijdens de uren van de diepe nacht. In 2013 bracht voormalig federaal minister van volksgezondheid L. Onkelinx een plan huisartsenwachtdiensten naar voor waarin de mogelijkheid werd geopperd voor huisartsenwachtkringen om afspraken te maken met de nabijgelegen ziekenhuizen betreffende een door de spoeddienst verzekerde wachtdienst. Een idee waarover de meningen onder huisartsen erg verdeeld waren. In dit onderzoek werd in een eerste deel een analyse uitgevoerd van de oproepen en de werkdruk tijdens de uren van de diepe nacht (23u-7u) in de weekends en de nachten rond feestdagen van het jaar 2014. In een tweede deel werd de perceptie van huisartsen betreffende het uitvoeren van wachten tijdens het de uren van de diepe nacht bevraagd.

Methode: voor het eerste deel van het onderzoek werden op een retrospectieve manier de gegevens van de oproepen tussen 23u en 7u van de regio's "Huisartsen van Brugge en Omstreken" (HABO) en Antwerpen Noord (HAN) geanalyseerd. Deze gegevens waren beperkt tot de weekends en de nachten rond de feestdagen in het jaar 2014. In het tweede deel van het onderzoek werden de huisartsen van dezelfde twee regio's via een web-gebaseerde enquête bevraagd naar hun perceptie rond het waarnemen van wachten tijdens de diepe nacht.

Resultaten: Het aantal patiëntencontacten tijdens de diepe nacht in de weekends en rond feestdagen bedroeg gemiddeld 0,56 per nacht per arts in HABO en 3 in regio HAN. Tussen de 10% en 20% van de contacten betroffen pediatrische patiënten. Ongeveer 80% van de oproepen werden geklasseerd als niet-urgent of routine. De meest voorkomende ICPC-2-hofdstukken betreffende RFE waren D, A, R, L, S. Wat betreft gestelde diagnosen kwamen de ICPC-2-hoofdstukken A, D, R, L, K, S het meest voor. Ongeveer 5% van de oproepen waren voor rusthuispatiënten. In beide regio's werden zo'n 13% van de patiënten naar het rusthuis verwezen. Op de stelling "wachten tussen 23u en 7u zouden niet meer door huisartsen moeten worden gedaan" antwoordde 40% niet eens, 12% neutraal en 47% eens. Op de stelling "alle oproepen tussen 23u en 7u zouden onmiddellijk naar spoed moeten worden verwezen waren de antwoorden 60% niet eens, 33% eens en 7% neutraal. Op de stelling "wachten tussen 23u en 7u door huisartsen zijn overbodig want ofwel banaal ofwel zo ernstig dat moet worden verwezen" antwoordde 46% niet eens, 9% neutraal en 45% eens.

Besluit: Het aantal oproepen per nacht en per arts tijdens de uren van de diepe nacht in de weekends en rond feestdagen is eerder beperkt. Hoewel er meer verwijzingen werden gezien, is er geen duidelijk verschil tussen de diepe nacht en de volledige wachtperiode betreffende aanmeldingsklachten, gestelde diagnose of urgentiegraad. Huisartsen zijn erg verdeeld in hun opvattingen rond van het uitvoeren van wachten tijdens de uren van de diepe nacht. Jongere artsen zijn eerder geneigd om in de diepe nacht nog wachten te willen waarnemen, in tegenstelling tot de meeste solo-artsen. Er is een grote vraag naar mogelijkheid tot (bezoldigde) recuperatie na de nachtwacht en een goede triage van de oproepen.

1. INLEIDING

1.1. Duiding van het onderzoek

De laatste 20 jaar heeft de zorg buiten kantooruren of niet-planbare zorg in België grote veranderingen ondergaan. Tot begin de jaren negentig van de vorige eeuw was het in België nog een evidentie dat de huisarts 24u per dag en 7 dagen per week in stond voor zijn eigen patiënten. Geleidelijk aan zijn huisartsen meer beginnen samenwerken in huisartsenkringen met onder andere de bedoeling om wachten met elkaar te gaan delen. Sinds de laatste 5 tot 10 jaar is ook dit model aan het verdwijnen met de komst van huisartsenwachtposten in steeds meer regio's (1, 2, 3, 30). Tot op heden zijn huisartsen-wachtposten in België vaak enkel in het weekend geopend en sommige enkel overdag (3). Toch is het plan van overheidswege om binnen de komende 5 jaar een dekking te bereiken van het ganse grondgebied door huisartsenwachtposten en dan het liefst naast de spoedafdeling van ziekenhuizen (concept discussienota huisartsenwachtposten, 2016).
Dit is niet uniek voor België. In sommige Europese landen, zoals Verenigd-Koninkrijk, Denemarken en Nederland heeft deze evolutie reeds eerder zijn aanvang genomen (31). Naast huisartsenwachtposten zijn ook andere modellen van niet-planbare zorg tot ontwikkeling gekomen, maar men stellen dat er in de lage landen een evolutie is naar huisartswachtposten als dominant model. De oorzaken van deze veranderingen in de zorg buiten kantooruren zijn vooral te zoeken in de wens van vele huisartsen om een betere balans te vinden tussen werk en privé, de toenemende vergrijzing van niet alleen de bevolking maar ook het huisartsenbestand, te lage instroom van nieuwe huisartsen, stijgende bevraging van de huisarts ook buiten de kantooruren, betaalbaarheid van de zorg en toegenomen onveiligheid tijdens de wacht (4, 5, 7, 8).
Een specifiek aspect van de problematiek rond organisatie van huisartsenwachtdiensten is dat van "de diepe nacht" of "het holst van de nacht" wanneer het aantal oproepen sterk daalt en er een toegenomen mate van onveiligheid voor de huisarts bestaat. Dit laatste werd recent nog maar eens aangetoond met een voorval in Luik waar een huisarts tijdens zijn wacht door twee gewapende mannen werd opgewacht en overvallen (9). Het verzorgen van wachtdienst tijdens de diepe nacht, staat al jaren ter discussie. Een KCE rapport uit 2011 noemt twee mogelijke oplossingen voor dit probleem: schaalvergroting tijdens de kalmste uren van de nacht, zijnde 23u tot 7u of een officiële overeenkomst met de huisartsenkring en een nabijgelegen ziekenhuis om de patiënten tijdens de uren van de diepe nacht naar de spoeddiensten door te verwijzen (10). In 2013 bracht een geval van zware agressie tegen een huisarts in de provincie Henegouwen het probleem van de diepe nacht weer sterk onder de aandacht. Mede hierdoor schoof toenmalig federaal minister van volksgezondheid In november van dat jaar haar nieuw "plan huisartsenwachtdiensten" naar voor, waarin ze onder ander een oplossing voor "het holst van de nacht" opperde. Haar oplossing bestond uit een combinatie van een mobiele wachtdienst voor specifieke patiëntengroepen zoals palliatieve patiënten en rusthuispatiënten enerzijds en een door de spoeddiensten verzekerde wachtdienst anderzijds (11, 12). Uit reacties op dit "plan Onkelinx", is dit een idee waar helemaal geen eensgezindheid over bestaat onder huisartsen (13).
Met deze masterproef wordt gepoogd om wat meer inzicht te krijgen rond de problematiek van de diepe nacht. Het onderzoek bestaat uit twee delen.

- In het eerste deel werd een retrospectieve analyse gemaakt van de patiëntencontacten die zich tijdens de diepe nacht voordeden in twee verschillende wachtregio's: regio "Huisartsen van Brugge en omstreken" (HABO) en de regio gedekt door Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord (HAN). De diepe nacht werd gedefinieerd als de periode tussen 23u en 7u. Volgens het onderzoek in KCE rapport 171A (10) is dit de rustigste periode van de wacht. De patiëntencontacten die werden geanalyseerd, deden zich voor in de nachten van vrijdag- t.e.m. zondagnacht en de nachten van feestdagen in het jaar 2014.

- In het tweede deel werden de huisartsen van deze twee wachtregio's via een web-gebaseerde enquête bevraagd over hun visie inzake het waarnemen van wachten tijdens het holst van de nacht.

1.2. Context

Voor demografische gegevens van de twee wachtregio's, wordt verwezen naar het hoofdstuk resultaten. Hier wordt de werking en organisatie van de wachtdienst van de twee wachtregio's besproken.

1.2.1. HABO

De wachtregio HABO overkoepelt een gebied van 587km^2 met 265.554 inwoners en wordt ingedeeld in 9 wachtdienst onderdelen (WDO's): Blankenberge, Brugge, Damme-Dudzele, De Haan, Heist-Zeebrugge, Jabbeke, Knokke, Oostkamp en Zedelgem.
In het centrum van Brugge is er één huisartsenwachtpost. Deze is open tijdens de weekends en feestdagen en enkel overdag tussen 8u en 21u. Voor een consultatie in de huisartsenwachtpost, wordt gevraagd eerst telefonisch contact op te nemen. Na 21u verloopt de wacht in Brugge zoals in elk van de andere WDO's in de wachtregio HABO, namelijk de huisarts van wacht die vanuit zijn eigen praktijk wacht waarneemt. De patiënt kiest het telefoonnummer van de wachtdienst. Dit is één bepaald nummer per WDO. De oproep komt terecht in de centrale dispatching van het hulpcentrum 100/112. De dispatcher verwijst de oproepen door naar de gepaste dienst, zijnde spoed of de huisarts van wacht (of de wachtpost in WDO Brugge voor 21u), of laat onmiddellijk een ziekenwagen komen. Indien de oproep wordt verwezen naar de huisarts van wacht, worden de gegevens van de patiënt doorgegeven aan de huisarts van wacht van het respectieve WDO. Deze huisarts krijgt de gegevens van de patiënt (adres, telefoonnummer en RFE) doorgestuurd via SMS en telefonische oproep vanuit de dispatching. Hierna volgt in bijna alle gevallen een huisbezoek.
Deze centrale dispatching werd gradueel doorgevoerd over de verschillende WDO's. Begin 2014 werkten nog 2 WDO's (De Haan en Damme-Dudzele) op de klassieke manier waar de patiënt tijdens het weekend belt naar een centraal telefoonnummer, waarop de arts van wacht zelf opneemt. Halverwege april 2014 werd het systeem van dispatching ingevoerd in Damme-Dudzele en halverwege mei 2015 in De Haan. Eind december 2014 werd in alle WDO's van HABO het nummer 1733 ingevoerd. Van toen af dienden patiënten het nummer 1733 te bellen om de huisarts van wacht op te roepen. Deze oproepen kwamen opnieuw eerst terecht bij de dispatching van het hulpcentrum 100/112 om dan naar de best gepaste dienst te worden doorverwezen. Tijdens het jaar waarop dit onderzoek zicht toespitst, was er dus een overgang van het klassieke

systeem naar het systeem van dispatching in 2 van de 9 WDO's van de wachtregio HABO, en werd het nummer 1733 ingevoerd in alle WDO's.
Behalve in Brugge, waar 2 artsen van wacht zijn gedurende de nacht, is maar 1 arts per WDO van wacht in de andere WDO's.
De wachtdienst op vrijdag en de nacht voor de feestdagen duurt 13u (van 19u tot 8u). Op zaterdag en zondag en op de feestdagen zelf duurt de wacht 24u (van 8u tot 8u de volgende dag).

1.2.2. HAN

De huisartsenwachtpost HAN overkoepelt een gebied van 174 km^2 met 139.094 inwoners.
Op 15 juli 2011 opende in deze regio een huisartsenwachtpost zijn deuren ingericht door twee huisartsenkringen, nl. De Huisartsenkring Antwerpen Noord (HAAN) en de Geneesherenkring Merksem Schoten (GMS). Deze wachtpost ligt net naast de spoed van een ziekenhuis (ZNA Jan Palfijn in Merksem) en is geopend tijdens de weekends van 19u op vrijdagavond tot 8u op maandagmorgen, en op feestdagen van 19u de avond voor de feestdag tot 8u de ochtend erna. De weekwacht wordt ingericht door de huisartsenkringen in een opsplitsing van 2 WDO's per huisartsenkring, nl. WDO BEZALIST (Berendrecht-Zandvliet-Lillo-Stabroek) en WDO Ekeren-Luchtbal voor de kring HAAN en WDO Merksem en WDO Schoten voor de kring GMS. In elk van deze WDO's is dan een arts van wacht tussen 19u en 7u (8u in WDO Schoten).
De patiënt belt gedurende de weekwacht en/of de weekendwacht hetzelfde centraal nummer en wordt dan gevraagd zijn postcode in te geven. Zo wordt de patiënt verbonden met een operator van de wachtpost in het weekend en met de arts van wacht in zijn WDO tijdens de weekwacht. Het centrale oproepnummer is bemand door een operator van het Rode Kruis die tussenkomt wanneer de patiënt er niet in slaagt om via het kiezen van de juiste postcode en verbinding met de wachtdienst tot stand te brengen. In het weekend voert de receptioniste van de wachtpost een eerste informele triage uit. Medische vragen en vragen om een dringend huisbezoek worden direct naar de huisarts van wacht doorverbonden. Inlichtingen zoals bijvoorbeeld de uren waarop de wachtdienst kan worden bereikt, of wie de tandarts van wacht is, worden door de receptionist zelf afgehandeld. Er wordt aan de patiënt telkens gevraagd om in de mate van het mogelijke zelf naar de wachtpost te komen. Op die manier kan een oproep resulteren in een telefonisch advies, een consultatie in de wachtpost of een huisbezoek. De patiënt kan ook op eigen initiatief naar de wachtpost komen zonder afspraak.
's Avonds tot 24u wordt de wacht waargenomen door 2 tot 4 artsen naargelang het uur van de dag. Tenminste één arts blijft op de wachtpost en één arts is op de baan voor huisbezoeken. Er is steeds nog een extra arts van achterwacht. Dat wil zeggen dat deze laatste arts oproepbaar is indien het te druk is om de wacht nog te laten voorzien door het aantal artsen dat op dat moment actief is of bij ziekte van een van de artsen. Vanaf 24u tot 7u is er één arts aanwezig en is er één arts van achterwacht. De aanwezige arts staat dan in voor zowel de consultaties op de wachtpost als voor de huisbezoeken.
De consultatiewachten in het weekend en tijdens de feestdagen duren telkens ongeveer 10u per arts, de huisbezoekenwachten duren 12 uur.
Voor de huisbezoeken is er een chauffeur voorzien die de huisarts ter plekke brengt. De verschillen in de bevolkingsdichtheid zijn groot binnen de kring HAAN (landelijk gebied) en de kring GMS (stedelijk gebied) en hun respectievelijke WDO's – zie tabel 2, 3 en 4.

2. 1. Literatuurstudie

Bij de zoektocht naar geschikte studies of publicaties bleek dat reeds zeer veel is gepubliceerd over de organisatie van wachtdiensten maar dat slecht een zeer beperkt aantal publicaties direct met dit thesis-onderwerp "wachtdienst tijdens de diepe nacht" aansloten.
Er werd via verschillende databanken naar geschikte studies gezocht. Publicaties werden geselecteerd op basis van relevantie voor het onderwerp en beschikbaarheid. Voorkeur werd gegeven aan publicaties uit België en Nederland, gepubliceerd na 2005.
Inclusiecriteria: artikels moesten handelen over zorg buiten kantooruren (out-of-hours care), werkdruk, pathologieën en aanmeldingsklachten tijdens de wacht in eerste lijn, wachtorganisatie, tevredenheid van artsen.
Exclusiecirteria: niet Nederlands- of Engelstalige publicaties. Studies uitgevoerd buiten Europa.

Databases en archieven die werden geraadpleegd:

- Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
- Archief van Huisarts NU
- Archief van Huisarts & Wetenschap
- Cochrane library
- NCBI database: Pubmed
- Google scholar

Zoekacties werden uitgevoerd op volgende data:

- 13/12/2014
- 14/12/2014
- 16/12/2014
- 17/12/2014
- 02/01/2015
- 05/01/2015
- 06/01/2015
- 10/01/2015
- 25/01/2015
- 27/03/2016

Op de website van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg werd gezocht onder "publicaties" → "alle rapporten", met toepassing van de filters "organisatie en financiering van de zorg" onder Domein en "Primary health care" onder MeSH terms. Dit leverde 8 hits op, waarvan er 3 als interessant voor dit werk werden beschouwd:

- KCE reports 171A "welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen" (2011)
- KCE-reports 165A: "Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak" (2011)
- KCE-reports 90A: "Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen" (2008)

Een tweede zoekactie van “alle rapporten” met filters “organisatie en financiering van de zorg” onder Domein en MeSH terms “health services accessability” gaf 9 hits, waarvan één als interessant voor dit werk werd beschouwd:

- KCE-reports 19A: Evaluatie van fofaitaire persoonlijke bijdrage op het gebruik van de spoedgevallendienst. (2005)

Uiteindelijk bleek rapport 171A het meest relevant voor dit onderwerp.

In het archief van “Huisarts Nu”, het tijdschrift van de Belgische huisartsen vereniging Domus Medica werd gezocht aan de hand van de zoektermen: “wachtdiensten”, “wacht”, “wachtpost”, “huisartsenwachtpost” en “huisartsenpost”. Dit leverde respectievelijk 5, 62, 12, 26 en 2 hits op, waarvan veel publicaties onder de verschillende zoektermen telkens terug kwamen. Hieruit konden de meeste relevante publicaties voor dit werk worden geselecteerd. Onder meer de artikelenreeks “tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout” bleek zeer interessant.

