



RAMPEN
MANAGEMENT

**Doe-het-zelf zorgverlening op
massa-evenementen als optimalisatie
van de medische hulpverlening**

ACADEMIEJAAR 2023-2024

STUDENT: **Charlotte Faes** (in samenwerking met Arnout Lauriks)
PROMOTOR: Erik Genbrugge
CO-PROMOTOR: dr. Kurt Anseeuw

DANKWOORD

Dit eindwerk was een pak moeilijker geweest zonder de hulp en ondersteuning van een aantal mensen, die we hier in het bijzonder willen bedanken.

Eerst en vooral willen we onze promotor, Erik Genbrugge, bedanken voor zijn belangrijke input, zijn toegankelijkheid en zijn ondersteuning. Dezelfde dankbetuiging aan Dr. Kurt Anseeuw, die ons als co-promotor bijkomend stuurde en voorzag van interessante inzichten en feedback.

Hiernaast ook onze dank aan Dr. Winne Haenen, die de tijd maakte om advies te geven omtrent de relevante wetgeving en ook in persoon nuttige feedback gaf over ons onderzoeksvoorstel.

We danken ook de geraadpleegde experts voor hun deelname en het invullen van de vragenlijsten: dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder hun input.

Tenslotte danken we ook onze ouders voor hun geduld en begrip, zonder dewelke dit eindwerk niet verwezenlijkt was. Luc Faes danken we in het bijzonder voor zijn nauwkeurig nalezen van de finale versie.

Executive summary

Discipline 2 speelt een essentiële rol in de multidisciplinaire aanpak van massa-evenementen, waarbij de aanwezigheid op het terrein zowel inspeelt op potentiële noodsituaties als op de medische zorgen voor bezoekers en naaste omwonenden. Deze middelen zijn bij momenten overbevraagd en overbelast, wat zich uit in overbevolking van de hulpposten en een minder efficiënte hulpverlening. Onze veronderstelling was dat een deel van deze belasting bestaat uit patiënten met nood aan eenvoudige verzorging, die zichzelf in de thuissituatie zouden kunnen behelpen, maar door de context van het massa-evenement de medische discipline raadplegen. Onze onderzoeksvraag was dan ook hoe deze eenvoudige verzorging de belasting van de medische discipline kan beïnvloeden en hoe deze patiënten best geregistreerd en geholpen worden.

In het eerste deel van het eindwerk, dat voornamelijk door Arnout Lauriks werd uitgevoerd, werden literatuur, relevante wetgeving en een verzameling data rond medische hulpverlening op vier grote Vlaamse festivals onderzocht. Het concept van 'fast track' kwam centraal te staan als mogelijke oplossing voor het bieden van eenvoudige verzorging bij analyse van deze gegevens.

Het eindwerk was teamwerk en werd door beide teamleden gezamenlijk onderzocht, waarbij Charlotte Faes het hieronder beschreven tweede deel voor haar rekening nam.

Een aangepaste Delphi-studie werd geïmplementeerd, waarbij een panel van 13 experts met uitgebreide ervaring op het gebied van medische hulpverlening tijdens massa-evenementen werd samengesteld. Deze deskundigen ontvingen twee afzonderlijke vragenrondes, waarbij hun reacties anoniem en onafhankelijk van elkaar werden verzameld. De resultaten van de eerste vragenronde toonden consensus over de noodzaak van registratie en toezicht, maar er ontbrak een uniforme overeenstemming over de exacte uitvoering ervan. Wat betreft de inhoud was er consensus over het aanbieden van basisbenodigdheden zoals pleisters, maandverband en zonnecrème. Echter, er bestond verdeeldheid binnen de groep met betrekking tot het verstrekken van medicatie, met name niet-voorschriftplichtige medicatie, waarbij zorgen werden geuit over patiëntveiligheid en de juridische context. Voor de onderwerpen waar verdeeldheid bleef bestaan, werden in een tweede vragenronde aanvullende vragen gesteld. Analyse van deze tweede reeks vragen resulteerde uiteindelijk in een reeks concrete aanbevelingen voor de praktijk, waaronder:

- De noodzaak tot registratie van identificatie van de patiënt, identificatie van de hulpverlener, probleemstelling van de patiënt en uitgevoerde handelingen/therapie.
- De noodzaak van toezicht impliceert een voortdurende aanwezigheid van een ervaren hulpverlener, waarbij de toezichthouder fungeert als primair aanspreekpunt en actieve beoordelingen maakt. Plaatsing van de 'fast track' na triage wordt aanbevolen uit oogpunt van patiëntveiligheid, voorzien van duidelijke instructies voor patiënten. Het koppelen van de 'fast track' aan de hulppost wordt voorgesteld om een efficiënte doorverwijzing te waarborgen, terwijl het operationeel houden ervan afhankelijk is van de beschikbaarheid van de hulppost en aangepast wordt aan de specifieke situatie.

- Het aanbieden van eenvoudige verzorgingen die behoren tot de 'fast track', waaronder pleisters, maandverband, zonnecrème, aftersun (na zonsondergang), keeltabletten (op verzoek aan een medische hulpverlener), zalf tegen jeuk/beten (op verzoek aan een medische hulpverlener) en cold packs voor gekende musculoskeletale aandoeningen.

De voornaamste beperkingen van deze Delphi-studie omvatten een laag niveau van evidence volgens de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) - classificatie, subjectiviteit van de onderzoeker, beperkte diepgang van antwoorden en verlies van follow-up bij de experten.

Er blijven vragen omtrent concrete uitvoerbaarheid en patiëntveiligheid van de hierboven omschreven richtlijnen, gezien prospectieve studies voorlopig ontbreken. Het lijkt essentieel verder aan grondige registratie en opvolging te doen voor patiënten in 'fast track' en verder onderzoek zou zich kunnen toespitsen op het effect van de aanwezigheid van een 'fast track' op de werking van de hulppost (onder andere wachttijden, verblijfsduur, patiënttevredenheid) alsook de morbiditeit en mortaliteit bij de patiënten.