In het archief van Huisarts & wetenschap, het tijdschrift van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) werd gezocht met de zoektermen: “wachtdiensten”, “huisartsenpost”, “huisartsenwachtpost” en “wachtpost”. Dit leverde respectievelijk 4, 317, 0 en 0 hits op. Verre van alle hits waren onderzoeksverslagen maar eerder opiniestukken. Desondanks werden enkele relevante artikels geselecteerd. Vele artikels uit dit tijdschrift bleken echter niet beschikbaar. Zelfs niet met een VPN verbinding van UGent.

In de Cochrane Library leverde de zoekterm “out of hours primary care” 25 hits, waarvan er 2 interessant leken, maar uiteindelijk weinig relevant waren voor deze thesis.

In de NCBI database “Pubmed” werd volgende zoekterm in gevoerd: “Out of hours primary care”. Dit leverde 1025 hits op. Toepassen van volgende filters: “Article types: clinical trial, controlled clinical trial, review; tekst availability: full text; publication dates: 5 years; languages: English, Dutch; species: human” reduceerde het aantal hits verder naar 94. Wijzigen van publication dates 5 years naar 10 years leverde nog eens 47 extra hits op. Dus 145 hits in totaal, waarvan slechts een klein aantal interessant voor deze thesis bleken.

Veruit de meeste relevante Engelstalige artikels werden gevonden via “google scholar”. Volgende zoekopdrachten werden ingevoerd (merk op dat aanhalingstekens belangrijk zijn bij het zoeken met google):

- Oorspronkelijk werd gezocht met ‘out of hours primary care’ zonder aanhalingstekens. Dit gaf maar liefst 1.800.000 hits. De tweede hit leek echter een zeer interessant artikel:
  Leibowitz R, et.al. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice, 2003*. 2003; 20: 311-317
  Klikken op “geciteerd door” gaf 129 hits.
- “Out of hours primary care” AND Europe, met aangepast bereik 2011-2005 en uitvinken “inclusief citaten” en “inclusief patenten”: 455 hits
  Dit werd nog als te veel beschouwd, waardoor het bereik werd vernauwd tot 20011-2015.

- “out of hours primary care” AND Europe, met aangepast bereik 2011-2015 en uitvinken van “inclusief citaten” en “inclusief patenten”: 299 hits.
- “After hours primary care” AND Europe, met aangepast bereik 2011-2015 en uitvinken “inclusief citaten” en “inclusief patenten”: 48 hits.
- “Out of hours primary care” AND “Late night” met aangepast bereik 2011-2005 en uitvinken “inclusief citaten” en “inclusief patenten”: 8 hits
- “After hours primary care” AND “late night” met aangepast bereik 2011-2015 en uitvinken “inclusief citaten” en “inclusief patenten”: 17 hits
- “Out of hours primary care” AND late night (dus zonder aanhalingstekens) met aangepast bereik 2011-2005 en uitvinken “inclusief citaten” en “inclusief patenten”: 80 hits

De meeste interessante publicaties via google scholar werden reeds geselecteerd bij de eerste zoekopdracht. Van de vele gevonden publicaties hadden slechts een zeer klein aantal echt betrekking op het onderwerp van deze thesis. In dat geval ging het ook steeds om studies die de incidentie van diagnoses of aanmeldingsklachten tijdens de wachtdienst beschreven en niet om de perceptie van huisartsen omtrent wachtdienst tijdens de diepe nacht.

Daarnaast werd ook gekeken in de referentielijst van gelezen artikels naar andere interessante publicaties.

Ook werd mij via mevrouw Rita Cuypers een recent “concept discussienota huisartsenwachtposten” toegestuurd.
Ook de doctoraatsthesis van mijn promotor Hilde Philips: “Out-of-hours Primary Care in Belgium” uit 2010 was een nuttig werk om door te nemen voor deze scriptie.

2.2. Onderzoeksmethodiek

2.2.1. Gegevensverzameling

Deel 1:
Voor het eerste deel van het onderzoek werden de elektronisch geregistreerde gegevens van alle contacten tussen 23u en 7u tijdens de weekends en feestdagen van het jaar 2014 opgevraagd aan de administratief medewerkers van de wachtregio’s HABO (Huisartsen van Brugge en omstreken) en de regio Huisartsenwachtpost Antwerpen-Noord. Deze gegevens werden geanonimiseerd in een excel-file doorgestuurd, na toestemming van de wachtdienstverantwoordelijken.
Van elk patiëntencontact werden volgende gegevens opgevraagd: datum, uur, geslacht, reason for encounter (RFE), International classification of primary care (ICPC-)2-codering RFE, diagnose, ICPC-2-codering diagnose, urgentiegraad zoals ingeschat door de wachtarts, noodzaak tot verwijzing, al dan niet bezoek in een rusthuis. Van de contacten in Antwerpen Noord werd ook meegegeven om welk type contact het ging: medisch advies (= telefonisch), consultatie of huisbezoek.

Deel 2:
Voor het tweede deel van het onderzoek werden huisartsen van de wachtregio’s HABO en HAN gevraagd een enquête in te vullen. Naast vragen naar algemene gegevens zoals aantal jaren werkervaring van de respondent, type praktijk waarin de respondent werkt, etc. werd een tiental vragen gesteld onder de vorm van een stelling waarop met

een 5-punts Likert waarderingsschaal kon worden geantwoord (helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord en helemaal akkoord. Daarnaast bestond de laatste vraag uit een open vraag of de respondent vond dat de oproepen tijdens de diepe nacht zouden moeten worden verwezen naar een nabij gelegen dienst spoedgevallen en waarom de respondent dat wel of niet vond. Zie bijlage1 voor de volledige vragenlijst.
De vragenlijst werd opgesteld in overleg met mijn promotor en werd aan een aantal collega huisartsen die niet tot de onderzoeksgroep behoorden, voorgelegd voor verdere opmerkingen.
De enquête werd online opgesteld op de website www.enquetemaken.be. Een e-mail bericht met een link naar de enquête werd via het secretariaat van beide wachtkringen naar alle artsen actief in de kring doorgestuurd. Via deze link konden de artsen de enquête anoniem invullen.
De periode waarin de enquête kon worden ingevuld liep van eind december 2015 tot en met 15 februari 2016. Twee weken na het eerste e-mail bericht werd een reminder gestuurd naar alle artsen van beide kringen. Vier weken na het eerste e-mail bericht werd nog eens een tweede reminder verzonden.

2.2.2. Gegevensverwerking

In dit eindwerk gaat het om een beschrijvende studie. Alle gegevens werden verwerkt met het programma Microsoft Excel 2011 for Mac. Grafieken en grafische voorstellingen van de gegevens werden eveneens met het programma Microsoft Excel 2011 for Mac opgesteld.

2.2.3. Ethische aspecten

De gegevens voor deel 1 van het onderzoek, waren volledig geanonimiseerd voor ze werden verstuurd.
Voor deel 2 van het onderzoek, werd met de mail van de enquête een uitgebreide beschrijving van het onderzoek meegegeven. Het invullen van de enquête gebeurde volledig anoniem. De enquête zelf werd voorafgegaan door een inleidende tekst waarin nogmaals uitleg werd gegeven over het onderzoek en het doel ervan. Verder kon de enquête niet worden ingevuld indien geen bevestiging werd gegeven dat de deelnemer op de hoogte was van de opzet en het doel van het onderzoek, dat het invullen van de enquête op een volledig anonieme manier gebeurde en dat de deelnemer akkoord was dat de gegevens zouden worden verwerkt in dit onderzoek dat mogelijks tot publicatie in een wetenschappelijk artikel kon leiden.
Dit onderzoek kreeg goedkeuring van de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair ziekenhuis van Antwerpen onder het Belgisch registratienummer: B300201526653.
Zie bijlage 2 en 3 voor het onderzoeksprotocol dat aan de ethische commissie werd voorgedragen en het gunstig advies dat werd verstrekt.

3. RESULTATEN

3.1. Literatuurstudie

Van de gevonden publicaties bleken 26 artikels en 3 webpublicaties relevant voor dit onderzoek. Ze werden gebruikt bij duiding van de relevantie van dit onderzoek, het opstellen van de vragenlijst en vergelijking met de resultaten die in dit onderzoek werden gevonden.
In de 26 relevante artikels zaten 14 Belgische studies, 3 Nederlandse, 1 Zwitserse, 4 internationale studies en 1 KCE-rapport.

3.2. Deel 1 van het onderzoek

In het eerste deel van het onderzoek wordt een analyse gedaan van de patiëntencontacten tijdens de diepe nacht (de uren tussen 23u 's avonds en 7u 's ochtends) in weekends en feestdagen van het jaar 2014, en dit in de wachtregio's Huisartsen van Brugge en omgeving (kortweg HABO) en Antwerpen Noord (kortweg HAN). Hieronder wordt eerst een beschrijving gegeven van de onderzochte wachtregio's.

3.1.1. Demografische gegevens

Demografische gegevens werden verkregen via de administratieve dienst van de betrokken wachtregio's. De demografische gegevens en gegevens betreffende de wachtdruk worden samengevat in tabel 4.

3.1.1.1. HABO:

De wachtregio "huisartsen van Brugge en omstreken" overkoepelt een gebied van 587km^2 met 265.554 inwoners en wordt ingedeeld in 9 wachtdienst onderdelen (WDO's): Blankenberge, Brugge, Damme-Dudzele, De Haan, Heist-Zeebrugge, Jabbeke, Knokke, Oostkamp en Zedelgem. Gemiddeld bestrijkt elk WDO een gebied van 65km^2 en telt ze 28.506 inwoners. De gemiddelde bevolkingsdichtheid per WDO bedraagt 406inw/km^2. Zie Tabel 1 en 4

Tabel 1: demografische gegevens van de verschillende WDO's van de wachtregio HABO.

WDO	Oppervlakte (km²)	inwoners	Inwoners/km²	Inwoners/wachtarts	Postcodes
Blankenberge*	34	21.143	641	21.143	8370, 8377
Brugge*	121	108.210	894	54.105	8000, 8200, 8310, 8377
Damme-Dudzele	112	12.473	111	12.473	8340, 8380
De Haan*	58	14.744	254	14.744	8420, 8421, 8377
Heist-Zeebrugge	24	20.646	860	20.646	8301, 8380
Jabbeke	54	13.781	255	13.781	8490
Knokke	44	20.440	465	20.440	8300
Oostkamp	80	22.760	285	22.760	8020
Zedelgem	60	22.357	373	22.357	8210, 8211
Totaal	587	256.554			

* Zuienkerke (8377): 49km2 en 2.761 inwoners is verdeeld over deze drie WDO's.

3.1.1.2. Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord (HAN):

De huisartsenwachtpost HAN overkoepelt een gebied van 174 km² met 139.094 inwoners. De verschillen in de bevolkingsdichtheid zijn groot binnen de kring HAAN (landelijk gebied) en de kring GMS (stedelijk gebied) en hun respectievelijke WDO's – zie tabel 2, 3 en 4. Gemiddeld bestrijkt elk WDO een gebied van 44km² en telt ze 34.774 inwoners. De gemiddelde bevolkingsdichtheid per WDO bedraagt 1875inw/km².

Tabel 2: demogafische gegevens van de regio HAN.

Gemeente (postcode)	Oppervlakte (km²)	Inwoners	Inwoners/ km²
Antwerpen-Luchtbal (2030)	54	10.427	193
Berendrecht-Zandvliet-Lillo (2040)	51	9.860	193
Merksem (2170)	8	43.611	5451
Ekeren (2180)	9	22.805	2534
Stabroek-Hoevenen (2940)	22	18.411	837
Schoten (2900)	30	33.980	1133
Totaal	**174**	**139.094**	**799**

Tabel 3: Overzicht van de WDO's in regio HAN

WDO	Oppervlakte (km2)	Inwoners	Inwoners/km2	postcode
Ekeren-Luchtbal	73	28.271	387	2030, 2180
BEZALIST	63	33.232	528	2040, 2940
Merksem	8	43.611	5451	2170
Schoten	30	33.980	1133	2900
Gemiddeld	44	34.774	1875	

3.1.2. Wachtdruk

Informatie over de wachtdruk in de 2 onderzochte wachtregio's werd voorzien door de administratieve dienst van de betrokken wachtdienst. Naast het hier gegeven

gemiddelde aantal wachten per jaar, is elke arts nog meerdere keren van achterwacht (oproepbaar indien het te druk is voor de actieve wachtartsen, of indien een wachtarts om bepaalde redenen zijn wacht niet kan waarnemen).

3.1.2.1. HABO

In HABO worden de wachten over de verschillende WDO's anders geregeld. Zo kan een huisarts in Brugge kiezen om in het weekend ofwel wachten van 24u waar te nemen of wachten van 12u. In Damme-Dudzele start een wacht op vrijdag 19u en loopt door tot de vrijdag erop. Een dergelijke periode wordt dan wel beschouwd als 7 verschillende wachten. In de meeste WDO's echter gaat het om weekwachten van 13u (19u tot 8u) en weekendwachten van 24u (8u tot 8u de dag erop). In sommige WDO's wordt ook beroep gedaan op vrijwilligers om wachten waar te nemen. Anderzijds staat het de artsen vrij om wachten van collega's over te nemen en zo meer wachten te doen, indien gewenst.
Het gemiddelde aantal wachten (in de WDO's waar dit kon worden berekend, zijnde Blankenberge, Damme-Dudzele, Heist-Zeebrugge, Oostkamp en Zedelgem) bedraagt respectievelijk 12 weekwachten van 13u (19u-8u) en 7 weekendwachten (of feestdagen) van 24u (8u tot 8u) per arts per jaar.
WDO Brugge is een apart geval, zoals hierboven reeds beschreven en wordt hier apart berekend. Gemiddeld neemt een huisarts in Brugge 5 weekwachten van 13u (19u tot 8u) waar per jaar. Deze zijn dus altijd 's nachts. Tijdens het weekend zijn er drie types van wachtdienst: 12u of 13u consultatie in de wachtpost, 12u of 13u mobiel gedurende de dag en 12u of 13u mobiel gedurende de nacht. Gemiddeld worden deze respectievelijk 2, 3 en 3 maal per jaar door elke arts waargenomen. Dit komt dus neer op 8 12-urenwachten per jaar in het weekend of op feestdagen en 5 13-urenwachten per jaar in de week.

3.1.2.2. Regio HAN

Afhankelijk van het WDO waarin wordt gewerkt, neemt een huisarts gemiddeld 6-12 weekwachten per jaar waar.
Wat weekendwachten betreft hangt het aantal wachten per arts per jaar onder andere af van de leeftijd. Een weekendwacht duurt ongeveer 10u en houdt dus (i.t.t. HABO, behalve Brugge) niet telkens een nachtwacht in. Onder de 61 jaar neemt men 8 weekendwachten per jaar waar. Vanaf 61 tot 62 jaar maximaal 6 weekendwachten. Vanaf 63 tot 64 jaar maximaal 4 weekendwachten en vanaf 65 jaar is er vrijstelling mogelijk. Verder is het zo dat men vanaf 60 jaar 3 vrijstellingen per jaar heeft van een type shift (de meesten kiezen om geen nachten meer te doen). Gezien er ook externe artsen wachten kunnen komen waarnemen op de wachtpost, indien goedgekeurd door de raad van bestuur en mits het akkoord van de kring waarin de praktijk van die externe arts evt. Gevestigd is, is het zo dat veel artsen de hun toegekende nachtshiften overdragen aan een externe arts. Wachten overdragen aan externe artsen is toegestaan voor alle artsen van de kring. Verder is het ook vaak zo dat oudere artsen hun nachtshiften ruilen met jongere artsen voor een dagshift. Dit systeem wordt ondersteund door een pooling van de inkomsten uit de honoraria met een herverdeling van deze inkomsten waarbij de minder gunstige nachtshiften en huisbezoekenshift een hogere vergoeding kennen dan de dagshiften.

Tabel 4: overzicht demografie en wachtdruk in de 2 onderzochte wachtregio's.

	HABO	HAN
Aantal WDO's	9	4
Aantal artsen per nachtwacht actief in wachtregio	10	2 van 23u tot 24u en 1 van 24u tot 7u (+ telkens 1 extra arts van achterwacht)
Oppervlakte Wachtregio (km2)	587	174
Gemiddelde opp. WDO (km2)	65	44
Aantal inwoners	256.555	139.094
Gemiddeld aantal inwoners per WDO	28.506	34.774
Bevolkingsdichtheid ganse wachtregio (inw/km2)	437	799
Gemiddelde bevolkingsdichtheid per WDO (inw/km2)	406	1875
Totaal aantal wachtartsen	246	115
Gemiddeld aantal inwoners/wachtarts (tijdens de nachtwacht (23u-7u) in het weekend of de nachtwacht op feestdagen)	25.656	139.094
Gemiddeld aantal wachten per arts per jaar	19	15
gemiddeld aantal weekwachten per arts per jaar	12	9
Gemiddeld aantal weekendwachten per arts per jaar	7	6

3.1.3. De diepe nacht nader bekeken

Zie tabel 17 voor een overzicht van de belangrijkste gegevens.