Sleutelwoorden

“fast track”

“massa-evenement”

“medische hulpverlening”

“eenvoudige verzorging”

Inhoudstafel

Executive summary	3
Sleutelwoorden	5
Inhoudstafel	6
1 Inleiding	7
2 Onderzoeksmethode	9
3 Literatuurstudie	11
4 Minimale wettelijke vereisten	15
5 Gegevensanalyse	21
6 Aangepaste Delphi-studie	26
6.1 Methodologie	26
6.2 Opstellen aangepaste Delphi-studie - Ronde 1	29
6.3 Resultaten aangepaste Delphi-studie - Ronde 1	33
6.4 Conclusie aangepaste Delphi-studie - Ronde 1 en opstellen aangepaste Delphi-studie - Ronde 2	38
6.5 Resultaten aangepaste Delphi-studie - Ronde 2	46
6.6 Conclusie aangepaste Delphi-studie - Ronde 2	50
6.7 Besluit aangepaste Delphi-studie	52
7 Conclusie	53
8 Limitaties van het werk en suggesties voor verder onderzoek	56
9 Beleidsadvies	58
10 Lijst met afkortingen	60
11 Lijst met figuren	61
12 Lijst met tabellen	63
13 Referentielijst	64
14 Bijlagen	67
14.1 Antwoorden aangepaste Delphi-studie - Ronde 1 & Ronde 2	67
14.2 Onderzoeksvoorstel eindwerk postgraduaat Rampenmanagement	67

1 Inleiding

Medische hulpverlening op massa-evenementen is een essentiële vereiste om te zorgen dat deze manifestaties geen verstoring geven van de efficiëntie van de lokale medische middelen zoals Mobiele urgentiegroep (MUG) en paramedisch interventieteam (PIT). Dit zou potentieel kunnen leiden tot een kwaliteitsverlies in gezondheidszorg, zowel voor bezoekers als lokale bevolking. De aanwezige medische middelen dienen ook een eerste antwoord te kunnen geven op plotse collectieve noodsituaties (Haenen, 2011).

Deze medische middelen staan in de praktijk naast de zorg voor kritiek zieke en gewonde patiënten ook in voor niet-planbare medische zorg, die niet de dringendheid heeft van een 112-rit, maar niet kan uitgesteld worden tot na het festival: zo zijn er snijwonden met nood aan hechting, allergische reacties,...

Tenslotte is er nog een belangrijke hoeveelheid festivalgangers met minder ernstige klachten, die nood hebben aan eenvoudige verzorging (zoals maandverband, zonnecrème, pleisters,..) en die zichzelf thuis zonder problemen zouden kunnen behelpen. Er zijn eveneens vaak vragen naar medicatie die in principe zonder voorschrift te verkrijgen is bij de apotheek, waartoe de toegang voor festivalgangers minder praktisch is. Het is deze (grote) groep patiënten die een belangrijke belasting vormen van het hulpverleningssysteem: ze vragen tijd en aandacht van administratieve medewerkers en zorgverleners, en kunnen de zorg voor dringende slachtoffers vertragen door de hulppost te overbelasten. Dit is analoog aan de op spoedgevallendiensten al langer bestaande problematiek van 'overcrowding' of overbelasting, die gelinkt is aan verhoogde mortaliteit en morbiditeit, wachttijden en ontevredenheid bij patiënten, verlaten van de spoedgevallendienst en een negatieve impact heeft op het welzijn van zorgverleners (Savioli et al., 2022). Waar verschillende definities bestaan voor 'overcrowding', gaat het in zijn meest eenvoudige zin over een onevenwicht tussen de bestaande capaciteit voor dringende hulpverlening en de vraag ernaar. Wanneer deze vraag de capaciteit overtreft, is er een impact op de capaciteit van de spoedgevallendienst om effectieve dringende medische zorgen te bieden (Eitel et al., 2010).

Waar er voor de problematiek van 'overcrowding' op spoedgevallen reeds uitgebreide literatuur bestaat, zowel rond de uitgebreidheid als over potentiële oplossingen voor deze problematiek, is dat voor de hulpverlening op massa-evenementen niet zo. In de praktijk zien we dat er op eigen bodem een heterogeniteit is in de aanpak van eenvoudige zorgen, waar sommige festivals bijvoorbeeld al een eigen versie van bedeling van eenvoudige zorgen hanteren via een 'fast track' voor mensen die bijvoorbeeld enkel een pleister nodig hebben. De groep patiënten die met minimale verzorging geholpen kan worden, en zich in een thuissituatie geen arts zou raadplegen, wordt zo gefilterd uit patiënten die zich voor de hulppost presenteren. Op andere festivals volgt deze groep de reguliere stroom van triage, registratie en wachttijd in de hulppost, wat in de ervaring van de auteurs bij momenten kan leiden tot 'overcrowding'. Het spreekt voor zich dat ook deze festivalgangers recht hebben op hulp en kwalitatieve zorg: het is echter essentieel dat de snelle en adequate hulpverlening voor kritiek zieke of gewonde patiënten niet in het gedrang komt, als kerntaak van de medische middelen op de manifestatie en om impact naar het reguliere systeem te vermijden. Het is uiteraard wel nog steeds de bedoeling dat de

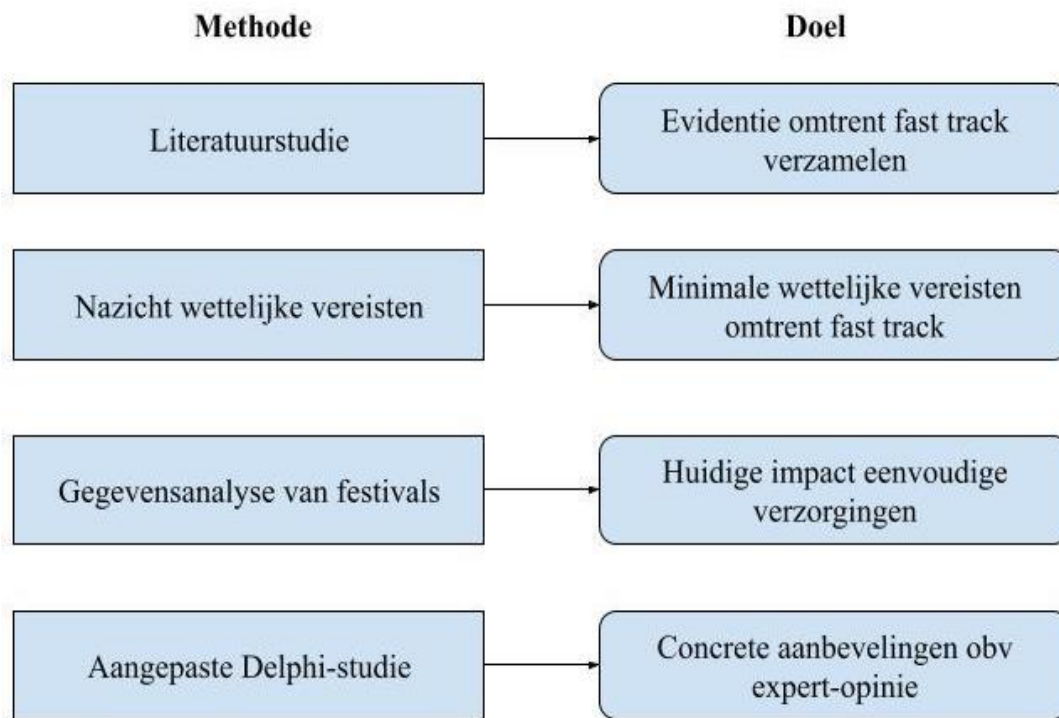
medische discipline op massa-evenementen voldoende voorzien moet zijn op grote aantallen patiënten, onverwachte piekmomenten en een plotse toestroom aan slachtoffers bij een collectieve noodsituatie: ons onderzoek naar deze problematiek is geenszins bedoeld om de medische discipline aan deze verantwoordelijkheid te laten ontsnappen. Het in kaart brengen van het probleem en zijn mogelijke oplossingen zien we net als een deel van een grondige voorbereiding voor toenemende drukte.