3.1.3.1. Aantal contacten

Alles samen werden de gegevens van 172 nachten (23u tot 7u) in 2014 geanalyseerd.
In totaal vonden in HABO tijdens de weekendnachten en nachten rond feestdagen 967 patiëntencontacten plaats. In HAN 588 patiëntencontacten. Per 100.000 inwoners kwam dit neer op 377 patiëntencontacten in HABO en 423 patiëntencontacten in HAN.

3.1.3.2. Telefonische contacten, consultaties of huisbezoeken?

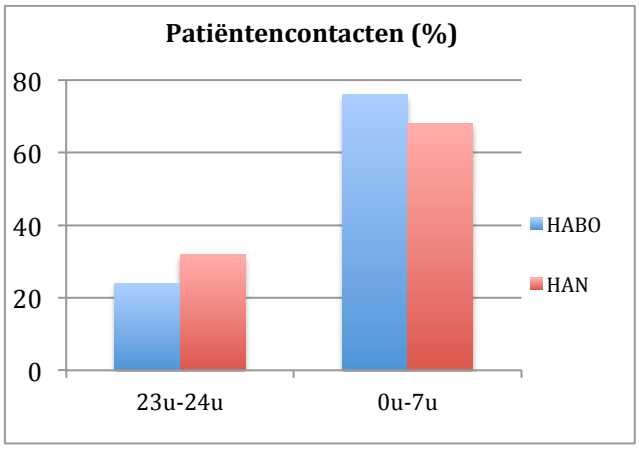
Een medisch advies dat telefonisch wordt gegeven, zonder dat de patiënt wordt "gezien", is in HABO eerder uitzondering dan regel. Slecht 7 contacten (0,7%) werden telefonisch afgehandeld. In de datalijst van HABO wordt niet vermeld of het om een huisbezoek dan wel om een consultatie in de eigen praktijk (de wachtpost is niet open tijdens de diepe nacht) ging. Hier wordt uitgegaan dat het in alle contacten die niet telefonisch werden afgehandeld (960 of 99,3%), ging om een huisbezoek.
Gezien er in HAN tijdens weekends en feestdagen wordt gewerkt vanuit een huisartsen-wachtpost, zijn er drie types van contacten: medisch advies (telefonisch afgehandeld), consultatie op de wachtpost en het huisbezoek. Respectievelijk 107 (18%), 357 (61%) en 124 (21%) van de contacten. In HAN ging het dus bijna in 2/3 van de gevallen om een consultatie in de wachtpost en slechts in 1/5 van de gevallen om een huisbezoek.

3.1.3.3. Tijdstip van de oproepen

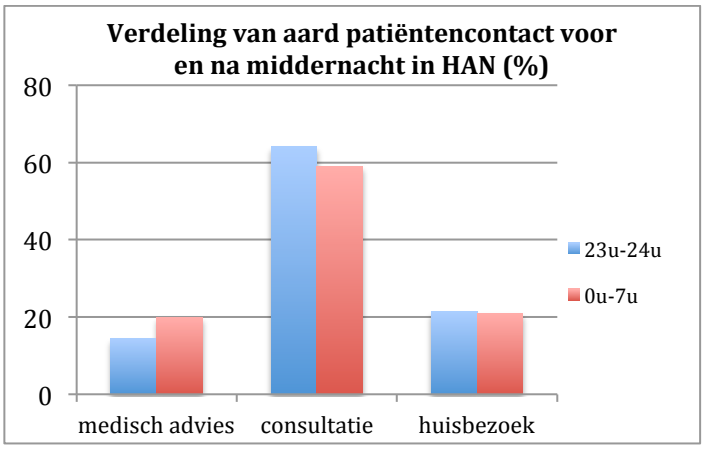
In de wachtregio HABO vond een vierde van de oproepen (236 oproepen of 24%) tussen 23u en 24u plaats en drie vierde (731 oproepen of 76%) tussen 0u en 7u. In HAN vond ongeveer een derde van de oproepen (187 oproepen of 32%) tussen 23u en 24u plaats

en twee derde (401 oproepen of 68%) tussen 0u en 7u (zie figuur 1). Wanneer dus per uur van de nacht wordt gekeken, komen per uur twee tot drie keer zo veel oproepen voor tussen 23u en middernacht dan na middernacht.
Alhoewel er na middernacht iets meer telefonisch advies werd gegeven, is de verhouding van de types patiëntencontacten in HAN vergelijkbaar voor en na middernacht. Op de oproepen tussen 23u en middernacht volgde in 27 gevallen (14% van de oproepen voor middernacht) een telefonisch/medisch advies, in 120 gevallen (64%) een consultatie en in 40 gevallen (21%) een huisbezoek. Deze verhoudingen zijn na middernacht goed vergelijkbaar: 80 (12%) telefonisch/medisch advies, 237 (59%) consultaties op de wachtpost en 84 (21%) huisbezoeken. Zie figuur 2.
In HABO vonden 5 van de 7 telefonisch afgehandelde contacten na middernacht plaats.

Figuur1: Verdeling van de patiëntencontacten voor en na middernacht



Figuur 2: verdeling van de types van patiëntencontact voor en na middernacht in HAN

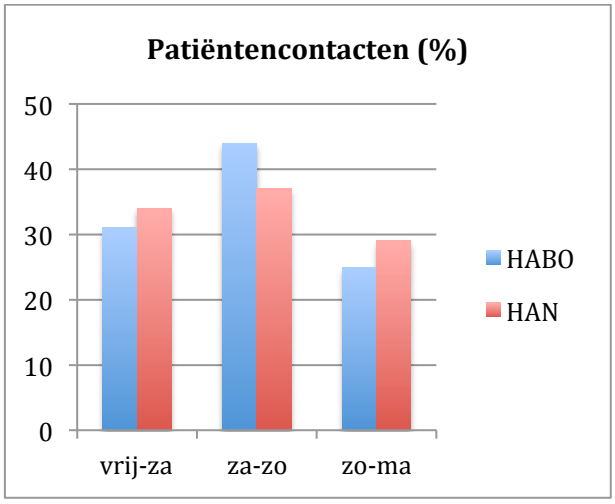


Over de nachten van het weekend heen, kwamen de meeste oproepen binnen tijdens de nacht van zaterdag op zondag en de minste tijdens de nacht van zondag op maandag. Dit was zowel in HABO als in HAN het geval. De nachten voor en na de feestdagen worden hier niet apart bekeken omdat een groot deel van deze nachten in een weekend vallen. Zie tabel 5 en figuur 3 en 4.

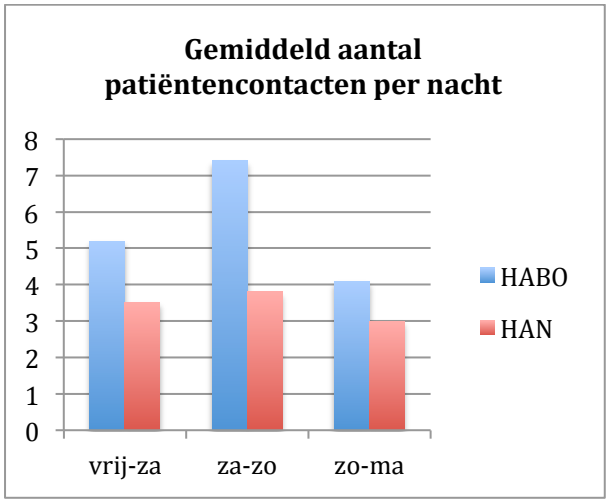
Tabel 5: verdeling van de patiëntencontacten over de nachten van het weekend

HABO	vrij-za	za-zo	zo-ma
aantal contacten in 2014	269	385	215
Fractie van alle contacten in het weekend	31%	44%	25%
gemiddeld aantal contacten per nacht	5,2	7,4	4,1
HAN	Vrij-za	za-zo	zo-ma
aantal contacten in 2014	181	199	156
Fractie van alle contacten in het weekend	34%	37%	29%
gemiddeld aantal contacten per nacht	3,5	3,8	3,0

Figuur 3: verdeling van de patiëntencontacten over de weekendnachten (%)



Figuur 4: verdeling van het gemiddeld aantal patiëntencontacten per nacht over het weekend



3.1.3.4. Urgentiegraad

De urgentiegraad van een contact kan worden uitgedrukt volgens de indeling van het Manchester triage system (14) – zie tabel 6.

Tabel 6: indeling urgentiegraden

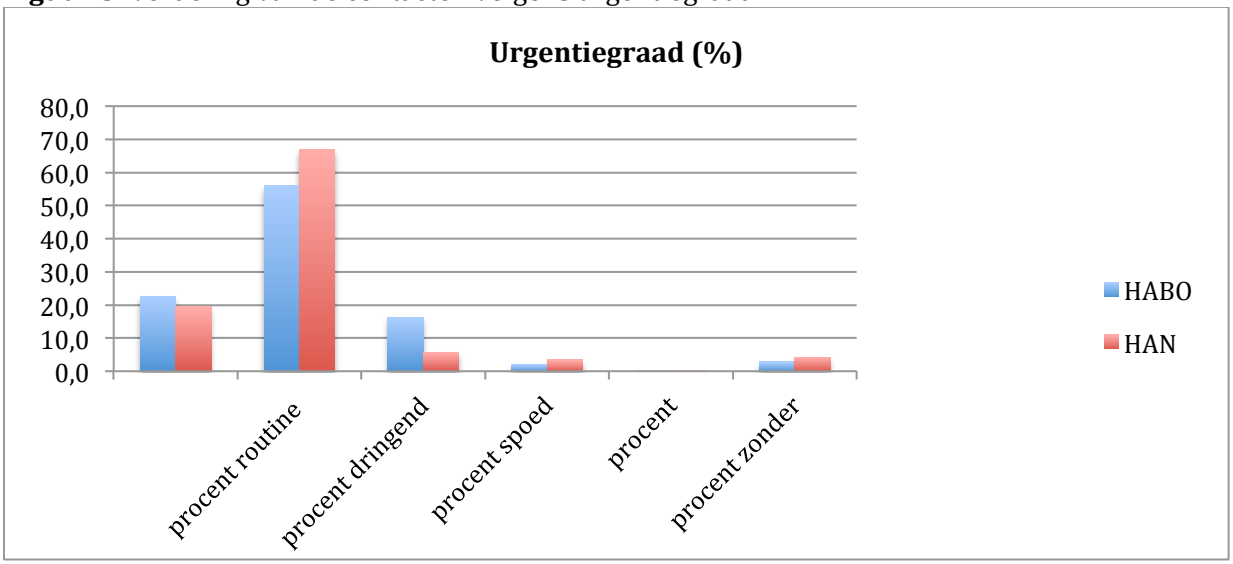
Urgentiegraad	Beschrijving
U5 of niet urgent	Geen reden tot contact met de huisarts of kon wachten tot na de wachtdienst
U4 of routine	Normaal wachtgebruik of normale gang van zaken
U3 of dringend	Binnen enkele uren te beoordelen. Bijvoorbeeld pneumonie of ernstige duizeligheid
U2 of spoed	Zo snel mogelijk hulp bieden, zeker binnen het uur, kan snel verslechteren. Bijvoorbeeld instabiele angor
U1 of levensbedreigend	Onmiddellijk hulp bieden, eventueel tegelijkertijd ambulance verwittigen. Bijvoorbeeld shock

Wanneer we kijken naar de urgentiegraad die door de wachtartsen aan het contact werd gegeven, werden 219 of 23% in HABO als niet urgent beschouwd. 541 contacten of 56% werden gezien als routine, 158 contacten of 16% als dringend, 20 contacten of 2% als spoed en slechts 2 contacten of 0,2% als levensbedreigend. Van 27 contacten of 2,8% werd geen registratie van urgentie meegegeven.

In HAN werden 114 contacten of 19% als niet urgent beschouwd, 394 of 67% als routine, 34 contacten of 5,8% als dringend, 20 contacten of 3% als spoed en slechts 1 contact of 0,2% als levensbedreigend. Van 25 contacten of 4% werd geen urgentiegraad geregistreerd.

In beide kringen ging het in ongeveer 80% van de gevallen om banale klachten (U5 of U4). Zie figuur 5.

Figuur 5: verdeling van de contacten volgens urgentiegraad



3.1.3.5. RFE en diagnose

Zowel de RFE als de diagnose werd in de meeste gevallen geregistreerd volgens de ICPC-2 codes.

Wat RFE betreft, waren de vijf meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken voor HABO D (digestief), A (algemeen), R (respiratoir), L (musculoskeletaal) en S (huid). Acht RFE's werden niet gecodeerd. Dezelfde hoofdstukken, zelfs in dezelfde volgorde, kwamen in HAN voor. Ook het relatief voorkomen (in % van het totaal) van de 5 meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken in beide wachtregio's is vergelijkbaar. In HAN werden 32 RFE's niet gecodeerd. Zie tabel 7.
De 5 meest voorkomende RFE's in HABO waren: D01: "gegeneraliseerde buikpijn/krampen", D10: "braken", R02: "dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen", A96: "dood/overlijden" , en A97: "geen ziekte" en L03: "lage rugpijn zonder uitstraling" met zelfde incidentie. De meest voorkomende RFE's in HAN waren: A03: "koorts", D01: "gegeneraliseerde buikpijn/krampen", D10: "braken", R05: "hoesten" en H01: "oorpijn". Zie tabel 8 en 9.

Tabel 7: de vijf meest voorkomende ICPC2 hoofdstukken betreffende RFE.

	HABO		HAN	
ICPC2 hoofdstuk	aantal	%	aantal	%
D (digestief)	250	25,9	129	21,9
A (algemeen)	240	24,8	127	21,6
R (respiratoir)	124	12,8	78	13,3
L (bewegingsapparaat)	104	10,8	65	11,1
S (huid)	55	5,7	34	5,8

Tabel 8: de 5 meest voorkomende RFE's inHABO

	HABO	
ICPC-2-code	aantal	%
D01: "gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	98	10,3
D10: "braken"	66	6,8
R02: "dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen"	57	5,9
A96: "dood/overlijden"	49	5,1
A97: "geen ziekte"	41	4,2
L03: "lage rugpijn zonder uitstraling"	41	4,2

Tabel 9: de 5 meest voorkomende RFE's in HAN

	HAN	
ICPC-2-code	aantal	%
A03: "koorts"	49	8,3
D01: gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	41	7,0
D10: "braken"	33	5,6
R05: "hoesten"	30	5,1
HO1: "oorpijn"	24	4,1

Na diagnose door de wachtarts, waren de vijf meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken in HABO A (Algemeen), D (digestief), R (repiratoir), L (bewegingsapparaat) en K (tractus circulatorius). Zie tabel 10.
In HAN waren de vijf meest voorkomende hoofdstukken A (Algemeen), D (digestief), R (respiratoir), L (bewegingsapparaat) en S (huid). Zie tabel 11.
Merk op dat het hoofdstuk K (tractus circulatorius) niet in de top 5 van diagnosen in HAN voorkomt.

De 5 meest voorkomende diagnosen in HABO zijn: A99: "andere gegeneraliseerde/niet-gespecifieerde ziekten", D73: "veronderstelde gastro-intestinale infectie", A96: "dood/overlijden", R74: "acute infectie bovenste luchtwegen", met D01: "gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen" en D87: "stoornis maagfunctie" op een gedeelde vijfde plaats. Er kan opgemerkt worden dat codes D73, D01 en D87 beter onder een zelfde code waren geregistreerd.
In HAN zijn de 5 meest voorkomende diagnosen: A99: "andere gegeneraliseerde/niet-gespecifieerde ziekten", R74: "acute infectie bovenste luchtwegen", D73: "veronderstelde gastro-intestinale infectie", H71: "otitis media acuta/myringitis", en D87:"stoornis maagfunctie" en U71: "cystitis/urineweginfectie" op een gedeelde vijfde plaats. (zie tabel 12 en 13).

Tabel 10: de 5 meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken betreffende Diagnose in HABO

	HABO	
ICPC-2-hoofdstuk	aantal	%
A (algemeen)	291	30,1
D (digestief)	204	21,1
R (respiratoir)	124	12,8
L (bewegingsapparaat)	89	9,2
K (tractus circulatorius)	49	5,1

Tabel 11: de 5 meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken betreffende Diagnose in HAN

	HAN	
ICPC-2-hoofdstuk	aantal	%
A (algemeen)	120	20,4
D (digestief)	104	17,7
R (respiratoir)	95	16,2
L (bewegingsapparaat)	52	8,8
S (huid)	34	5,8

Tabel 12: de 5 meest voorkomende diagnosen (ICPC-2-codes): HABO

	HABO	
ICPC-2-code	aantal	%
A99: "andere gegeneraliseerde/niet gespecifieerd ziekten	130	13,4
D73: "veronderstelde gastro-intestinale infectie"	62	6,4
A96: "dood/overlijden"	60	6,2
R74: "acute infectie bovenste luchtwegen"	30	3,1
D01: "gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen"	28	2,9
D87: "stoornis maagfunctie"	28	2,9

Tabel 13: de 5 meest voorkomende diagnosen (ICPC-2-code): HAN

	HAN	
ICPC-2-code	aantal	%
A99: "andere gegeneraliseerde/niet gespecifieerde ziekten	45	7,7
R74: "acute infectie bovenste luchtwegen"	30	5,1
D73: "veronderstelde gastro-intestinale infectie"	24	4,1
H71: "otitis media acuta/myringitis"	21	3,6
D87: "stoornis maagfunctie"	20	3,4
U71: "cystitis/urineweginfectie	20	3,4

3.1.3.6. Verwijzingen naar het ziekenhuis

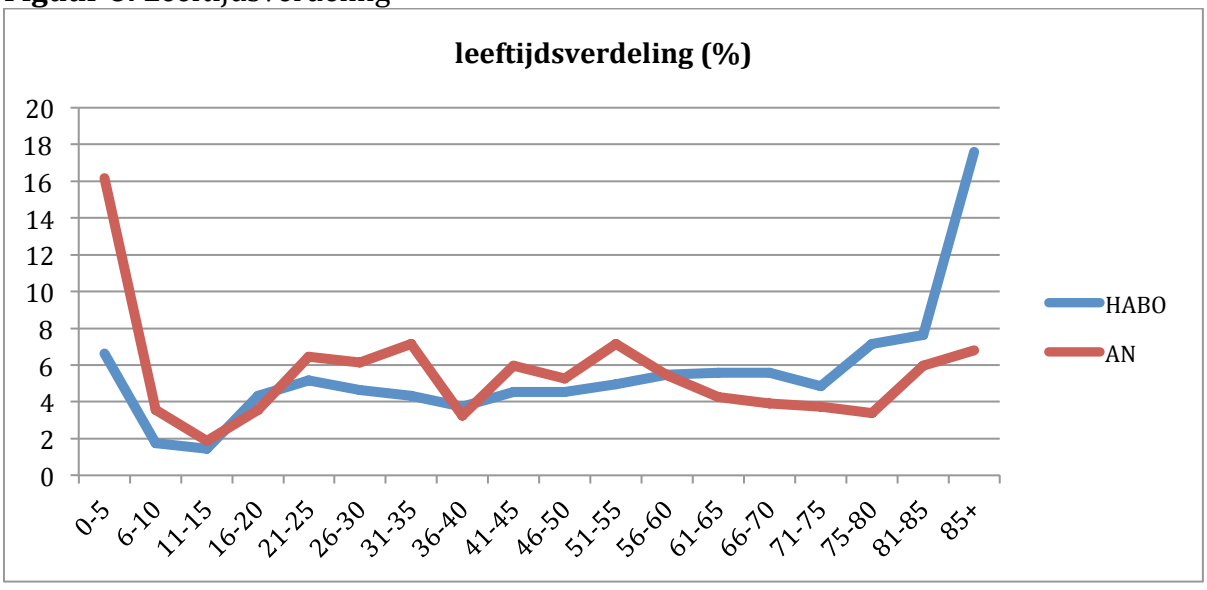
In totaal werden 132 patiënten of 13,7% in HABO naar het ziekenhuis verwezen voor opname of verder onderzoek op de spoedafdeling. Een vergelijkbaar percentage kon worden gezien in HAN: 74 patiënten of 12,6%

3.1.3.7. Leeftijdsverdeling

Zowel in HABO als in HAN is een groot aandeel van jonge patiënten te zien. In Habo is één op tien (9%) patiënten 10 jaar of jonger. In HAN is één op vijf (20%) 10 jaar of jonger. Daarna is een homogene verdeling te zien met een kleinere vertegenwoordiging van patiënten tussen 10 en 20 jaar. Uiteindelijk is dan weer een stijging te zien vanaf 75 jaar.

Hier dient wel opgemerkt te worden dat het hoge percentage 85-plussers in HABO niet realistisch is. Zo werden in de groep van 85-plussers 36 patiënten als 214 jaar oud geregistreerd. Zie tabel 14 en figuur 6

Figuur 6: Leeftijdsverdeling



Tabel 14: leeftijdsverdeling

leeftijdsverdeling (%)	HABO	HAN
0-5j	7	16
6-10j	2	4
11-15j	1	2
16-20j	4	4
21-25j	5	6
26-30j	5	6
31-35j	4	7
36-40j	4	3
41-45j	5	6
46-50j	5	5
51-55j	5	7
56-60j	5	5
61-65j	6	4
66-70j	6	4
71-75j	5	4
75-80j	7	3
81-85j	8	6
85j+	18	7

3.1.3.8. RVT

Van alle contacten gingen er bij HABO 41 of 4,2% door in een RVT. In HAN bedroeg dit 30 contacten of 5,1%.
Van de contacten in een RVT ging het in HABO in 15 gevallen (36,6%) om het vaststellen van de dood. In 4 gevallen (9,8%) werd een bewoner verwezen naar het ziekenhuis. In HAN was dit respectievelijk in 6 gevallen (20%) en 8 gevallen (26,7%). Zie tabel 15.

Tabel 15: oproepen in RVT's

	HABO	HAN
RVT	41 (4,2%)	30 (5,1%)
als RVT: dood vaststellen	15 (36,6%)	6 (20%)
als RVT: verwijzing	4 (9,8%)	8 (26,7%)

3.1.3.9. Per nacht en per arts

Om echt een goed beeld te hebben van de werkdruk tijdens de diepe nacht is het interessant om na te gaan om hoeveel patiëntencontacten dit nu werkelijk gaat per nacht en per arts. Zoals hierboven reeds gezegd is in elk WDO van HABO 's nachts 1 arts van wacht, behalve in Brugge waar 2 artsen van wacht zijn. In HAN zijn 2 artsen van wacht tussen 23u en 24u en tussen 0u en 7u is er maar één arts van wacht. Zoals de gegevens hierboven betreffen hier ook enkel nachten tijdens het weekend of nacht voor- en na een feestdag.

In het complete gebied van HABO worden per nacht in het weekend of rond feestdagen gemiddeld 5,6 patiëntencontacten geteld. Dit komt op 2,2 patiëntencontacten per 100.000 inwoners per nacht. In HAN worden gemiddeld 3,4 patiëntencontacten of 1,6 patiëntencontacten per 100.000 inwoners per nacht geteld.
Per arts komt dit neer op 0,6 patiëntencontacten per nacht (ofwel 1 patiëntencontact per 2 nachten) in HABO en 2,9 (afgerond 3) patiëntencontacten per nacht in HAN (zie Tabel 16).

Tijdens het weekend en feestdagen komen alle oproepen van de verschillende WDO's in HAN in de wachtpost terecht. In HABO daarentegen is in elk WDO minstens één arts van wacht. In tabel 16 wordt een overzicht gegeven van het gemiddeld aantal patiëntencontacten per nacht in de verschillende WDO's van HABO.

Tabel 16: overzicht van het aantal patiëntencontacten per nacht en per arts in HABO (totaal en per WDO) en HAN.

	Aantal patiëntencontacten	Per nacht	Per arts per nacht
HAN	588	3,42	2,88
HABO	960	5,58	0,56
Per WDO in HABO			
Blankenberge	94	0,55	0,55
Brugge	419	2,44	1,22
Damme-Dudzele	50	0,29	0,29
De Haan	6	0,03	0,03
Heist-Zeebrugge	99	0,53	0,53
Jabbeke	42	0,24	0,24
Knokke	101	0,59	0,59
Oostkamp	92	0,53	0,53
Zedelgem	82	0,48	0,48

Algemeen kunnen we dus stellen dat de werklast per arts tijdens de diepe nacht het hoogst is in HAN (gemiddeld 6 maal zo hoog als in HABO). In HABO is de werklast per arts tijdens de diepe nacht het hoogst in Brugge en het laagst in De Haan.

Tabel 17: Algemeen overzicht van de resultaten van het eerste deel van het onderzoek.

	HABO	HAN
Oppervlakte	587 km²	174 km²
Aantal inwoners	256.554	139.094
Gemiddelde bevolkingsdichtheid	437 inw/ km²	799 inw/ km²
Totaal aantal contacten	967	588
Aantal contacten per 100.000 inwoners	377	423
Type contact		
Telefonisch/medisch advies	7 (0,7%)	107 (18%)
Consultatie	Nvt	357 (61%)
Huisbezoek	960 (99,3%)	124 (21%)
Tijdstip van het contact		
Tussen 23u en 24u	236 (24%)	187 (32%)
Tussen 0u en 7u	731 (76%)	401 (68%)
Vrij-za	269 (31%)	181 (34%)
Za-zo	385 (44%)	199 (39%)
Zo-ma	215 (25%)	156 (29%)
Urgentiegraad		
U5 (niet urgent)	219 (23%)	114 (19%)
U4 (routine)	541 (56%)	394 (67%)
U3 (dringend)	158 (16%)	34 (5,8%)
U2 (spoed)	20 (2%)	20 (3%)
U1 (levensbedreigend)	2 (0,2%)	1 (0,2%)
Geen registratie	27 (2,8%)	25 (4%)
RFE (vijf meest voorkomende ICPC2-hoofdstukken)		
D (digestief)	250 (25,9%)	129 (21,9%)
A (algemeen)	240 (24,8%)	127 (21,6%)
R (respiratoir)	124 (12,8%)	78 (13,3%)
L (bewegingsapparaat)	104 (10,8%)	65 (11,1%)
S (huid)	55 (5,7%)	34 (5,8%)
Specifieke RFE's per wachtgebied: zie tabel 8 en 9		
Diagnose (vijf meest voorkomende ICPC2-Hoofdstukken)		
A (algemeen)	291 (30,1%)	120 (20,4%)
D (digestief)	204 (21,1%)	104 (17,7%)
R (respiratoir)	124 (12,8%)	95 (16,2%)
L (bewegingsapparaat)	89 (9,2%)	52 (8,8%)
K (tractus circulatorius)	49 (5,1%)	/
S (huid)	/	34 (5,8%)
Specifieke diagnoses per wachtgebied – zie tabel 12 en 13		
Verwijzingen	132 (13,7%)	74 (12,6%)
RVT	41 (4,2%)	30 (5,1%)
Als RVT: dood vaststellen	15 (36,6%)	6 (20%)
Als RVT: verwijzing	4 (9,8%)	8 (26,7%)
Gemiddeld aantal patiëntencontacten per nacht (ganse regio)	5,58	3,42
Gemiddeld aantal patiëntencontacten per arts per nacht	0,56	2,88

3.2. Deel 2 van het onderzoek:

In dit deel van het onderzoek werd een enquête rondgestuurd naar de huisartsen van de twee wachtregio's waarvan de patiëntencontacten in het eerste deel van dit onderzoek werden geanalyseerd.
In de enquête werd gepolst naar de bereidheid van deze huisartsen om tijdens de uren van de diepe nacht nog wachten waar te nemen, dan wel alle oproepen tussen 23u en 7u naar de spoedafdeling door te verwijzen. Naast vragen naar algemene gegevens van deze huisartsen zoals aantal jaar praktijkervaring, type praktijk, deeltijds/voltijdse werkzaamheid, werd hen ook een tiental stellingen en een open vraag aangeboden. Zie bijlage 1 voor de complete vragenlijst.

3.2.1. Responsratio

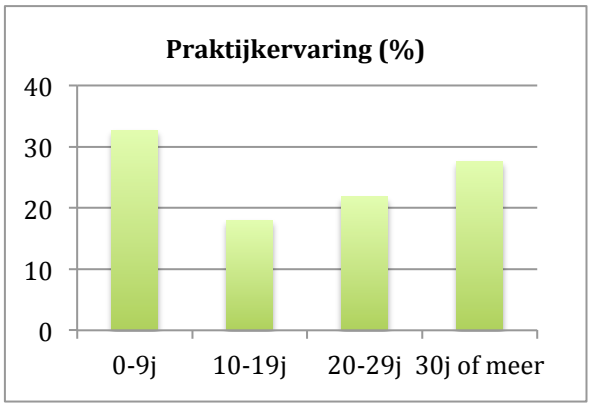
In de regio HABO werd de enquête naar 267 artsen doorgestuurd. In regio HAN naar 105 artsen. Na het sturen van 2 reminders, bedroeg de responsratio 42%.

3.2.2. Algemene gegevens van de respondenten

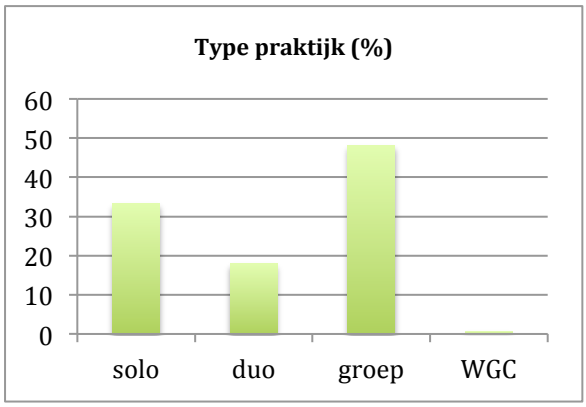
De groep van jongste en oudste huisartsen zijn het meest vertegenwoordigd onder de respondenten. De meeste respondenten kwamen uit een groepspraktijk en de meeste respondenten werkten full-time – zie tabel 18.

Tabel 18: algemene kenmerken van de respondenten

Aantal jaren praktijkervaring	
0-9 jaar	51 (33%)
10-19 jaar	28 18%)
20-29 jaar	34 (22%)
30 jaar of meer	43(28%)
Type praktijk	
Solo-solopraktijk	52 (33%)
Duo-praktijk	28 (18%)
Groepspraktijk	75 (48%)
WGC	1 (1%)
Deeltijds/voltijds	
Voltijds	154 (93%)
Deeltijds	11 (7%)



Figuur 7: verdeling volgens jaren



Figuur 8: verdeling volgens praktijktype

3.2.3. Enquête

Op elke stelling kon worden geantwoord met “helemaal niet akkoord”, “niet akkoord”, “neutraal”, “akkoord”, “helemaal akkoord”. Om de vergelijkbaarheid en de algemene beoordeling te vergemakkelijken werden de antwoorden “helemaal niet akkoord” en “niet akkoord” en de antwoorden “akkoord” en “helemaal akkoord” samen genomen onder de respectievelijke noemers “niet mee eens” en “mee eens”.
Tabel 19 toont een overzicht van de bekomen resultaten.

Bij de analyse van de antwoorden, valt op dat de meeste respondenten de werkdruk tijdens de diepe nacht als te hoog ervaren. De meningen over de zin om als huisarts nog wacht waar te nemen tijdens de diepe nacht zijn verdeeld, met zowel voor stelling 6 als stelling 8 een bijna gelijk percentage respondenten “eens” als “niet eens”. Toch is het grootste deel van de respondenten het niet eens met de stelling dat alle oproepen naar spoed moeten worden doorverwezen.
Het grootste deel van de respondenten is het wel eens met de stellingen dat we een slecht signaal geven naar de patiënten toe en dat het niet goed is voor ons imago naar de tweede lijn toe indien we alle oproepen tijdens de diepe nacht naar spoed zouden doorsturen. De meeste respondenten vinden dan weer niet dat we ons als beroepsgroep zouden overbodig maken hierdoor.
Een overgrote meerderheid is het niet eens met de stellingen dat wachten tijdens de diepe nacht enkel noodzakelijk zijn tijdens de weeknachten of enkel tijdens de weekendnachten.
Met de stelling dat wachten tijdens de diepe nacht enkel nog noodzakelijk zijn voor rusthuispatiënten en palliatieve patiënten zijn de meeste respondenten ook niet eens.

Tabel 19: antwoorden op de stellingen: HABO en HAN samen

Stelling	niet mee eens	neutraal	mee eens
5. Ik ervaar de werkdruk van de wacht tussen 23u en 7u als te hoog.	30%	24%	46%
6. wachten tussen 23u en 7u zouden niet meer door de huisarts moeten worden gedaan.	40%	12%	47%
7. Alle oproepen tussen 23u en 7u zouden onmiddellijk naar spoed moeten worden doorgestuurd.	60%	7%	33%
8.Wachten tussen 23u en 7u zijn overbodig, want ofwel banaal (en kan dus wachten) ofwel zo dringend dat ze onmiddellijk naar spoed moet.	46%	9%	45%
9. Als huisartsen alle oproepen tussen 23u en 7u naar spoed doorsturen, geven we een verkeerd signaal aan de patiënten.	34%	13%	53%
10. Als huisartsen alle oproepen tussen 23u en 7u doorsturen naar spoed, maken we onszelf als beroepsgroep overbodig	67%	12%	21%
11. Als huisartsen alle oproepen tussen 23u en 7u doorsturen naar spoed is dat niet goed naar de tweede lijn toe	33%	17%	50%
12. wachten tussen 23u en 7u zijn enkel nuttig tijdens het weekend, maar niet tijdens de week	83%	13%	4%
13. wachten tussen 23u en 7u zijn enkel nuttig tijdens de week en niet tijdens het weekend.	88%	6%	6%
14. wachten tussen 23u en 7u zijn enkel nodig voor rusthuispatiënten en palliatieve patiënten	58%	13%	29%

3.2.4. Diepere analyse van de antwoorden op stelling 6 en 7 van de enquête.

Stellingen 6 en 7 leunen het dichtste aan bij de hoofdvraag in dit deel van het onderzoek: "wat is de mening van de huisartsen om tijdens de uren van de diepe nacht nog wacht waar te nemen, dan wel alle oproepen naar spoed door te sturen?"