Het onderzoek dat wij voeren naar deze problematiek zal bestaan uit verschillende delen. Allereerst zal er een literatuuronderzoek worden uitgevoerd om bestaande studies over minimale verzorging bij massa-evenementen te analyseren. Er zal ook gekeken worden naar bestaande literatuur over efficiëntieverhoging op spoedgevallendiensten met specifieke aandacht voor het concept 'fast track' (Oredsson et al., 2011), om te bekijken hoe we dit eventueel naar de medische hulpverlening op massa-evenementen kunnen extrapoleren. Daarnaast wordt een kwantitatieve analyse uitgevoerd met behulp van bestaande gegevens van diverse massa-evenementen in Vlaanderen. Hierbij wordt gekeken naar het percentage zelfverzorging en de impact daarvan op onder andere de tijd die slachtoffers in de hulppost doorbrengen. Een aangepaste Delphi-studie wordt toegepast om vanuit een aantal experts uit de Vlaamse festivalhulpverlening concrete aanbevelingen te formuleren rond het thema 'eenvoudige zorgen'. Tot slot zal er onderzoek worden gedaan naar de minimale vereisten met betrekking tot de registratie van deze specifieke groep slachtoffers, met toetsen aan het wettelijk kader van de registratie van zorg.

We streven ernaar het concept van eenvoudige verzorging binnen de medische hulpverlening op massa-evenementen in kaart te brengen en op basis van de huidige literatuur, gegevens van enkele grote Vlaamse evenementen en een gestructureerde verzameling van expert opinion concrete aanbevelingen te formuleren voor de uitbouw van en voorzieningen voor eenvoudige zorg op massa-evenementen. De bedoeling is dat deze aanbevelingen het potentieel hebben om de belasting van de medische hulpverlening op massa-evenementen te verminderen, zonder daarbij in te boeten qua kwaliteit en patiëntveiligheid.

2 Onderzoeksmethode

Om het concept van eenvoudige verzorging binnen de medische hulpverlening op massa-evenementen goed in kaart te kunnen brengen en hierover aanbevelingen te kunnen maken, zal de volgende onderzoeksmethode toegepast worden (figuur 1):



Figuur 1: Opbouw onderzoeksmethode

1. Literatuurstudie

De literatuurstudie richt zich op het onderzoeken van bestaande evidence met betrekking tot strategieën tegen ‘overcrowding’ in spoedeisende situaties, gezien er gelijkenissen bestaan tussen de overbelasting op spoedgevallen en deze op de hulpposten van festivals. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van Pubmed met de zoektermen: “overcrowding”, “fast track”, “emergency”, “mass gathering”, “triage” en “first aid”.

2. Nazicht wettelijke vereisten

Gezien er graag aanbevelingen naar de toekomst gemaakt worden in verband met het aanbieden van eenvoudige verzorging op massa-evenementen, is het noodzakelijk dat de wet hierbij wordt geraadpleegd. Dit onderzoek omvat een gedetailleerde analyse en interpretatie van relevante wetgeving met betrekking tot medische hulpverlening op evenementen, met een nadruk op de implicaties en mogelijke interpretaties van de wetgeving in de praktijk.

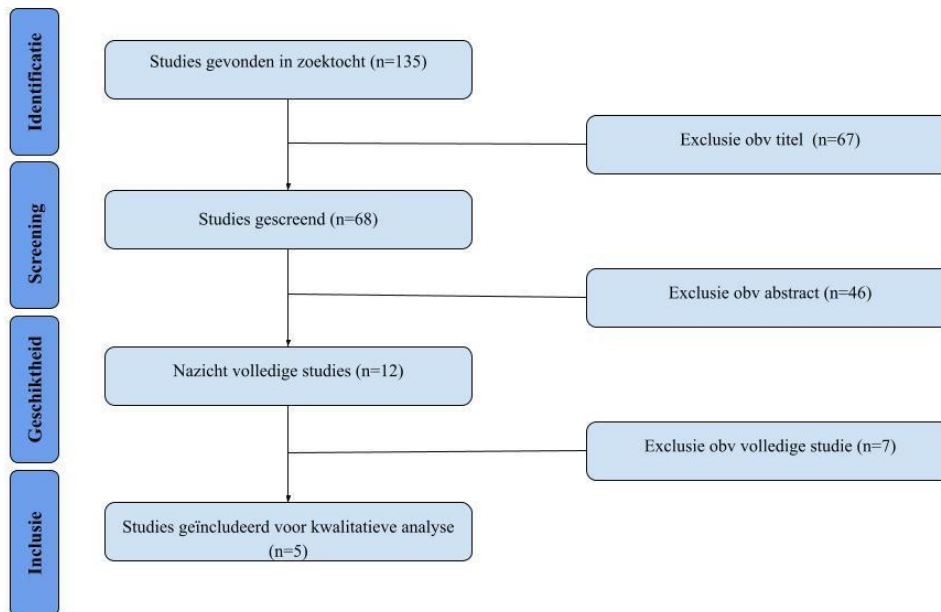
3. Gegevensanalyse van festivals

Uit de gegevens van vier festivals in Vlaanderen, zal de huidige impact van eenvoudige verzorgingen op een hulppost van een massa-evenement bekeken worden. Er zal gekeken worden naar de gegevens van vier grote Vlaamse festivals van de afgelopen twee jaren (dit is voor 2022 en 2023). Er wordt in kaart gebracht welke aanmeldingsklachten patiënten hebben bij het presenteren op de hulppost, het percentage van T1-T2-T3 patiënten alsook de gemiddelde verblijftijd van deze getrieerde patiënten. Er zal met bijzonder detail gekeken worden naar de werklast van de T3-patiënten in een hulppost, gezien deze triagecategorie de minst ernstige slachtoffers omvat, en dus de patiënten die potentieel in aanmerking komen voor behandeling in een 'fast track'. Hierbij wordt voornamelijk rekening gehouden met de frequentste aanmeldingsklacht, de duur van T3 in de hulppost en het percentage van T3 in de hulppost. Interessant hieraan toe te voegen, is dat reeds in twee van deze vier festivals reeds 'fast track' wordt toegepast, waarbij althans voor één festival dit valt onder de codering 'geen verzorging'.

4. Aangepaste Delphi-studie

Tenslotte zal een aantal relevante experts uit het toepassingsgebied via een aangepaste Delphi-studie bevroegd worden over verschillende elementen van eenvoudige verzorging op festivals. Deze studie zal bestaan uit twee vragenrondes met als doel concrete adviezen te kunnen geven omtrent registratie, toezicht en eenvoudige verzorgingen die passen binnen 'fast track'.

3 Literatuurstudie



Figuur 2: PRISMA Flow Diagram

Beide auteurs voerden een zoektocht uit op Pubmed met als zoektermen “overcrowding”, “fast track”, “emergency”, “mass gathering”, “triage” en “first aid”, in verschillende combinaties van termen (National Center for Biotechnology Information, n.d.). Artikels werden door beide auteurs onafhankelijk van elkaar op titel geselecteerd en relevante publicaties werden ingeladen in Rayyan (Qatar computing research institute, n.d.). De resterende achtenzestig artikels werden onafhankelijk door beide auteurs gescreend op abstract waarna conflicten omtrent inclusie door beide auteurs na het opheffen van de blinding in onderling overleg werden opgelost. Twee artikels werden geëxcludeerd wegens onbeschikbaarheid van het artikel. Er werden twaalf studies gescreend op volledige tekst, met hierna in samenspraak tussen beide auteurs exclusie van nog eens zeven artikels wegens niet relevant voor de onderzoeksvraag.

Bovenstaand ‘Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses’ (PRISMA)- diagram vat deze zoektocht samen (figuur 2): hierbij dient uiteraard vermeld te worden dat de volledige PRISMA-methodiek niet gevolgd werd (Page et al., 2021). Dit gezien het opzet van deze literatuurstudie geen formele systematic review betreft, hoewel veel van de relevante principes werden gehanteerd, zoals het geblindeerd screenen van artikels en overleg tussen auteurs bij conflicteren van de inclusie/exclusiebeslissing. Anderzijds werd tijdens het schrijven van het eindwerk opnieuw gezocht op Pubmed om bepaalde stellingen meer te onderbouwen (National Center for Biotechnology Information, n.d.): dit gebeurde gericht op basis van de feedback van de (co-)promotor, en relevante studies werden toegevoegd aan de gerefereerde artikels, om een zo volledig mogelijk overzicht van de literatuur te bekijken.

Een eerste insteek was het bekijken van de problematiek van ‘overcrowding’ oftewel overbelasting van de spoedgevallendiensten, en meer bepaald de bestaande evidence rond strategieën om deze problematiek tegen te gaan: er zijn immers parallellen tussen de overbelasting op spoedgevallen en deze op de festivalhulppost, hoewel de vergelijking ongetwijfeld niet altijd standhoudt. De oorzaken van ‘overcrowding’ worden opgedeeld in problemen van ‘input’, ‘throughput’ en ‘output’ (Sartini et al., 2022). Een zoektocht naar bestaande oplossingen voor het ‘input’ gedeelte, oftewel het volume aan patiënten dat zich aanbiedt, levert enkele concepten op die ook voor ons nuttig zijn. Zo is er het inzetten van huisartsen op spoedgevallen, om patiënten die zich met geneeskundige problemen van eerstelijns-niveau presenteren op te vangen (Chan et al., 2015). De concrete winst die hiermee geboekt wordt, hangt af van het aantal patiënten op spoedgevallen die zich presenteren met problematiek van de eerste lijn. Verschillende manieren om dit te verwezenlijken worden beschreven: het gebruik van huisartsen binnen de bestaffing van de spoedgevallendienst, het voorzien van een naast de spoedgevallen liggende huisartsenpraktijk of -wachtpost en het uitbreiden van de beschikbaarheid van eerstelijnszorgen buiten de spoedgevallendienst. Het zijn deze laatste twee opties die de instroom naar de spoedgevallendienst kunnen verminderen, waar de inzet van huisartsen binnen de spoedgevallendienst vooral dient om minder ernstig zieke of gewonde patiënten te behandelen, en zo de andere zorgverleners te ontlasten. Er wordt geen hooggradige evidentie voorzien voor deze praktijk.

De parallel naar het uit de stroom filteren van mensen die slechts minimale verzorging nodig hebben op massa-evenementen is duidelijk: zo kon op een evenement in Canada met een ‘Patient Presentation Rate’ van 42 per 10.000 deelnemers 35.2% van de patiënten geholpen worden door het verstrekken van water, zonnecrème en/of verbandmateriaal (Feldman et al., 2004). Een reductie van deze grootteorde in het aantal presentaties op de festivalhulppost zou een wezenlijk verschil betekenen wat betreft werkbelasting. Cijfers van Rode Kruis Vlaanderen uit een grote steekproef van evenementen met in totaal 148.265 patiënten presentaties tonen aan dat ook in eigen land het percentage ‘first aid’, oftewel eenvoudige verzorging door een hulpverlener die geen arts of verpleegkundige is, in functie van het event tussen 66 en 89% ligt (Van Remoortel et al., 2022). We kunnen concluderen dat een belangrijk deel van de ‘input’ bestaat uit eenvoudige verzorgingen en dat een interventie hierop een effect zou kunnen hebben op de instroom en doorstroom van deze patiënten in de hulppost.

In een systematic review rond triage-gerelateerde oplossingen voor ‘overcrowding’ op spoedgevallen wordt het concept van ‘streaming’, oftewel het scheiden van de stromen aan patiënten binnen de dienst geëvalueerd (Oredsson et al., 2011). Het meest courante voorbeeld hiervan is het toepassen van een ‘fast track’, een stroom voor patiënten met minder ernstige pathologie, waarvan men verwacht ze met minimale onderzoeken en behandelingen te kunnen ontslaan. Alle onderzochte studies rapporteren een verminderde verblijfsduur en wachttijd bij het gebruik van ‘fast track’, en de bewijskracht voor dit positieve effect is ‘moderately strong’ volgens het ‘Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE)’ framework. Bovendien wordt aangetoond dat er een vermindering is van het aantal patiënten dat de spoedgevallendienst verlaat zonder behandeld te worden, eveneens met ‘moderately strong’ bewijskracht. Dit effect is belangrijk voor de context van het massa-