Het was dan ook interessant om de antwoorden op deze twee stellingen verder uit te diepen in functie van aantal jaren werkervaring en type praktijk waarin de respondent werkzaam is.

3.2.4.1. aantal jaren werkervaring

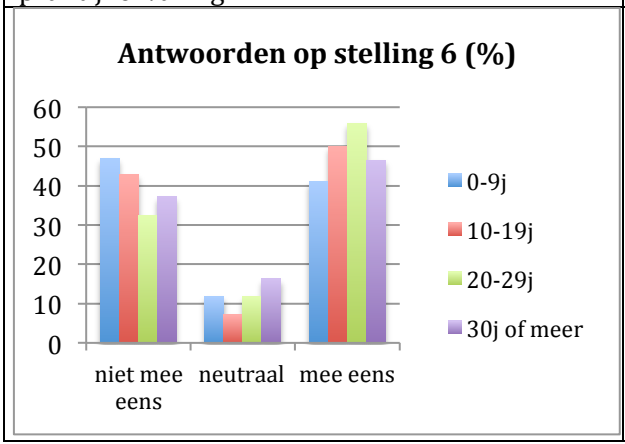
Wanneer we de antwoorden opsplitsen in functie van het aantal jaar praktijkervaring van de respondenten valt op dat het vooral de respondenten zijn die nog niet lang in het vak staan (0-9j), die het niet eens zijn met stelling 6: "wachten tussen 23u en 7u zouden niet meer door huisartsen moeten worden gedaan" – tabel 20. In de 3 andere groepen was er telkens een grotere proportie van de respondenten die "mee eens" antwoordde op deze stelling.

In alle groepen antwoordde het grootste deel van de respondenten "niet eens" te zijn met stelling 7: "alle oproepen tussen 23u en 7u zouden onmiddellijk naar spoed moeten worden doorgestuurd". In overeenkomst met wat werd gezien bij stelling 6, is de grootste groep die "niet eens" antwoordt te zien bij de jongste respondenten. Toch zien we dat ook onder oudere huisartsen die eerder van mening zijn dat wachten tijdens de diepe nacht niet meer door huisartsen moeten worden waargenomen, ook eerder van mening zijn dat niet alle oproepen naar de spoed moeten worden doorgestuurd. Zie figuur 9 en 10.

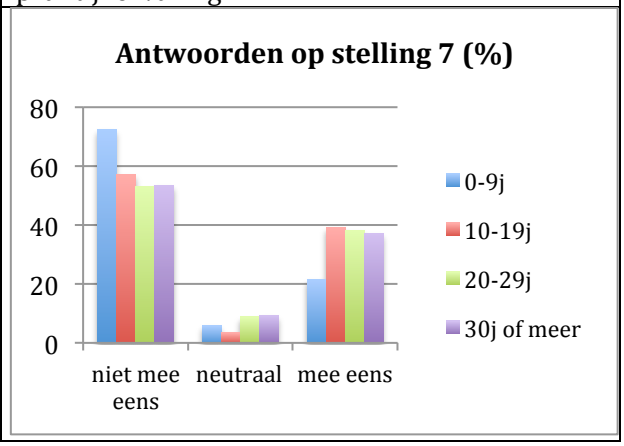
Tabel 20: verdeling van de antwoorden op stelling 6 en 7 in functie van het aantal jaren praktijk ervaring

	niet mee eens	neutraal	mee eens
Stelling 6: wachten tussen 23u en 7u zouden niet meer door de huisarts moeten worden gedaan.			
0-9j ervaring	47%	12%	41%
10-19j	43%	7%	50%
20-29j	32%	12%	56%
30j of meer	37%	16%	47%
Stelling 7: Alle oproepen tussen 23u en 7u zouden onmiddellijk naar spoed moeten worden doorgestuurd.			
0-9j	73%	6%	22%
10-19j	57%	4%	39%
20-29j	53%	9%	38%
30j of meer	53%	9%	37%

Figuur 9: Antwoorden op stelling 6 ifv jaren praktijkervaring



Figuur 10: antwoorden op stelling 7 ifv jaren praktijkervaring



3.2.4.2. Type praktijk

Wanneer de antwoorden op stelling 6 en 7 worden opgesplitst in functie van type praktijk valt een verschil te merken tussen respondenten die werken als solo-arts enerzijds en respondenten uit duo- of groepspraktijken anderzijds.

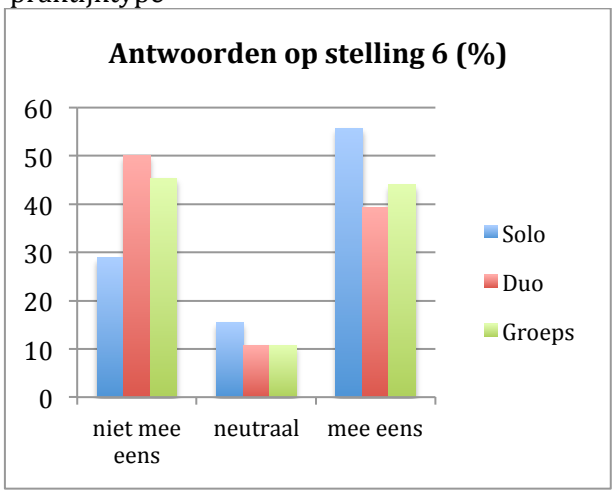
Een grote meerderheid van de artsen die solo werken zijn het eens met stelling 6 dat huisartsen geen wachten meer zouden moeten waarnemen tussen 23u en 7u. Bij artsen die samenwerken in een duo- of groepspraktijk is de meerderheid het niet eens met deze stelling. Let wel op het kleine verschil bij respondenten uit een groepspraktijk.

Ook met stelling 7 is de meerderheid van de solo-werkende respondenten het eens, terwijl de meerderheid van de samenwerkende respondenten uit een groepspraktijk of duopraktijk het niet eens is. Zie tabel 21 en figuur 11 en 12.

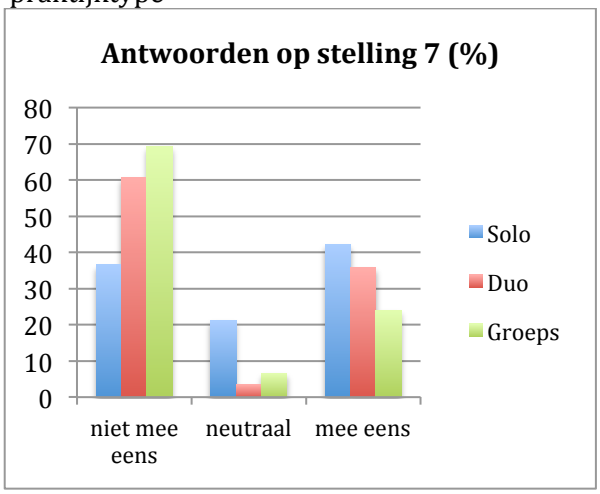
Tabel 21: antwoorden op stelling 6 en 7 ifv type praktijk

	niet mee eens	neutraal	mee eens
Stelling 6: wachten tussen 23u en 7u zouden niet meer door de huisarts moeten worden gedaan.			
Solo	29%	15%	56%
Duo	50%	11%	39%
Groep	45%	11%	44%
Stelling 7: Alle oproepen tussen 23u en 7u zouden onmiddellijk naar spoed moeten worden doorgestuurd.			
Solo	37%	21%	42%
Duo	61%	4%	36%
Groep	69%	7%	24%

Figuur 11: antwoorden op stelling 6 ifv praktijktype



Figuur 12: antwoorden op stelling 7 ifv praktijktype



3.2.4.3. De open vraag

De laatste vraag van de enquête was een open vraag waarin expliciet wordt gevraagd of de respondent vindt dat huisartsen nog steeds beschikbaar moeten blijven tijdens de diepe nacht (23u-7u) en waarom wel/niet.

Niet iedereen die de enquête heeft ingevuld, heeft ook de open vraag ingevuld. Hieronder worden de antwoorden die het meest terugkwamen weergegeven.

Antwoorden pro:

- "Ja, indien er een goede triage bestaat."
- "Huisartsenwachten blijven nodig, ook 's nachts. Niet alleen voor rusthuis-patiënten of palliatieve patiënten. Het is nog steeds nodig dat een arts het verschil maakt tussen wat dringend is en alleen maar dringend lijkt."
- "Het is voor de patiënt contradictorisch en verwarrend als ze overdag eerst naar de huisarts zouden moeten en 's nachts dan wel direct de spoed kunnen binnenwandelen. Duidelijke afspraken kunnen maar worden gemaakt als ze 24u/24u en 7d/7d gelden. Er moet wel een goede triage gebeuren aan de telefoon."
- "Ja, indien er een compensatievergoeding mogelijk is voor de volgende dag."
- "Het is nog steeds een onderdeel van onze job, er zijn nog steeds problemen die een huisarts wel kan oplossen en die niet kunnen wachten tot de volgende dag, en ook 's nachts hebben mensen geruststelling nodig. Dit zomaar afschuiven op de spoed is geen goede optie."
- "Nachtwachten waarnemen is ook een vorm van solidariteit onder artsen, en iedereen moet zijn deel maar doen."
- "Beschikbaarheid moet blijven, maar sommige zaken zouden telefonisch moeten kunnen afgehandeld worden."

Antwoorden contra:

- “de spoeddiensten zijn toch sowieso paraat en het zou efficiënter zijn indien daar het beperkt aantal oproepen die nu bij de huisarts komen, ook zouden worden opgevangen. Dat zou efficiënter en meer kostenbesparend zijn.”
- “Tijdens de nacht zou enkel een triage en (financieel vergoed) telefonisch advies moeten gebeuren. Bij vele oproepen is telefonisch advies voldoende en kan KO wachten tot de volgende dag, terwijl andere oproepen dermate ernstig zijn dat ze onmiddellijk naar de spoedafdeling moeten worden doorgestuurd. Een wachtdienst van huisartsen voor immobiele patiënten, palliatieve patiënten en rusthuispatiënten zou wel nog moeten blijven.”
- “Zo lang er als huisarts geen mogelijkheid is tot recuperatie de volgende dag, zouden we geen nachtwachten meer moeten doen.”
- “Als je als huisarts van wacht aan huis komt, zien patiënten het geregeld niet zitten om dan nog eens naar de apotheek van wacht te gaan, waardoor ze toch wachten tot de volgende dag met de start van hun behandeling. Waarom moet je dan als huisarts uit bed worden gebeld?“

Hieronder ook enkele opmerkelijke of originele antwoorden die niet vaak terugkwamen:

- “Ja, op voorwaarde van een goede opvoeding voornamelijk van patiënten onder budgetbeheer en met OMNIO-statuut.”
- “uiteraard werd deze enquête beantwoord vanuit een actueel model. Ik miste een vraag of de huisarts het wenselijk acht dat de spoed zou gesloten worden voor eerstelijnsproblematieken. Want moest dat gebeuren, dan wordt de rol van de huisarts tijdens nacht natuurlijk weer helemaal anders... Zoals nu bestaan er voor nachtconsulten 2 modellen naast elkaar waarbij de meeste mobiele mensen duidelijk kiezen voor een spoeddienst. Redenen daarvan zijn multiple: goed herkenbaar, goed gelokaliseerd, alle (technische) hulpmiddelen bij de hand, geen onmiddellijke betaling noodzkelijk, etc.”
- “Interessante maar moeilijke vraag. Soms wel het gevoel dat je inderdaad 's nachts heel vaak naar spoed moet verwijzen. De oplossing ligt volgens mij in een goede triage aan de telefoon. Zo zal je 's nachts niet nodeloos op huisbezoek moeten.”
- “mits een goede triage is dit een blijk van engagement tov de patiÎnt en maatschappij, hoewel het een zware druk is voor de arts. Behalve rusthuis en palliatieve patiënten: alleen consultatie in kabinet of wachtpost. Als patiënten naar de spoed kunnen gaan, kunnen ze ook naar de HA zich verplaatsen.”
- “ja, dit is een onderdeel van huisartgeneeskunde. Vroeger was je permanent van dienst. Nu enkel nog als je van weekwacht bent. Dit is een peulschil in vergelijking met vroeger. onze taak wordt nu al zo dikwijls uitgehold door de tweede lijn. Laat ons de huisarts van de mensen blijven, zijnde het eerste aanspreekpunt.”
- “Ja, maar de wachtarts dient ook niet om de patiënten op te vangen die de huisarts bellen om 18u45.”
- “Dit is niet meer van deze tijd collega's die zich hieraan vasthouden zijn dinosaurussen.”

4. DISCUSSIE

In het eerste deel van dit onderzoek wordt specifiek een analyse gemaakt van de oproepen die zich voordoen tijdens de diepe nacht (23u-7u) in de weekends en feestdagen van het jaar 2014 in twee wachtregio's in Vlaanderen. De twee onderzochte wachtregio's zijn HABO in Noord West-Vlaanderen en HAN in Noordelijk Antwerpen. Een aantal studies die de werkbelasting tijdens de wachtdiensten onder de loep namen, bespraken ook de diepe nacht apart of verwijzen er toch kort naar maar voor zover gekend is dit de eerste studie waarin specifiek de oproepen tijdens de diepe nacht zelf werden onderzocht (15, 16, 17, 18, 10, 19).
Het tweede deel van dit onderzoek is, voor zover bekend de eerste studie die de huisartsen bevraagt naar mening en perceptie over het waarnemen van wachten tijdens de uren van de diepe nacht (23u-7u).

4.1. Setting

Beide wachtgebieden omvatten zowel stedelijk als landelijk gebied. De organisatie van de wachtdienst is in beide regio's sterk verschillend. In de regio HABO is er enkel de wachtpost in een deel van de regio en deze wachtpost is dan ook enkel overdag toegankelijk van 8u 's ochtends tot 21u 's avonds. Buiten Brugge en in Brugge tijdens de uren van de diepe nacht is de wacht nog deels volgens het systeem van "de klassieke wachtdienst georganiseerd", waarbij de huisarts van thuis uit of vanuit zijn praktijk huisbezoeken uitvoert. De huisarts neemt echter zelf geen telefoons meer op. Patiënten bellen een centraal nummer (op het einde van het jaar 2014 is dat het nummer 1733) waar de oproepen worden getrieerd door opgeleid personeel. De oproepen hebben dus de filter van triage gepasseerd alvorens ze bij de huisarts van wacht terecht komen.
In de regio HAN wordt gans het weekend en op feestdagen vanuit de huisartsenwachtpost (HWP) gewerkt. Patiënten bellen een centraal nummer voor een afspraak, maar kunnen ook zonder afspraak op de HWP terecht. Huisbezoeken worden uitgevoerd met chauffeur. Oproepen worden er informeel getrieerd, waardoor er een kleiner "filter-effect" kan worden verwacht dan in de regio HABO. De individuele artsen in HABO staan ook in voor een kleiner gebied met minder inwoners dan in regio HAN het geval is.

4.2. Deel 1 van het onderzoek.

4.2.1. Wachtdruk

Beide onderzochte regio's bestrijken deels een stedelijk gebied en deels een landelijk gebied. Het grote verschil tussen de beide regio's, is de organisatie van de wacht. Regio HABO bestrijkt een groter gebied met meer inwoners dan HAN, maar de bevolkingsdichtheid bij HAN is dan weer groter (zie tabel 4). Gemiddeld verzorgt een huisarts 12 weekwachten en 7 weekendwachten (van 24u, behalve Brugge) per jaar in regio HABO. Samen dus ongeveer 19 nachten per jaar. In de regio HAN verzorgen huisartsen gemiddeld 9 weekwachten en 6 weekendwachten (van 12u) per jaar. Samen dus ongeveer 15 nachten per jaar (let wel een weekendwacht in HAN is niet altijd 's nachts).

Eerdere studies, die allen ganse wachtperiodes onderzochten en zich niet specifiek op de nacht toespitsten, zoals hier het geval is, hebben reeds aangetoond dat de hoeveelheid oproepen op het einde van de dag en tijdens de nacht sterk verminderen (15, 17, 19).
Volgens het KCE rapport 171A (10), dat de wachtdruk in België bekeek in de analyses van de MEDEGA databank verzorgt een huisarts in landelijke gebieden 2-4 nachtpermanenties per maand (of 24-48 per jaar), in halfstedelijke gebieden 2 nachten per maand (of 24 nachten per jaar) en in stedelijke gebieden bedroeg dit 1-2 nachten per maand (12-24 nachten per jaar). In beide wachtregio's ligt de wachtfrequentie voor de huisartsen binnen de categorie stedelijk gebied.