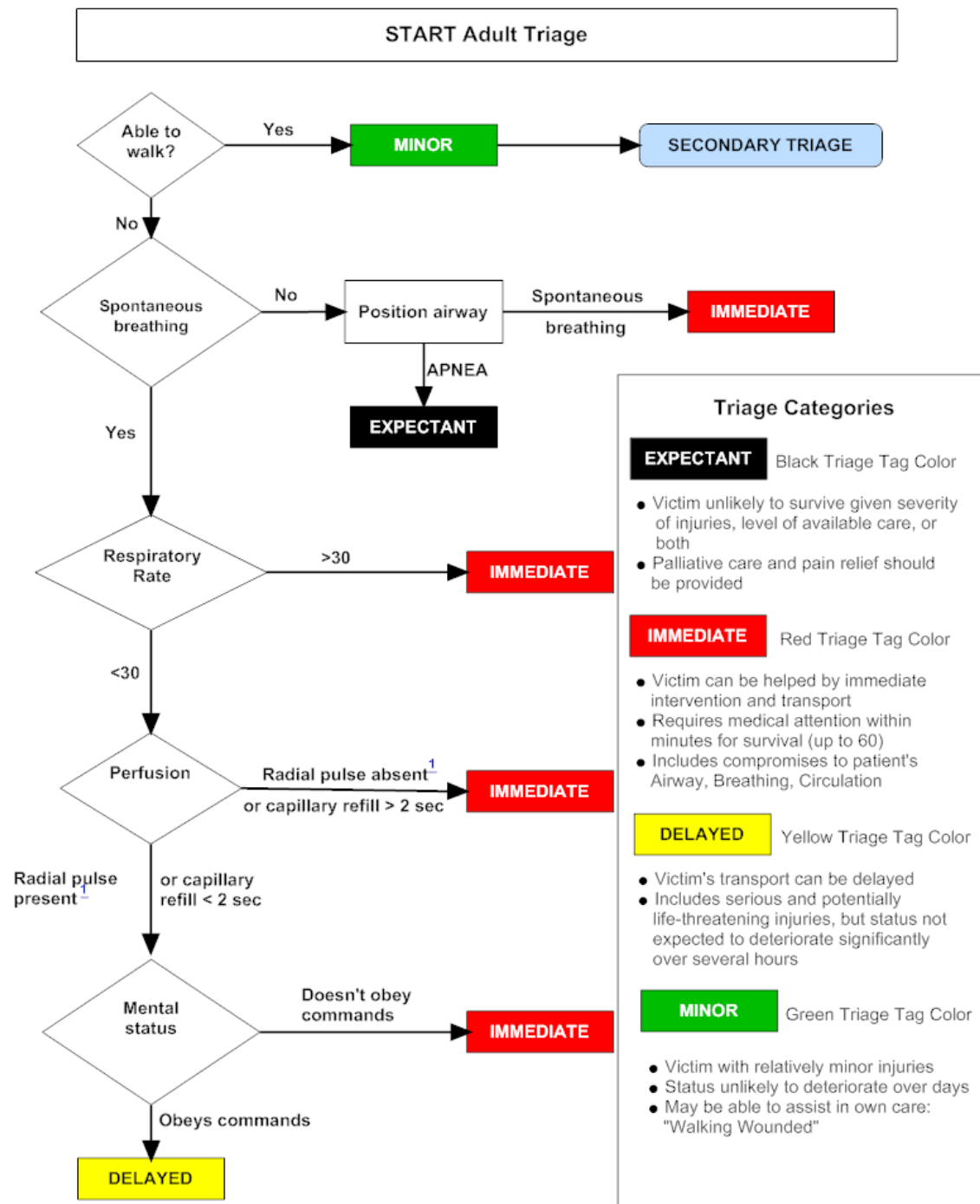
evenement: onze patiënten zijn vaak erg gemotiveerd om terug te keren naar het evenement, en zijn in de ervaring van de auteurs bij lange wachttijden geneigd tegen medisch advies te vertrekken. Patiënten die de spoedgevallen verlaten voor gezien te zijn door een hulpverlener, kunnen hierdoor niet optimaal behandeld worden: in een grote Italiaanse studie is er een significant toegenomen aantal herpresentaties, ziekenhuisopnames en een hoger risico op mortaliteit bij de groep patiënten die de spoedgevallen tegen medisch advies verlaten (Mataloni et al., 2018), wat doet vermoeden dat ook patiënten die de hulppost van het massa-evenement vroegtijdig verlaten at risk kunnen zijn voor frequentere herpresentaties en een toegenomen morbiditeit en mortaliteit. Het vermijden van vertrek tegen medisch advies is dan ook een redelijke doelstelling voor de medische discipline op massa-evenementen, hoewel deze problematiek in de context van het massa-evenement weinig onderzocht lijkt.

Een belangrijke kanttekening die de auteurs van Oredsson et al. maken, is de afwezigheid van een evaluatie van patiëntveiligheids-uitkomsten (zoals bijvoorbeeld mortaliteit) in de studies rond 'fast track', ondanks het gunstige effect op wachttijden. De veiligheid van het concept 'fast track' is dus minder stevig onderbouwd dan zijn effectiviteit, hoewel deze effectiviteit dan weer het potentiëel heeft de zorg voor ernstiger zieke patiënten te verbeteren door de zorgverleners te ontlasten en wachttijden te verminderen. Bovendien is er een bewezen vermindering van het vertrek tegen medisch advies door patiënten, wat het risico op herpresentatie en mortaliteit en morbiditeit in deze groep zou kunnen verminderen, zoals reeds hierboven aangehaald werd.

Het concept van een 'fast track' voor minder ernstige pathologie in de festivalhulpverlening is dus gestoeld op de literatuur rond deze toepassing op spoed, maar gebonden aan dezelfde limitaties: brede verschillen in bestaffing, selectie van patiënten, inclusiecriteria qua pathologie,... maken het moeilijk eenduidige conclusies te trekken rond de veiligheid van het concept. Ook het vermelden waard is dat voor het doorstromen naar de 'fast track' op spoedgevallen steeds eerst een triage plaatsvindt, waarbij een correcte selectie van patiënten en het gebruik van ervaren medische hulpverleners in de literatuur als essentieel voor het succes van de 'fast track' wordt aangeduid (Ieraci et al., 2008).

Triage is het proces waarbij slachtoffers medisch/klinisch worden beoordeeld en naargelang de ernst van hun pathologie worden ingedeeld volgens urgentiegraad (Haenen, 2021). Een retrospectieve studie rond het toepassen van triage door hulpverleners (niet-verpleegkundige/niet-arts) op massa-evenementen in Australië gebruikt het Simple Triage And Rapid Treatment (START)-systeem toe in kader van triage (figuur 3) (Douglas et al., 2020), een systeem dat op eigen bodem reeds (in aangepaste versie) gehanteerd wordt door discipline 2 bij pre-triage binnen het kader van het Medisch Interventieplan (MIP). Hierbij werden patiënten die een eenvoudige vraag naar pleisters etc. hadden reeds geëxcludeerd, en werd de triagecategorie volgens START vergeleken met een geblindeerde post-factum triage volgens Emergency Severity Index (ESI)-systematiek, waarbij de percentages onder- en overtriage niet hoger lagen dan bij eerder gerapporteerde percentages bij verpleegkundigen op spoedgevallendiensten in Australië. Het toepassen van eenvoudige triage-instrumenten lijkt festivalhulpverleners dus toe te laten met redelijke nauwkeurigheid patiënten in te schatten wanneer vergeleken met triage door een spoedgevallenverpleegkundige. Dit doet de vraag rijzen of toezicht door een

hulpverlener, die bijvoorbeeld de START criteria hanteert, de 'fast track' veiliger kan maken, wanneer patiënten rechtstreeks doorstromen zonder voorafgaande triage. Deze hulpverlener zou, zich baserend op het START-principe, patiënten die niet in aanmerking komen voor 'fast track', bijvoorbeeld door afwijkende ademhaling of verminderd bewustzijn, kunnen heroriënteren naar de hulppost. Anderzijds kan men zich ook de vraag stellen of alle patiënten, ook zij die naar de 'fast track' verwezen worden, niet best vooraf voor een triage gezien worden: hierop komen we later nog terug.