Het aantal patiëntencontacten per nacht per arts is duidelijk hoger in HAN dan in HABO. In HABO werd tijdens een gemiddelde nachtwacht in weekends of op feestdagen 0,56 patiëntencontacten per arts gezien. Dit komt dus neer op 1 contact per 2 nachten. Met 1,22 patiëntencontacten, had WDO Brugge het hoogste gemiddelde aantal contacten per nacht per arts. Het laagste cijfer werd gezien in De Haan: 0,03 patiëntencontacten per arts per nacht, 1 contact per 30 nachten! In de regio HAN zien we een gemiddelde van een kleine 3 (2,88) contacten per arts per nacht. Dit is 6 maal meer dan in de regio HABO. De verklaring hiervoor kan worden gezocht in het feit dat in HABO een arts 's nachts instaat voor gemiddeld een kleiner gebied met veel minder inwoners (Per arts in HABO: gemiddeld 65km^2 en gemiddeld 28.506 inwoners. Per arts in HAN 174 km^2 en 139.094 inwoners). In HABO gebeurt ook een formele triage door opgeleid personeel op de dienst 100/112 (behalve de eerste helft van het onderzochte jaar in Damme-Dudzele en De Haan) wat misschien ook het lager aantal oproepen kan verklaren. Anderzijds gebeurt ook in regio HAN een informele triage door een telefonist(e) en komt ook niet elke telefoon bij de wachtarts terecht. Daarbij zien we het laagste aantal oproepen per nacht in die WDO's van HABO waar dispatching maar halverwege het jaar is ingevoerd. Het verschil kan dus eerder worden verklaard door de grootte van het gebied en het aantal inwoners waar de wachtartsen voor staan, dan dat dit een effect van triage zou zijn.

Wanneer we vergelijken met wat in de literatuur kan worden gevonden, zien we een vrij gelijklopend beeld wat het aantal contacten per arts per nacht betreft, gaande van 0,8 contacten per arts per nacht tot 4 contacten per arts per nacht.
Het KCE rapport 171A (10) dat gegevens bekeek van 5 wachtkringen, spreekt van 1-2 oproepen per 100.000 inwoners tussen 23u en 7u (HABO: 2,2/100.000 inwoners en HAN: 2,4/100.000 inwoners). Belche et al (16) die de werking van de eerste huisartsenwachtpost in het Waalse gewest in het jaar 2009 onderzochten, rapporteerden een gemiddelde van 0,8 contacten per nacht (0u-8u). Er werd geen onderscheid gemaakt tussen week en weekendnachten. Deze wachtpost was gelegen in een landelijk gebied, geopend tijdens het ganse weekend en de feestdagen, maar ook tijdens de weeknachten van 21u tot 8u. Tijdens de weeknachten is ze bemand door 2 artsen. In de huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout rapporteerden Ryckebosch et al. (17) in het jaar 2011-2012 een gemiddelde van 5 patiëntencontacten per nacht (23u-7u), namelijk 1 voor de arts die de huisbezoeken verzorgde en 4 voor de arts die consultaties uitvoerde (2 tussen 23u en 24u en 2 tussen 0u en 7u). Gemiddeld dus 2,5 patiëntencontacten per nacht per arts, tijdens de weekends. Van Bergen J, et al. (15) vermelden een eerder beperkt aantal contacten tijdens de diepe nacht in een klassieke huisartsenwachtdienst, maar geeft geen specifieke cijfers. In een Zwitserse studie wordt

gesproken over slechts 1 contact na 22u in 75% van de onderzochte episoden (18). Het is niet echt duidelijk in dat rapport of dit dan overeen komt met 0,75 contacten per nacht per arts tussen 22u en 7u.

Minder dan 1 contact per arts per nacht is erg weinig en kan de verzuchting of nachtwachten door huisartsen eigenlijk wel nog nodig zijn, rechtvaardigen. Een mogelijke oplossingen hiervoor kan inderdaad het doorverwijzen van alle oproepen in de diepe nacht naar spoed zijn. Een andere mogelijkheid is schaalvergroting. Gebieden waar overdag meerdere artsen worden voorzien, zou men tijdens de uren van de diepe nacht kunnen laten samensmelten zodat een groter gebied wordt bekomen. Hierdoor zouden meer patiëntencontacten per nacht voor de wachtdoende huisarts moet worden aangepakt, waardoor een nachtwacht als nuttiger zou kunnen worden beschouwd.
Men moet in het geval van deze laatste optie van schaalvergroting er echter wel voor opletten dat de aanrijdtijden niet te lang worden en belangrijke minuten verloren gaan in geval van levensbedreigende pathologie. Men moet er ook van uit gaan dat patiënten geen spoeddienst van een ziekenhuis zullen voorbijrijden om een verder gelegen huisartswachtpost te bezoeken. Verder zal er de dag na de nachtwacht ook een mogelijkheid tot recuperatie moeten worden voorzien voor de huisarts die dan een drukkere nachtwacht zal hebben moeten waarnemen. De afwezigheid van een (bezoldigde) recuperatieperiode is een verzuchting de vaak in de antwoorden op de open vraag van de enquête voorkwam.

4.2.2. Analyse van de nachtelijke oproepen

Cijfers specifiek voor de diepe nacht zijn bijna niet gevonden in de literatuur. Toch niet voor België. Telkens wordt er een analyse gemaakt van de ganse wachtdiensten buiten de kantooruren (dus niet enkel de diepe nacht). Enkel Ryckebosch et al (17) gaan iets meer op de diepe nacht in. Cijfers waarmee specifiek de dag met de nacht kan worden vergeleken zijn niet gevonden, maar dit was ook niet het hoofddoel van dit onderzoek.

4.2.2.1. Type patiëntencontact:

In de regio HABO wordt het overgrote deel van de oproepen gevolgd door een huisbezoek, zoals dit ook nog het geval is in de “klassieke wachtdienst”. Het is voor de artsen wel mogelijk patiënten naar de eigen praktijk te laten komen, maar of en wanneer dat gebeurde is niet in de registratie opgenomen. Er wordt hier van uit gegaan de bijna alle oproepen tijdens de diepe nacht werden gevolgd door een huisbezoek.
In de regio HAN was er wel goede registratie van het type contact. Een oproep werd er in 18% van de gevallen gevolgd door medisch/telefonisch advies, in 61% volgde een consultatie en in 21% een huisbezoek. Tijdens de diepe nacht telden Ryckebosch et al. (17) 419 (72%)consulten en 164 (28%) huisbezoeken in het jaar 2011-2012. Het aantal telefonisch afgehandelde contacten tijdens de diepe nacht werd hier niet vermeld, wat vergelijking met de data hier moeilijk maakt. Ter vergelijking met de ganse wachtdiensten buiten kantooruren: Ryckebosch et al. (17) telden in het jaar 2012-2013 6% telefonische contacten, 74,5% consulten en 19,5% huisbezoeken.
Belche et al. (16) telden 502 contacten tussen 9u ’s avonds en 8u ’s morgens. Hiervan was 43% een consultatie in de wachtpost en 57% een huisbezoek.
In een Zwitserse studie (18) waar een mediaan van 5 contacten per 24u werd geteld over 295 wachtdienst episodes tussen 1 januari en 28 februari 2009, zag men een verdeling van 25% consulten, 25% telefonische contacten en 50% huisbezoeken. Door vergelijking met de gegevens van Ryckebosch (17) zien we dus in Antwerpen wel een

toename van het aantal telefonische contacten en een lichte toename van het aantal huisbezoeken tijdens de diepe nacht ten opzichte van de daguren.

4.2.2.2. Tijdstip van het patiëntencontact

In de regio HABO zagen we dat ¼ van de contacten tijdens de diepe nacht nog voor middernacht plaatsvond. In de regio HAN is dit 1/3 van de contacten. Per uur zijn dit dus proportioneel veel meer contacten voor middernacht dan in de rest van de nacht. Ryckebosch et al (17) geven dit enkel weer voor de consultaties. In hun studie vonden in het werkjaar 2011-2012, 101 (39%) van de 260 consultaties tussen 23u en 7u nog voor middernacht plaats. Belche et al. (16) telden 675 contacten tussen 21u 's avonds en 8u 's ochtends, waarvan 58% gebeurde tussen 21u en middernacht en 42% tussen 0u en 8u. Merk op dat de uren in de studie van Belche et al. (16) dus niet helemaal te vergelijken zijn, wat het grote verschil kan verklaren. Vele contacten in de studie van Belche konden zijn doorgegaan tussen 21u en 23u (16).
Toch kan gesteld worden dat de drukste periode zich bevindt in het eerste deel van de nacht.

Volgens de resultaten van dit onderzoek, kan worden gesteld dat over het ganse weekend bekeken (dus de nachten van vrij-za, za-zo en zo-ma), de nacht van zaterdag op zondag over het algemeen de drukste nacht is. Dit was zo voor zowel regio HABO als regio HAN. In de studie van Ryckebosch et al. (17) was de drukte tijdens de nachtshiften (19u – 7u) van vrijdag en zaterdag gelijk en groter dan tijdens de nachtshift op zondag. Mogelijks is de nacht van zondag op maandag minder druk omdat veel patiënten oproepen uitstellen tot de maandagochtend om op consultatie te gaan bij hun eigen huisarts.

4.2.2.3. Leeftijdsverdeling van de patiënten

De leeftijdsverdeling van regio HABO en HAN komen goed overeen met een grotere vertegenwoordiging van pediatrische patiënten tot 6-10 jaar oud. Waarna een daling te zien is tussen 10 en 20 jaar met daarna een homogene verdeling (zie tabel 14 en figuur 6). De grote vertegenwoordiging van oudere patiënten in HABO is deels te wijten aan fouten in de registratie zoals hoger vermeld. Een zeer gelijkaardige leeftijdsverdeling werd ook gezien door Van Bergen et al. (15). Ook Ryckebosch et al. (20) zag een grote vertegenwoordiging van patiënten uit de jongste categorieën (een grotere vertegenwoordiging dan in de algemene populatie van het wachtgebied).

4.2.2.4. Urgentiegraad van het contact:

De gegevens van regio HABO en regio HAN komen goed met elkaar overeen, met voornamelijk weinig-urgente oproepen. Meer dan de helft van de oproepen heeft urgentiegraad U4 (routine), ongeveer een vijfde van de oproepen kreeg graad U5 (niet urgent) en kon wachten tot de volgende dag. Oproepen van met graad U4 en U5 waren goed voor ongeveer 80% van de oproepen tijdens de diepe nacht. Verder in volgorde van voorkomen in beide regio's: U3 (dringend), U2 (spoed) en U1 (levensbedreigend). Wanneer we de cijfers bekijken van volledige wachtperiodes (dus niet enkel 's nachts) zien we in de studie van de klassieke huisartsenwacht van Van Bergen et al. (15) een zelfde volgorde van voorkomen met een nog hogere proportie routine oproepen dan in huidige studie (U5:14,3%; U4:71,7%; U3: 11,3%; U2: 2,2%; U1: 0,3%). Giesen et al. (21) hanteren de classificatie van NHG-telefoonwijzer, waar slecht 4 urgentiegraden worden toegekend. In hun overzicht van de contacten tijdens de jaren 2004 tot 2010 in de

huisartsenposten van Ijssel-Vecht-Flevoland, wordt gezien dat elk jaar het merendeel van de contacten graad U3 krijgt en contacten met graad U3 en U4 samen goed zijn voor zo'n 90% van de contacten. Hier moet wel opgelet worden dat de urgentiegraden in Nederland vermoedelijk werden toegekend na telefonisch contact en niet na onderzoek door de huisarts. Wat dus niet te vergelijken is met de situatie bij ons. In de toekomst zouden de urgentiegraden toegekend na bellen van 1733 wel te vergelijken zijn met die van Nederland.
De verdeling van de urgentiegraad van de contacten tijdens de diepe nacht komt dus goed overeen met wat wordt gezien over de ganse wachtperiode. Dit kan in eerste instantie als merkwaardig worden beschouwd, want men kan verwachten dat een patiënt enkel in dringende nood een arts zou wakker bellen. Maar is dat wel juist? Kunnen we er zomaar van uitgaan dat deze laag urgente contacten misbruik van de nachtwacht inhouden? Uiteindelijk gaat het hier om een inschatting van de urgentie door de wachtarts. Kan men van de patiënt verwachten dat hij de ernst van zijn aandoening even goed kan inschatten als een arts? Misbruik of oneigenlijk gebruik van nachtwacht bestaat, maar het is kenmerkend voor de eerste lijn dat veel contacten weinig urgent zijn en dat de patiënt voornamelijk geruststelling behoeft. Uit deze cijfers kan men dus ook afleiden dat dit tijdens de diepe nacht evengoed het geval is als overdag. Verder onderzoek waarbij de wachtarts naast een urgentiegraad registreert of hij de oproep als misbruik heeft ervaren zou hier meer duidelijkheid kunnen brengen. Het zou ook interessant kunnen zijn indien de patiënt kans krijgt zelf een urgentiegraad aan zijn oproep te geven.

4.2.2.5. Aanmeldingsklacht of reason for encounter (RFE)

De vijf meest voorkomende ICPC-2 hoofdstukken van RFE en de volgorde waarin ze voorkomen is gelijk in HABO als in HAN, namelijk D, A, R, L en S (zie tabel 7). Dat de hoofdstukken K (tractus circulatorius) en N (neurologische klachten) niet bij de meest voorkomende hoofdstukken hoorden was oorspronkelijk wat verrassend, maar klopt dan weer met het grote aantal niet-urgente contacten dat ook tijdens de diepe nacht kan worden gezien. Ryckebosch et al. (22) die de RFE's over de ganse wachtperiodes van weekend en feestdagen onderzochten, zagen dezelfde ICPC-2-hoofdstukken voorkomen, maar in een licht andere volgorde: R, A, D, L, S. Een zelfde volgorde werd ook gezien in de studie van Philips et al (2) die de profielen vergeleek van patiënten die buiten de kantooruren de spoedafdeling bezochten, dan wel de huisarts van wacht consulteerden in 4 grote steden in België tijdens 2 weekends in januari 2005. Merk op dat in deze studie enkel de ICPC-2-coderingen van Gent en Antwerpen betrouwbaar genoeg waren om te gebruiken. In de Zwitserse studie van Huber et al. (18) werd volgende volgorde gezien: A, R, L, N, D. Hoe het komt dat meer digestieve klachten zich specifiek tijdens de nacht zouden voordoen dan respiratoire, kan niet onmiddellijk worden verklaard. Een mogelijkheid kan grote vertegenwoordiging van kleine kinderen zijn, waar vele banale aandoeningen zich uiten in klachten ter hoogte van de buik.
De meest voorkomende ICPC-2-term voor RFE in HABO was dan ook D01: gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen. Deze code kwam in HAN op de tweede plaats (zie tabel 8 en 9). De in regio HAN voorkomende ICPC-2-termen komen goed overeen met die beschreven door Ryckebosch et al. (22)
Opvallend is het voorkomen van de ICPC-2-termen A96: "Dood/overlijden" en A97 "geen ziekte" bij de 5 meest voorkomende in HABO. Het voorkomen van de term "geen ziekte" ligt mogelijk aan het niet juist coderen door de registrerende wachtartsen, want deze term duidt eerder op een interpretatie van een klacht dan een aanmeldingsklacht zelf.

In de regio HAN viel dan weer de term H01 “oorpijn” op.
Bij Huber et al (18) werd zoals in HABO ook de ICPC-term L03 “lage rugpijn zonder uitstraling” bij de vijf meest voorkomende RFE-termen gezien. Een term die hier in de “top 5” van RFE’s werd gezien en niet in die van HABO, HAN of bij Ryckebosch et al (22) is N17 “vertigo/duizeligheid”, wat eventueel onder D10 “braken” kan worden geregistreerd.
Er valt dus een duidelijke overeenkomst op te merken tussen de RFE’s die zich tijdens de diepe nacht voordoen met de RFE’s die zich globaal over de ganse wachtdiensten voordoen, ondanks het veel kleinere aantal oproepen dat zich ’s nachts voordoet. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat de aanmeldingsklachten tijdens de nacht ernstiger of sterk verschillend zouden zijn ’s nachts dan overdag. Dit viel wat ernst betreft ook al op bij de verdeling van de urgentiegraden van de oproepen tijdens de diepe nacht.

Hoewel in HABO een kleinere fractie van de RFE’s niet werd gecodeerd dan in HAN, dient hier wel even opgemerkt te worden dat voornamelijk in de kring HABO coderingsfouten door de mazen van het net zijn kunnen glippen, bij de registratie van de RFE.
Enkele voorbeelden:
- Een kind dat niet goed meer drinkt krijgt code T05: “voedingsprobleem bij volwassene”.
- En jongen van 16 is gevallen, waarbij ook anderen bij het vallen op zijn buik zijn terecht gekomen, krijgt code W75: “zwangerschap complicerende letsels”.
- De dood van een 84-jarige vrouw krijgt code Z19: “verlies/overlijden van een kind”.

In de huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout wordt de registratie nadien gecontroleerd door de administrator (22, 23). Waarschijnlijk is dit ook het geval in HAN. In ieder geval werden geen grote coderingsfouten gevonden in de ontvangen dataset van HAN.