Figuur 3: Het START-triage algoritme, (n.d.) Gecreëerd door: Chemical Hazards Emergency Medical Management










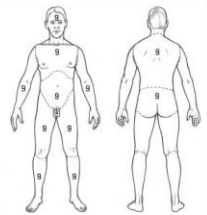





















Het valt op dat in de huidige literatuur rond ‘mass gathering medicine’ weinig informatie beschikbaar is rond het formeel toepassen van het 'fast track' principe in de context van massa-evenementen. Er wordt echter tussen de lijnen door opgemerkt dat het bedelen van eenvoudige zorgen zoals pleisters courant gebeurt (Feldman et al., 2004) en dat dit al voor de officiële triage van patiënten plaatsvindt (Douglas et al., 2020), als een soort impliciete aparte stroom voor deze eenvoudige zorgen. Data rond veiligheid, concrete invulling en evidence rond de effectiviteit van het concept toegepast op massa-evenementen lijken te ontbreken in de huidige literatuur. Gezien de evidentie voor de effectiviteit van ‘fast track’ op spoedgevallen en het ontbreken van data voor massa-evenementen, werd de focus van dit verdere onderzoek vooral gelegd op dit concept als mogelijke manier om eenvoudige zorgen toe te dienen op massa-evenementen.

4 Minimale wettelijke vereisten

Een belangrijke vraag is hoe het concept van 'fast track' past binnen het huidige wettelijk kader dat van toepassing is op de medische hulpverlening binnen evenementen. We danken hier Dr. Winne Haenen, Federaal Gezondheidsinspecteur, in het bijzonder, die ons op het juiste pad leidde richting de relevante wetgeving.

De wet van 22/08/2002 (Belgisch Staatsblad, 2002) betreffende de rechten van de patiënt bepaalt dat de patiënt, de natuurlijke persoon aan wie al dan niet op eigen verzoek gezondheidszorg wordt verstrekt (art 2,1°), recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art 9§1). De zorg die op een evenement door een beroepsbeoefenaar wordt verstrekt valt onder deze wet (art 2,2°) en het bijhouden van een dossier is dus wel degelijk een verplichting, hoewel de inhoud ervan in deze wet niet verder omschreven wordt. Hoewel de hulpverlener op evenementen niet als dusdanig gedefinieerd is in de wet van 10/05/2015 (Belgisch Staatsblad, 2015) betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, wordt zorgvuldige dossiervorming impliciet verplicht doordat het hier om het toedienen van gezondheidszorg gaat, weliswaar in een specifieke context. De afwezigheid van een expliciete benoeming van de hulpverlener op het evenement als beroepsbeoefenaar ontslaat deze niet van de impliciete verplichting de wet op de patiëntenrechten te respecteren, gezien hij of zij zorg levert.

Dit wordt gereflecteerd in de huidige praktijk van de kruisverenigingen om voor patiënten die zich op de hulppost presenteren, een medisch dossier bij te houden. Voor het Rode Kruis bestaat dit document uit een rubriek over aankomst en triage, een identificatie van de patiënt, informatie over diagnose, behandeling en hulpverlener en tenslotte ontslaggegevens (figuur 4) (Horions, 2018).

IN: <u> </u> u <u> </u>																																																																	
AANVOER 1 <input type="checkbox"/>  Eigen initiatief 2 <input type="checkbox"/>  Anderen 3 <input type="checkbox"/>  Brancardage 4 <input type="checkbox"/>  MUG-interventie 5 <input type="checkbox"/>  Ziekenwagen: _____	AANDOENING 1 <input type="checkbox"/>  Zonder verzorging/verblijf 2 <input type="checkbox"/>  EHBO 3 <input type="checkbox"/>  Medische aandoening 4 <input type="checkbox"/>  Medische urgentie																																																																
																																																																	