4.2.2.6. Diagnose
Bij analyse van de diagnose die de wachtartsen hebben gegeven na hun onderzoek, zien we opnieuw grote overeenkomst in de vijf meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken van regio HABO en regio HAN. De vier meest voorkomende hoofdstukken zijn dezelfde en ze komen ook in dezelfde volgorde voor: A, D, R, L. Enkel het hoofdstuk op de vijfde plaats verschilt: K voor regio HABO en S voor regio HAN. Zie tabel 10 en 11.
Deze resultaten komen sterk overeen met andere studies die de ganse wachtdienst (niet enkel de diepe nacht) bekeken. Door Huibers et al. (24) die de “diagnostic scope” buiten kantooruren in 8 verschillende landen onderzochten, werden volgende ICPC-2-hoofdstukken het meest teruggevonden: A, R, L, S en D. Merk op dat één van deze 8 Europese landen België was. Volgens deze studie waren de 5 meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken in België: R, D, A, L, S. Dezelfde volgorde werd gezien door Philips et al. (2). De 5 meest voorkomende ICPC-2-hoofdstukken in de Waalse studie van Belche et al. (16) waren: R, A, D, S, L.
Afgezien een verschil in volgorde, valt dus op dat telkens dezelfde ICPC-2-hoofdstukken terugkomen. En opnieuw valt de afwezigheid van hoofdstukken K en N op.

Als de vijf meest voorkomende ICPC-2-termen voor diagnose worden bekeken valt ook een grote overeenkomst op tussen HABO en HAN (zie tabel 12 en 13). In beide regio’s komen de termen A99 “andere gegeneraliseerde/niet gespecifieerde ziekten”, D73 “veronderstelde gastro-intestinale infectie”, R74 “acute infectie bovenste luchtwegen”,

en D87 “stoornis maagfunctie” voor in de top 5. Enige verschillen zijn de aanwezigheid van D01 “gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen” en A96 “dood/overlijden” bij HABO en H71 “otitis media acuta/myringitis” en U71 “cystitis/urineweginfectie” bij HAN. In principe had voor de termen D01 en D87 bij HABO dezelfde code kunnen worden gebruikt. Als we dan kijken naar de code op de zesde plaats zien we daar ook U71 “cystitits/urineweg”. Er is dus een zeer grote mate van overeenkomst in meest voorkomende diagnosen tussen regio HABO en regio HAN. Dit is opvallend gezien in HABO werd gewerkt met formele triage door opgeleid personeel van de hulpdienst 100/112, terwijl dit in HAN niet het geval was.
Merk in regio HABO ook het voorkomen op van de code A96 “dood/overlijden” in de top 5 van diagnosen. Kan dit een gevolg zijn van de demografische ontwikkeling die zich de laatste decennia aan de kust heeft voorgedaan of is dit puur toeval?
Een zelfde mate van overeenkomst is te zien in studies die de meest voorkomende diagnosen gedurende een ganse wachtperiode (dus niet enkel ’s nachts) onderzochten. Huibers et al. (24) vonden volgende ICPC-2-codes in de top 10 van 3 of meer van de 8 onderzochte Europese landen: R 74 “acute infectie bovenste luchtwegen”, U71 “cystitis/urineweginfectie”, S18 “laceratie/snij-wonde”, R76 “acute tonsilitis”, A03 “koorts”, DO1 “gegeneraliseerde buikpijn/krampen”, F70 “infectieuze conjunctivitis”, D73 “veronderstelde gastro-intestinale infectie”, L81 “musculoskeletale kwetsuur”, K86 “ongecompliceerde hypertensie”.
Ryckebosch et al. (23) vonden volgende codes in hun top 5: R74 “acute infectie bovenste luchtwegen”, D73 “veronderstelde gastro-intestinale infectie”, R78 “acute bronchitis/bronchiolitis”, R76 “acute tonsilitis”, A77 “andere virusziekte/virusziekte nao”. Op plaats zes en zeven werden H71 “otitis media acuta/myringitis” en U71 “cystitis/urineweginfectie” gevonden.
Merk op dat vele codes ook onder een andere code hadden kunnen worden geklasseerd. De codes R76 en R78 hadden ook onder R74 kunnen worden geplaatst. Voor diagnosen onder code A77, had ook de code A99 gebruikt kunnen worden. Dit versterkt dus alleen maar de grote mate van overeenkomst van gevonden diagnoses tussen de twee hier onderzochte regio’s onderling en ook met wat is gevonden in de literatuur. Er kan dus geen verschil worden aangetoond tussen de diagnoses die ’s nachts voorkomen en wat wordt gevonden over de ganse wachtperiode (dus niet enkel ’s nachts) wordt gezien.
Deze resultaten tonen ook nog eens het belang aan van uniform coderen.

Naast deze grote mate van overeenkomst tussen de diepe nacht en de volledige wachtperiode, valt ook de grote mate van onzekerheid in de gestelde diagnoses op. Veel van de meest voorkomende ICPC-2-codes duiden eerder symptoom-diagnoses aan of zijn zeer vaag in hun omschrijving. Het is goed aannemelijk dat de grote mate van diagnostische onzekerheid die kenmerkend is voor de eerste lijn, in nog grotere mate aanwezig is tijdens de wachtdiensten, waar huisartsen bijna steeds patiënten zien die ze niet kennen.

4.2.2.7. Verwijzingen
De proportie verwijzingen naar het ziekenhuis in regio HABO en regio HAN komen goed overeen en liggen rond de 13%.
Belche et al. (16) vonden in hun studie over ganse wachtperiodes (niet enkel ’s nachts) een verwijzing naar het ziekenhuis in 8,4% van de gevallen.
Ryckebosch et al. (25) vonden in de wachtpost Deurne-Borgerhout over de jaren 2003 tot 2012 in ongeveer 4,35% van de gevallen per jaar een verwijzing naar de

spoedafdeling en in 1,95% een verwijzing voor onmiddellijke opname in het ziekenhuis. Samen maakt dit een verwijzing naar het ziekenhuis in 6,3% van de gevallen.
Verwijzingen zijn indirect ook een indicator voor de ernst van de geziene pathologie. Het valt dus op dat ondanks de grote mate in overeenkomst tussen de aangeduide urgentiegraad en diagnose tussen wat hier tijdens de diepe nacht wordt gevonden en wat wordt gevonden in gegevens over de ganse wachtperiode (dus niet enkel de nacht) er toch een grotere proportie aan verwijzingen voorkomt tijdens de diepe nacht.

4.2.2.8. RVT

In beide regio's was de proportie aan bezoeken in rusthuizen van de dezelfde grootteorde en lag tussen de 4% en 5% (zie tabel 15). In HABO moest de wachtarts frequenter de dood komen vaststellen dan in HAN (36,6% vs 20%). In regio HAN gebeurden proportioneel opvallend meer verwijzingen naar het ziekenhuis vanuit rusthuizen dan in HABO (9,8% vs. 26,7%). In HAN waren er ook duidelijk meer verwijzingen naar het ziekenhuis dan algemeen over de onderzochte oproepen.
In hoeveel gevallen het hier ging om oproepen in het kader van palliatieve zorg, is niet gekend. Het is goed mogelijk dat in het geval van palliatieve zorg ook 's nachts nog steeds beroep kan worden gedaan op de eigen huisarts ondanks de aanwezigheid van een georganiseerde wachtdienst.
Specifieke gegevens over rusthuisbezoeken tijdens de wachtdienst in de literatuur werden niet gevonden.

4.2.3. Effect van triage

Met gemiddeld 0,5 contacten per arts per nacht in HABO en 3 contacten in HAN tijdens de diepe nacht, zou kunnen gedacht worden dat dit een effect is van de formele triage die bestaat in de regio HABO, waar de oproepen toekomen op de hulpdienst 100/112. Toch zien we dat net in die WDO's waar formele triage pas in de helft van het hier onderzochte jaar (2014) werd toegepast het minst aantal contacten voorkwamen per arts en per nacht. Verder zien we ook dat de wachtartsen in regio HABO over het algemeen instaan voor een kleiner gebied en voor een kleiner aantal mensen. Het algemeen lager aantal contacten in HABO zou wel eens eerder aan dit laatste kunnen te wijten zijn dan aan de formele triage.
Ook in de urgentiegraad, het aantal verwijzingen door de wachtarts en in de gestelde diagnosen is geen beduidend verschil te zien tussen HABO en HAN, zodat ook hier het effect van officiële triage kan worden gerelativeerd. Merk wel op dat ook in de regio HAN reeds informele triage gebeurt door de telefonisten, zodat dit een onderschatting kan geven van het effect van formele triage.
Het gaat hier ook over een studie van de oproepen die enkel tijdens de diepe nacht voorkwamen. Verder onderzoek waarin de oproepen van volledige wachtperiodes worden vergeleken bij voorkeur met een regio waar ook nog geen informele triage gebeurt zou meer inzicht kunnen brengen in het effect van de formele triage.

4.3. Deel 2 van het onderzoek: de enquête

De literatuur rond de organisatie van huisartsenwachtdiensten is reeds erg omvangrijk geworden. Veel studies hebben de tevredenheid van huisartsen met de organisatie van wachtdiensten onderzocht in verschillende landen. Vooral dan na het invoeren van een

huisartsenwachtpost (1,26, 27,28, 5), maar voor zover bekend is dit de eerste studie die specifiek de mening en perceptie van huisartsen rond de diepe nacht bevraagt.

De responsratio op de enquête bedroeg 42%. Dit is minder dan de helft van de bevraagde artsen die hebben geantwoord, wat de gegevens minder betrouwbaar maakt dan gehoopt.

Iets minder dan de helft van de huisartsen ervaart de werkdruk tijdens de nachtwachten als te hoog. Door de hoge proportie huisartsen die zich hier neutraal tegenover opstelt, zijn zij toch in de meerderheid. Zoals uit het eerste deel van dit onderzoek blijkt, is het ook sterk afhankelijk tot welke wachtregio of WDO een huisarts behoort of de nachtwachten gemiddeld druk zijn of niet. In Regio HAN komen gemiddeld 3 patiëntencontacten voor per nacht per arts, terwijl in WDO De Haan van Regio HABO dit er slechts 0,03 zijn. Dit is honderd keer minder! Uit de antwoorden op de open vraag komt bij veel huisartsen de verzuchting naar boven dat er nood is aan recuperatie na een nachtwacht, wat tot op heden enkel kan in een duo- of groepspraktijk, mits de collega's in de praktijk daar voor open staan en met een navenant inkomensverlies tot gevolg. Uit de antwoorden op de open vraag blijken verschillende redenen om geen nachtwachten meer te willen waarnemen: zowel het niet nuttig vinden als het te druk vinden. In ieder geval is de vraag naar een goede triage en (bezoldigde) recuperatie na een nachtwacht groot.
Uit studies die de tevredenheid van artsen onderzoeken na het invoeren van een wachtpost in de regio, blijkt dat de meeste huisartsen niet meer terug willen naar de klassieke wachtdienst van voor de huisartsenwachtpost. Ook blijkt uit deze studies dat de meest huisartsen een 12-uren wacht een grote verbetering vinden ten opzichte van een 24-uren wacht (1, 26). Maatregelen als (bezoldigde) recuperatie na een nachtwacht, 12-uren wachten alsook werken in een wachtpost, waar ook een chauffeur voorhanden is, zouden de nachtwachten mogelijk terug een stuk meer draagvlak onder de huisartsen kunnen geven.
De meningen van de huisartsen die de enquête hebben ingevuld, zijn duidelijk verdeeld. De huisartsen voor of tegen het verder uitvoeren van wachten tijdens de diepe nacht zijn bijna fifty-fifty verdeeld met een kleine fractie die zich neutraal opstelt. Eigenlijk zou bijna kunnen besloten worden dat een kleine meerderheid de nachtwachten liever niet meer zou uitvoeren of althans het nut er niet van in ziet. Toch valt op dat de meerderheid het dan weer niet eens is om alle oproepen tijdens de diepe nacht naar de spoeddienst te sturen. De meerderheid denkt ook dat dit een slecht signaal zou zijn naar de patiënt toe en de helft vindt dat dit ook niet goed zou zijn voor ons imago naar de tweede lijn toe. Vele respondenten stelden zich echter neutraal op bij deze laatste stelling.
Dat we onszelf als beroepsgroep overbodig zouden maken door alle oproepen tijdens de diepe nacht door te sturen naar de tweede lijn, vinden de meeste respondenten dan weer te kort door de bocht.
Het is niet duidelijk waar patiënten, volgens de huisartsen die vinden dat de diepe nacht niet meer door huisartsen moet worden gedaan maar ook vinden dat niet alle patiënten naar spoed moeten worden door verwezen, dan wel naartoe moeten worden verwezen. Uit de antwoorden op de open vraag blijkt dat veel huisartsen wel degelijk vinden dat een groot aantal oproepen zou kunnen wachten tot de volgende dag. Men mag echter niet vergeten dat ook die oproepen uiteindelijk toch ergens en door iemand moeten worden opgevangen. Denken deze huisartsen dan eerder aan het meer gaan toepassen

van telefonische consultaties? En door wie dan? Of denken zij meer aan consultaties door specifiek opgeleide verpleegkundigen? Vele andere huisartsen vonden het uiteindelijk toch nog hun eigen taak om die patiënten met niet-urgente klachten gerust te stellen, ook tijdens de diepe nacht. Verder onderzoek zou dit alvast dieper kunnen bevragen.
De overgrote meerderheid van de respondenten vond het geen goed idee om enkel nachtwachten te doen tijdens weekdagen of tijdens weekends.
Opvallend is dat een meerderheid van de huisartsen het niet eens was met de stelling dat wachtdiensten tijdens de diepe nacht enkel nodig zijn voor rusthuis- en palliatieve patiënten. Dit kwam nochtans vaak naar voor in de antwoorden op de open vraag. Mogelijks vinden de meeste huisartsen dat men ofwel helemaal niet meer instaat voor wachten tijdens de diepe nacht ofwel voor alle patiënten, maar niet voor slechts een deel van de patiënten.

Uit diepere analyse van de antwoorden op stelling 6 en 7 blijkt dat vooral de groep huisartsen met minder dan 0-9 jaar ervaring de nachtwachten nog steeds wil behouden. Dit is enigszins toch verrassend, daar deels werd verwacht dat de "oudere" huisartsen nog steeds aan het principe van de huisarts die steeds klaarstaat voor zijn patiënten zouden willen vasthouden. De "oudere" generatie heeft ook nog de tijd van voor de wachtkringen gekend, en er werd ook wel verwacht dat zij het huidige systeem van gedeelde wachten al als een grote verbetering zouden hebben ervaren.
Minder verrassend is de waarneming dat vooral de huisartsen die in een solo-praktijk werken geneigd zijn om de nachtwachten door de tweede lijn te laten uitvoeren. Zij hebben dan ook de minste mogelijkheid tot recuperatie na een nachtwacht, en hebben het algemeen gezien overdag ook nog steeds drukker dan artsen die werken in duo- of groepsverband.

4.4. Tekortkomingen van de studie

Het eerste deel van het onderzoek betreft een retrospectief onderzoek en de kwaliteit van retrospectief onderzoek is sterk afhankelijk van een goede registratie in de dossiers. Tijdens het onderzoek viel toch te merken dat in de regio HAN sterker wordt toegezien op een goede registratie dan in de regio HABO. Getuigen hiervan de vele patiënten in HABO die als 214 jaar oud zijn geregistreerd, enkele vreemde RFE coderingen wanneer met de vrije tekst wordt vergeleken. Waarschijnlijk heeft de hogere discipline inzake registratie in regio HAN ermee te maken dat de eerste huisartsenwachtpost is ontstaan uit een proefproject in het Antwerpse, namelijk Deurne-Borgerhout en er dus omwille van de experimentele context van in het begin sterke nadruk werd gelegd op goede registratie met ook controle op de registratie (29).
Er was ook geen zicht op hoeveel artsen naast de georganiseerde wachtdienst nog steeds zelf instonden voor hun eigen palliatieve patiënten. Het is goed mogelijk dat dit nog veel huisartsen zijn.

In het tweede deel van het onderzoek werd slechts een responsratio van 42% bekomen wat laag is. De validiteit van de bekomen resultaten moet dan ook worden gerelativeerd. Voor het opstellen van de vragenlijst werden zo veel mogelijk ideeën en verzuchtingen van collega huisartsen over het uitvoeren van wacht tijdens de diepe nacht opgevangen tijdens informele gesprekken. Hoewel in de vragenlijst de meeste van die ideeën en verzuchtingen vervat zaten, was het toch eerder een korte vragenlijst, zodat hier niet meer dan een verkennend onderzoek kon worden verricht. Dit onderzoek werd ook als

een pilootstudie bedoeld. Een dieper onderzoek met een gevalideerde vragenlijst zou hier verder nog meer inzicht kunnen brengen.

4.5. Mogelijkheden tot verder onderzoek

Dit onderzoek is slechts een pilootstudie. Uitgebreider onderzoek, zowel in tijd als locatie, liefst van prospectieve aard is nodig om sterkere conclusies te kunnen trekken.

Dit onderzoek richtte zich enkel op gegevens van de nachtwachten tijdens weekends en feestdagen. Mits een goede registratie tijdens de week zou het interessant zijn om ook na te gaan of er een verschil is tussen de werkdruk tijdens weeknachten in vergelijking met de weekendnachten.

In dit onderzoek kwam geen duidelijk effect van de formele triage naar voren. Er bleek geen duidelijk verschil wat betreft RFE's, diagnosen, en urgentiegraad tussen HABO, waar wel een informele triage gebeurt en HAN of de gevonden studies waar dat niet het geval is. Ook het effect op de werkdruk is niet duidelijk in deze studie. Hier waren de gegevens dan ook beperkt tot de oproepen tussen 23u en 7u tijdens de weekends en feestdagen van één jaar. Verder onderzoek naar de effecten van formele triage is nodig.

Gebeuren er meer verwijzingen naar het ziekenhuis bij oproepen vanuit rusthuizen dan bij de "gewone" oproepen? Wat zou daar de reden van kunnen zijn? Is men minder zeker door gebrekkige informatie over de patiënt? Staat de wachtarts onder druk door aandringen van het rusthuispersoneel?

Op de open vraag kwam het antwoord vaak terug dat de oproepen vaak niet dringend waren en konden wachten tot de volgende dag. Andere vonden het dan weer de taak van de huisarts om de patiënten gerust te stellen, ook al is het tijdens het holst van de nacht. Registratie van urgentiegraad door de patiënt zelf, zou veel inzicht en misschien meer begrip kunnen brengen.

5. Besluit

Met dit onderzoek werd een analyse uitgevoerd naar de werkdruk tijdens de huisartswachten gedurende de diepe nacht (23u tot 7u) in het weekend en de nachten voor en na feestdagen in het jaar 2014. Hiervoor werden gegevens opgevraagd van 2 wachtregio's, namelijk regio HABO in Noord West-Vlaanderen en de regio gedekt door de huisartsenwachtpost van Antwerpen Noord (HAN). Daarnaast werd ook met behulp van een web-gebaseerde enquête de perceptie van de huisartsen van deze twee wachtregio's nagegaan.

Uit dit onderzoek blijkt een laag aantal oproepen tijdens de uren van de diepe nacht. Deze bedragen gemiddeld 3 oproepen per nacht per arts in HAN en 0,56 per nacht per arts in HABO.
Net als wanneer de ganse wachtperiode wordt bekeken, is ook tijdens de diepe nacht een groot deel van de oproepen voor pediatrische patiënten.
Er kon geen verschil worden gezien tussen de twee regio's noch wanneer werd vergeleken met studies die volledige wachtperiodes onderzochten wat betreft RFE, gestelde diagnose en urgentiegraad. Anderzijds werden wel meer verwijzingen gezien tijdens de diepe nacht in vergelijking met de volledige wachtperiode.
Uit dit onderzoek bleek ook geen duidelijk effect van formele triage in HABO in vergelijking met HAN en wat uit de literatuur werd bekomen. Hier moet worden opgemerkt dat de geanalyseerde gegevens beperkt waren tot de nachten van weekends en rond feestdagen en dat in de regio HAN of de in de onderzoeken uit literatuur ook aan informele triage werd gedaan, zodat ook daar de huisarts niet werd gestoord voor gewone inlichtingen of ongepaste vragen.
Huisartsen zijn duidelijk verdeeld in hun opvatting over het nut om nog wachten waar te nemen tijdens de uren van de diepe nacht. Toch zijn ze eerder niet geneigd alle oproepen naar de tweede lijn te willen doorsturen.
Uit verdere analyse bleek dat vooral de jongere huisartsen van mening zijn dat de wachten tijdens de diepe nacht in stand moeten worden gehouden, terwijl huisartsen die werken in een solopraktijk eerder geneigd zijn geen wachten meer te willen doen tijdens deze uren van de diepe nacht.
Belangrijke verzuchtingen van huisartsen zijn het gebrek aan mogelijkheden tot recuperatie na een drukke nachtwacht, veel niet urgente of net zodanig urgente oproepen dat ze niet meer door de huisarts kunnen worden afgehandeld. Er is ook een sterke vraag naar goede triage door de bevraagde huisartsen. Toch vindt ongeveer de helft van de respondenten dat het nog steeds bij de job hoort of nodig is om ook tijdens de uren van de diepe nacht als huisarts klaar te staan voor de patiënten, ook al is het enkel voor geruststelling.

6. LITERATUUR

16. Belche JL, et al. Retrospective analysis of a suburban out-of-hours clinic in Belgium. *Acta Clinica Belgica*. 2014; 69(5): 341-347

7. Demmers R, et al. Een vergelijking van huisartswachtposten in Vlaanderen en Nederland. Waarin stemmen ze overeen, waarin verschillen ze? *Huisarts Nu*. 2014; 43(1): 42-46.

1. De Vries M, et al. Evaluatie van de nieuwe wachtpost Oost-Brabant. Vergelijkende studie over de werking en tevredenheid van huisartsen. *Huisarts Nu*. 2015; 44(3): 121-127

21. Giesen P, et al. Patiëntencontacten op de huisartsenpost. *Huisarts & Wetenschap*. 2011; 54(1): 5-5

18. Huber CA, et al. Out-of-hours demand in primary care: frequency, mode of contact and reasons for encounter in Switzerland. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2010; 17: 174-179

6. Huibers L, et al. Out-of-hours care in Western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research*. 2009; 9(105)

24. Huibers L, et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. *BMC Family Practice*. 2011; 12:30

10. KCE rapport 171A: Welke oplossingen voor de wachtdiensten? Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheid. 2011

4. Leibowitz R, et al. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice.* 2003; 20: 311-317

14. Mackway-Jones K, et al. Emergency triage. Manchester triage group. London: BMJ Publishing Group; 1997

26. Philips H, et al. Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Hoe tevreden zijn de huisartsen? *Huisarts Nu*. 2004; 33(10): 592-597

2. Philips H, et al. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Family Practice*. 2010; 11:88

30. Philips H & Remmen R. Huisartsenwachtposten in Vlaanderen. *Huisarts Nu*. 2010; 39(9): 359-362

3. Remmen R, et al. Huisartsenwachtpost in Vlaanderen. Wat zijn de randvoorwaarden? Huisarts nu. 2007: 36(8): 397-401

29. Ryckebosch et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Inleiding tot een nieuwe artikelenreeks. *Huisarts Nu.* 2013; 42(1): 20-24

20. Ryckebosch Ph, et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Wie zijn onze patiënten? *Huisarts Nu*. 2013; 42(2): 79-82

22. Ryckebosch Ph, et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. De reden van contact of waarom patiënten naar de huisarts van wacht komen. *Huisarts Nu*. 2013; 42(3): 146-151

23. Ryckebosch Ph, et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Welke pathologie ziet de huisarts van wacht? *Huisarts Nu*. 2013; 42(3): 152-157

17. Ryckebosch Ph, et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Wordt het drukker in een huisartsenwachtpost? *Huisarts Nu*. 2013; 42:261-266

19. Ryckebosch Ph, et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Telefonische oproepen tijdens de wacht. *Huisarts Nu.* 2013; 42(6): 309-314

25. Ryckebosch Ph, et al. Tien jaar huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Verwijzingen door de huisarts van wacht. *Huisarts Nu*. 2014; 43(2): 82-86

27. Smits M, et al. Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost. *Huisarts & Wetenschap*. 2012; 55(3): 102-105

28. Smits M, et al. GP's experience with out of hours GP cooperatives: a survey study from the Netherlands. *European Journal of General practice*. 2014; 20: 196-201

15. Van Bergen J, et al. De klassieke huisartswachtdienst. Een beschrijvende studie. *Huisarts Nu*. 2013; 42(1): 25-30

5. Van Uden CJT, et al. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Services Research*. 2005; 5(27)

31. Van Uden CJT, et al. Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in the Netherlands: From Small-call rotations to Large-scale GP cooperatives. *International Family Medicine*. 2006; 38(8): 565-569

9. http://www.domusmedica.be/documentatie/nieuwskijker/6440-opnieuw-agressie-tegen-huisarts.html

13. http://www.hln.be/hln/nl/33/Fit-Gezond/article/detail/1709427/2013/09/23/Vlaamse-huisartsen-ongerust-over-wachtdienst-door-spoed.dhtml

12. http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/5010-plan-huisartsenwachtdiensten-een-reorganisatie-van-de-wacht.html

11. Plan huisartsenwachtdiensten minister Onkelinx 2013, link naar full-tekst op volgende link: http://asgb.be/asgb-bericht2013-188het-plan-huisartsenwachtdiensten-van-minister-onkelinx/

Bijlagen

Bijlage 1

- Geef aan dat u kennis hebt genomen van het informatieformulier betreffende dit onderzoek en dat u akkoord gaat met de daarin geformuleerde voorwaarden.

Algemene gegevens van de respondent:

- **Vraag 1:** Leeftijd?
- **Vraag 2:** Aantal jaren praktijk?
- **Vraag 3:** Solo/duo/groepspraktijk?
- **Vraag 4:** Voltijds of deeltijds huisarts?

Op volgende vragen dient in een waardenschaal geantwoord te worden: helemaal akkoord, akkoord, geen mening, niet akkoord, helemaal niet akkoord.

- **Vraag 5:** Ik ervaar de werkdruk van de wacht tussen 23u en 7u als te hoog.
- **Vraag 6:** Wachten tussen 23u 's avonds en 7u 's morgens zouden niet meer door de huisarts moeten worden gedaan.
- **Vraag 7:** Alle oproepen tussen 23u 's avonds en 7u 's morgens zouden onmiddellijk naar spoed moeten worden verwezen.
- **Vraag 8:** Oproepen tussen 23u en 7u zijn overbodig want ofwel kan het wachten tot de volgende dag, ofwel zijn ze klachten van dergelijke dringende aard dat een huisarts er toch niets kan doen zodat ze beter onmiddellijk naar spoed worden doorgestuurd.
- **Vraag 9:** Als huisartsen alle oproepen tussen 23u en 7u doorsturen naar spoed, geven we het verkeerde signaal naar de patiënten toe dat men niet meer bij de huisarts terecht kan voor acute/therapeutische geneeskunde.
- **Vraag 10:** Als huisartsen alle oproepen tussen 23u en 7u doorsturen naar spoed, maken we onszelf als beroepsgroep overbodig.
- **Vraag 11:** Als huisartsen alle oproepen tussen 23u en 7u doorsturen naar spoed, is dat niet goed voor ons imago naar de tweede lijn toe.
- **Vraag 12:** Wachten door huisartsen tussen 23u en 7u zijn wel nuttig tijdens het weekend, maar niet tijdens de week.
- **Vraag 13:** Wachten door huisartsen tussen 23u en 7u zijn wel nuttig tijdens de week, maar niet tijdens het weekend.
- **Vraag 14:** Wachten tussen 23u en 7u zijn enkel noodzakelijk voor rusthuispatiënten en palliatieve patiënten.

Open vraag:

- **Vraag 15:** Moeten huisartsen blijven beschikbaar tijdens het holst van de nacht (23u tot 7u)? Ja of nee, en geef uw argumenten waarom wel of niet.

Bijlage 2









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

HET HOLST VAN DE NACHT: NACHTMERRIE VOOR DE HUISARTS?...

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

PROMOTOR

- NAAM: HILDE PHILIPS ...
- FUNCTIE: ASSISTEREND ACADEMISCH PERSONEEL
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT ANTWERPEN
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 03/2652909
- FAX: 03/2652526
- E-MAIL: HILDE.PHILIPS@UANTWERPEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. R. REMMEN

CO-PROMOTOR

- NAAM: NIET VAN TOEPASSING
- FUNCTIE: ...
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): ...
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: ...
- TELEFOONNUMMER: ...
- FAX: ...
- E-MAIL: ...
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): ...

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

- NAAM: RAPPÉ KOEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0485/506808
- E-MAIL: KOEN.RAPPE@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. KOEN STEEL

- ADRES: PLOEGSTRAAT 10, 8380 ZEEBRUGGE
- TELEFOONNUMMER: 050/550800
- E-MAIL: DR. STEEL@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO-PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

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

- START ONDERZOEK: 01/04/2015 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/05/2015

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ✓ VRAGENLIJSTEN
  - ❑ INTERVIEW
- ✓ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

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.

HET ONDERZOEK BESTAAT UIT 2 GROTE DELEN: EEN RETROSPECTIEF DEEL EN EEN PROSPECTIEF DEEL.
RETROSCEPTIEF DEEL:
DIT DEEL BESTAAT UIT HET NAGAAN VAN DE OPROEPEN TIJDENS DE UREN TUSSEN 23U EN 7U IN DE WEEKENDS VAN VERSCHILLENDE HUISARTSWACHTPOSTEN OF WACHTKRINGEN. DE MEEST RECENTE OPROEPEN OVER EEN GANS JAAR, TIJDENS HET WEEKEND IN DE DIEPE NACHT (TUSSSEN 23U EN 7U)

ZULLEN WORDEN VERZAMELD. UIT DEZE GEGEVENS ZAL WORDEN NAGEGAAN WAT DE WORKLOAD IS TIJDENS DEZE MOMENTEN VOOR DE WACHTDOENDE HUISARTS. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE REASONS FOR ENCOUNTER? HOEVEEL DAARVAN WERDEN GECLASSEERD ALS URGENT, ROUTINE OF BANAAL? DE VERZAMELDE GEGEVENS ZIJN VOLLEDIG GEANONIMISEERD. GEPLAND WORDT OM DE GEGEVENS TE GEBRUIKEN VAN DE WACHTREGIO'S HABO (BRUGGE EN OMSTREKEN) EN ANTWERPEN NOORD.

PROSPECTIEF DEEL:

IN DIT DEEL ZULLEN HUISARTSEN WORDEN ONDERVRAAGD VIA EEN VRAGENLIJST IN VERBAND MET HUN OPVATTINGEN ROND DE NOODZAAK VAN HET UITVOEREN VAN WACHTDIENSTEN TIJDENS DE DIEPE NACHT (UREN TUSSEN 23U EN 7U) DOOR HUISARTSEN. IN DE VRAGENLIJST ZULLEN CASUSSEN WORDEN VERWERKT GEBASEERD OP DE GEGEVENS BEKOMEN UIT HET EERSTE (RETROSPECTIEVE DEEL) VAN HET ONDERZOEK. AAN DE HAND VAN DE BEKOMEN INGEVULDE VRAGENLIJSTEN ZULLEN BESLUITEN WORDEN GEFOMRULEERD ROND DE PERCEPTIE VAN VLAAMSE HUSIARTSEN BETREFFENDE HET UITVOEREN VAN WACHTDIENSTEN DOOR HUISARTSEN TIJDENS DE DIEPE NACHT.

UITERAARD ZULLEN DE TWEE GROTE DELEN VAN HET ONDERZOEK WORDEN VOORAFGEGAAN DOOR EN GRONDIGE LITERATUURSTUDIE ROND HET ONDERWERP.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH
- ✓ MAATSCHAPPELIJK (ORGANISATIE EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG)

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) UNIVERSITEIT ANTWERPEN, FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: NOG TE BEPALEN (AFHANKELIJK VAN AANTAL INGEVULDE VRAGENLIJSTEN)

D. LEEFTIJD : VARIABEL, VOLWASSEN LEEFTIJD

E. GESLACHT : MANNELIJK EN VROUWELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA WACHTKRING, HUISARTSWACHTPOST

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ✓ JA
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ✓ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ❑ JA
- ✓ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

- ❑ JA
- ✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ✓ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ✓ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

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

- ✓ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

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

HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEEN
ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
✓ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
✓ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
✓ NEEN

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

✓ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NIET VAN TOEPASSING VOOR DIT ONDERZOEK

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

NIET VAN TOEPASSING VOOR DIT ONDERZOEK

- ❑ JA
- ❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

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 ?

NIET VAN TOEPASSING VOOR DIT ONDERZOEK

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ☐ JA
- ✓ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? …

☐ NEEN

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

NIET VAN TOEPASSING VOOR DIT ONDERZOEK

- ☐ JA
- ☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

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

NIET VAN TOEPASSING VOOR DIT ONDERZOEK

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE ……

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE ……

OM DE ……

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ✓ NIET VAN TOEPASSING
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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 :
NAAM :
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ✓ NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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 : 27/3/15
NAAM : Koen Ramit
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 27/03/2015
NAAM : KOEN STEEL
HANDTEKENING :

PROMOTOR
DATUM :26/03/2015
NAAM :HILDE PHILIPS
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR
DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :26/03/2015
NAAM :ROY REMMEN
HANDTEKENING :

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

8

Bijlage 3

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

Het holst van de nacht: nachtmerrie voor de huisarts? (manama huisartsgeneeskunde Koen Rappé)

Belgisch Registratienummer: B300201526653

7/12/2015 15/14/140

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. 7/12/2015.

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

- CV onderzoeker dr. K. Rappé
- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 2 versie 21/11/2015
- Protocol versie 2 aangepaste versie 21/11/2015

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. K. Rappé, NVT, A. Pauwelslaan 30 - bus 3. - 8370 Blankenberge

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

7/12/2015 15/14/140

Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 22/06/2015.

Deze studie werd besproken op vergadering van 7/12/2015.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
LEMMENS Willem	Filosoof	M	-
MAMPAEY Els	Psychologe	V	-
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
STASSIJNS Gaëtane	Fysioloog	V	-
VAN BROECKHOVEN Christine	Biomedicus / Onderzoeker UA	V	-
Uitgenodigde Experten			
COOLS Nathalie	Postdoctoraal Onderzoeker Hematologie	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.