IDENTIFICATIE:  Geboortedatum: ____/____/____																																																																	
Geslacht: <input type="checkbox"/>  M <input type="checkbox"/>  V																																																																	
Naam: <input type="text"/> Voornaam: <input type="text"/> Adres: _____ Gemeente: _____ Land: _____																																																																	
START VERZORGING: <u> </u> u <u> </u> 																																																																	
Minimale medische gegevens, behandeling en materiaal: _____ _____ _____ R/ _____ _____ _____																																																																	
<table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ademhaling</td><td>17</td><td>Breuk/kneuzing</td></tr> <tr><td>2</td><td>hyperventilatie</td><td>18</td><td>verstuing enkel</td></tr> <tr><td>3</td><td>Brandwonde</td><td>19</td><td>spierpijn</td></tr> <tr><td>4</td><td>Hartklachten</td><td>20</td><td>rugpijn</td></tr> <tr><td>5</td><td>Hoofdpijn</td><td>21</td><td>Intoxicatie</td></tr> <tr><td>6</td><td>syncope/flauwte</td><td>22</td><td>alcohol intoxicatie</td></tr> <tr><td>7</td><td>epilepsie</td><td>23</td><td>drugs intoxicatie</td></tr> <tr><td>8</td><td>Huidwonde</td><td>24</td><td>Ander</td></tr> <tr><td>9</td><td>allergie</td><td>25</td><td>hooikoorts</td></tr> <tr><td>10</td><td>blaren</td><td>26</td><td>eigen medicatie</td></tr> <tr><td>11</td><td>snijwonde</td><td>27</td><td>diabetes</td></tr> <tr><td>12</td><td>schaafwonde</td><td>28</td><td>neusbloeding</td></tr> <tr><td>13</td><td>zonnebrand</td><td>29</td><td>menstruatie</td></tr> <tr><td>14</td><td>insectenbeet</td><td>30</td><td>tandpijn</td></tr> <tr><td>15</td><td>Maag/darm</td><td>31</td><td>keelpijn</td></tr> <tr><td>16</td><td>diarree</td><td>32</td><td>oogletsel </td></tr> </table>		1	Ademhaling	17	Breuk/kneuzing	2	hyperventilatie	18	verstuing enkel	3	Brandwonde	19	spierpijn	4	Hartklachten	20	rugpijn	5	Hoofdpijn	21	Intoxicatie	6	syncope/flauwte	22	alcohol intoxicatie	7	epilepsie	23	drugs intoxicatie	8	Huidwonde	24	Ander	9	allergie	25	hooikoorts	10	blaren	26	eigen medicatie	11	snijwonde	27	diabetes	12	schaafwonde	28	neusbloeding	13	zonnebrand	29	menstruatie	14	insectenbeet	30	tandpijn	15	Maag/darm	31	keelpijn	16	diarree	32	oogletsel 
1	Ademhaling	17	Breuk/kneuzing																																																														
2	hyperventilatie	18	verstuing enkel																																																														
3	Brandwonde	19	spierpijn																																																														
4	Hartklachten	20	rugpijn																																																														
5	Hoofdpijn	21	Intoxicatie																																																														
6	syncope/flauwte	22	alcohol intoxicatie																																																														
7	epilepsie	23	drugs intoxicatie																																																														
8	Huidwonde	24	Ander																																																														
9	allergie	25	hooikoorts																																																														
10	blaren	26	eigen medicatie																																																														
11	snijwonde	27	diabetes																																																														
12	schaafwonde	28	neusbloeding																																																														
13	zonnebrand	29	menstruatie																																																														
14	insectenbeet	30	tandpijn																																																														
15	Maag/darm	31	keelpijn																																																														
16	diarree	32	oogletsel 																																																														
Naam: hv: _____ vpk: _____ arts: _____ Tevax <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> verwezen naar arts <input type="checkbox"/> Weigering verzorging HD-C608 ingevuld <input type="checkbox"/> Vooraf bestaande ziekte/letsel																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>UUR:</td> <td>Ademhaling:</td> <td>Hartslag:</td> <td>Bloeddruk:</td> <td>Glasgow Coma:</td> <td>O₂ Sat:</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td><u> </u> u</td> <td>_____/min.</td> <td>_____/min.</td> <td>____/____</td> <td> = ____</td> <td>____%</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td><u> </u> u</td> <td>_____/min.</td> <td>_____/min.</td> <td>____/____</td> <td> = ____</td> <td>____%</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td><u> </u> u</td> <td>_____/min.</td> <td>_____/min.</td> <td>____/____</td> <td> = ____</td> <td>____%</td> <td>:</td> <td>:</td> </tr> </table>		UUR:	Ademhaling:	Hartslag:	Bloeddruk:	Glasgow Coma:	O ₂ Sat:	:	:	<u> </u> u	_____/min.	_____/min.	____/____	 = ____	____%	:	:	<u> </u> u	_____/min.	_____/min.	____/____	 = ____	____%	:	:	<u> </u> u	_____/min.	_____/min.	____/____	 = ____	____%	:	:																																
UUR:	Ademhaling:	Hartslag:	Bloeddruk:	Glasgow Coma:	O ₂ Sat:	:	:																																																										
<u> </u> u	_____/min.	_____/min.	____/____	 = ____	____%	:	:																																																										
<u> </u> u	_____/min.	_____/min.	____/____	 = ____	____%	:	:																																																										
<u> </u> u	_____/min.	_____/min.	____/____	 = ____	____%	:	:																																																										
OUT: <u> </u> u <u> </u>																																																																	
AFVOER 1 <input type="checkbox"/>  Terug naar manifestatie 2 <input type="checkbox"/>  Naar huis met eigen vervoer 3 <input type="checkbox"/>  Naar MHP (Medische hulppost)																																																																	
4 <input type="checkbox"/>  Naar arts of ziekenhuis met eigen vervoer 5 <input type="checkbox"/>  Naar ziekenhuis met ziekenwagen 105/100* Ziekenwagen: _____ Begeleid door: vpk/arts/MUG* Ziekenhuis: _____ Ritnummer: _____																																																																	
*schrappen wat niet past																																																																	


wtt = OUT | geel = ziekenwagen/ziekenhuis

Deze fiche is vertrouwelijk en voorbehouden aan Rode Kruis Vlaanderen. De inhoud is beschermd door het medisch beroepsgeheim (art. 458 Belg. Strafwetboek).

Versie 7

Figuur 4: Medische gegevensregistratie Rode Kruis Vlaanderen

Voor het Vlaamse Kruis bestonden er historisch twee aparte registratieformulieren (Horions, 2018). Enerzijds een uitgebreid formulier voor meer ernstige pathologie, waarin dezelfde vier elementen (aankomst, identificatie, behandeling, ontslag) uitgebreid beschreven kunnen worden (figuur 5). Anderzijds voor mineure verzorgingen een apart formulier, dat de identiteit van patiënt en hulpverlener, diagnose en behandeling, aankomst en ontslag en een triagecode bevat, maar eerder beperkte plaats heeft voor uitgebreide beschrijvingen en onder andere geen ruimte laat voor het noteren van parameters (figuur 6). Hoewel dit onderscheid gemaakt wordt, zijn er een aantal basiselementen gemeenschappelijk: tijdstippen (IN/OUT), identiteit patiënt en zorgverlener, diagnose en urgentiecategorie (T1-2-3). Voor de kleinere organisaties voor medische hulpverlening, die in recente jaren aan meer op het terrein verschijnen, zijn de gebruikte registratieformulieren niet opgevraagd: we vermoeden (maar kunnen dus niet staven) dat hier een zekere heterogeniteit qua concrete invulling bestaat maar dat dezelfde basiselementen aanwezig zijn.

Het Vlaamse Kruis vzw 

Patiëntenfiche

<input type="checkbox"/> Wonde	<input type="checkbox"/> Trauma Beweg	<input type="checkbox"/> Ander	<input type="checkbox"/> BAC	<input type="checkbox"/> Intox	<input type="checkbox"/> Inwendige Spijsv.	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Bijzonder	<input type="checkbox"/> U1	<input type="checkbox"/> U2	<input type="checkbox"/> U3	<input type="checkbox"/> U0
--------------------------------	--	--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Datum: ____ / ____ / ____ Ur: ____ : ____ Dienst: _____

Naam: _____ Voornaam: _____

Straat: _____ Nr: _____ Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____ Land: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____ Leeftijd: _____ Man Vrouw Kind

Te contacteren: _____

Hulpverleners: _____ Verpleegkundige / Arts: _____

Anamnese

Parameters										GCS (Glasgow Coma Scale)	
uur	Pols	BD	Sat	Glyc	LI = RE	Temp	WAPA	GCS			
							W A P A	/15		oculair	
							W A P A	/15		4 spontaan	
							W A P A	/15		3 op aanspreken	
							W A P A	/15		2 op pijn	
							W A P A	/15		1 geen reactie	
							W A P A	/15		verbaal	
							W A P A	/15		5 behoorlijk	
							W A P A	/15		4 verward	
							W A P A	/15		3 onsamenhangend	
							W A P A	/15		2 onverstaanbaar	
							W A P A	/15		1 geen reactie	
							W A P A	/15		motorisch	
							W A P A	/15		6 voert bevelen uit	
							W A P A	/15		5 gericht	
							W A P A	/15		4 weert af	
							W A P A	/15		3 bulgreactie	
							W A P A	/15		2 strekreactie	
							W A P A	/15		1 geen reactie	

Behandeling

Hulppost verlaten	Vervoer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Naar Ziekenhuis: _____	ZWNR HWK: _____
Datum: ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> ZW HWK	<input type="checkbox"/> ZW HC 100	Bijstand MUG: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ur: _____	MUG naam: _____		

Wit exemplaar: ziekenhuis Rode exemplaar: dienstblad Geel exemplaar: RGT

Figuur 5: Uitgebreide, medische gegevensregistratie Vlaamse Kruis

Het Vlaamse Kruis vzw
BASISVERZORGING

Tijdstippen: in: [] uit: [] U3 U2 U1

Voornaam: [] M V

Achternaam: []

Diagnose: []

Trauma: wonde / beweging / andere
Inwendige: BAC / spijs / intoxic / hoofdpijn / andere
Bijzonder: ja / nee

Materiaal: []

Hulpverlener: []

Opmerking: []

Figuur 6: Basisverzorging medische gegevensregistratie Vlaamse Kruis

De wet van 22/08/2002 (Belgisch Staatsblad, 2002) heeft het niet over concrete elementen van een patiëntendossier, enkel over de nood aan zorgvuldigheid en veilige bewaring (art 9§1). In de wet van 22/04/2019 (Belgisch Staatsblad, 2019) inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg wordt de inhoud van een medisch dossier wel in detail beschreven. Deze wet is van toepassing op de beroepsbeoefenaars van gezondheidszorg (art 2,2°) die, zoals hierboven reeds vermeld werd, omschreven zijn in de wet van 10/05/2015 (Belgisch Staatsblad, 2015) betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Op het massa-evenement vallen zowel artsen, verpleegkundigen als hulpverleners-ambulanciers onder deze wet. De rol van hulpverlener op een evenement wordt niet als dusdanig beschreven, en is dus met andere woorden niet gedefinieerd als gezondheidsberoep. Echter, wanneer deze hulpverlener zorg levert, is er de impliciete eis om aan de verplichting van een zorgvuldig dossier te voldoen, zoals reeds hierboven besproken.

De inhoud omschreven in de wet van 22/04/2019 (Belgisch Staatsblad, 2019) is vrij uitgebreid en omvat onder andere het vermelden van de huisarts van patiënt, identificatie van de patiënt inclusief e-mailadressen en Identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ)-nummer,... (art 33): men kan zich de vraag stellen of deze eisen, die duidelijk betrekking hebben op een dossier in een geheel van behandeling door een arts, wel van toepassing zijn in de concrete context van een evenement. Anderzijds is de verplichting een zekere vorm van dossier zorgvuldig bij te houden ontegensprekelijk aanwezig.

Een concreet advies over de inhoud van een event-dossier, waarvoor we ook hier Dr. Haenen kunnen danken, zou kunnen bestaan uit dezelfde elementen die hierboven reeds vermeld werden bij de kruisverenigingen:

- De identificatie van de patiënt
- De identificatie van de hulpverlener.
- De tekenen die men ziet.
- De handelingen die men verricht, waarin eventueel een onderscheid gemaakt kan worden naar welke handelingen door wie uitgevoerd mogen worden: bijvoorbeeld (bv) een apart luik 'arts' of 'verpleegkundige'.
- Diagnose en therapie indien van toepassing, vermoedelijk binnen een luik 'arts' of 'verpleegkundige bijzondere beroepstitel'. Triage-codering zou hier ook onder kunnen vallen. Het stellen van een diagnose is immers een handeling voorbehouden aan artsen (wet van 10/05/2015, art 3§1) en niet van toepassing voor de hulpverlener op een evenement. Dezelfde wet voorziet dat de verpleegkundige kan bijdragen aan de medische diagnose door de arts (art 46§1). Het is dus duidelijk dat als er ruimte wordt voorzien voor het invullen van een diagnose, dat deze enkel door bevoegde personen ingevuld mag worden.

De wet van 10/05/2015 (Belgisch Staatsblad, 2015) betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen stelt duidelijk dat het, zelfs kostenloos, aanbieden van geneesmiddelen onder de artsenijbereidkunde valt (art 5/1,1°). Een uitzondering is onder andere voorzien voor terhandstelling van geneesmiddelen door een arts in dringende gevallen (art 6 §2, 1°). Het vrij ter beschikking stellen van medicatie, tenzij door een arts of apotheker, is dus niet wettelijk toegestaan.

De wet van 11/06/2023 (Belgisch Staatsblad, 2023) tot wijziging van artikel 124,1° van de wet van 10/05/2015 voorziet in het concept van de ‘bekwame helper’, een persoon die in het kader van een vrijwilligersactiviteit buiten een zorgvoorziening een patiënt verzorgt. Deze ‘bekwame helper’ kan toelating krijgen via een arts of verpleegkundige om bepaalde technische verstrekkingen, zoals het toedienen van medicatie, uit te voeren. Er worden aan deze inzet van vrijwilligers echter strenge eisen gesteld: er dient een document met identiteit van de patiënt en de toegelaten vrijwilliger en beschrijving van de toegelaten handelingen opgesteld te worden, en ook een schriftelijke toestemming van de patiënt is vereist. Deze nood aan uitgebreide schriftelijke documentatie alsook uitgebreide instructie door arts of verpleegkundige lijken niet compatibel met een vlotte en vrije bedeling van geneesmiddelen door hulpverleners op een ‘fast track’: ze zouden immers voor elke afzonderlijke patiënt een arts of verpleegkundige moeten aanspreken. De wetgever voorziet aanvullend via het Koninklijk Besluit (KB) over de Activiteiten van het Dagelijks Leven dat bepaalde eenvoudige verpleegkundige handelingen, zoals het toedienen van paracetamol of meten van temperatuur, niet door bekwame helpers of verpleegkundigen moeten uitgevoerd worden. Deze wetgeving is echter enkel van toepassing op hulp geboden aan een persoon die deze handeling niet zelf kan uitvoeren als gevolg van zijn jonge leeftijd of een fysieke of psychologische beperking (KB van 29/02/2024 bepalende de lijst van activiteiten die tot het dagelijkse leven behoren (Belgisch Staatsblad, 2024)). Het lijkt dus dat het concept van de ‘bekwame helper’ niet gebruikt kan worden om de hulpverlener op evenementen toe te staan medicatie toe te dienen aan patiënten.

De wet voorziet in het bestaan van een urgentietrouse: de trousse van de voorschrijver die geneesmiddelen voor menselijk gebruik bevat bestemd om, bij dringende noodzaak, onmiddellijk toegediend te worden door de voorschrijver aan zijn patiënt, zoals beschreven in het KB van 21/01/2009 (Belgisch Staatsblad, 2009) houdende onderrichtingen voor de apothekers (art 1,16°). De apotheker mag hiervoor geneesmiddelen, inclusief verdovende middelen, afleveren indien ze op specifieke wijze zijn voorgeschreven (art 20). Een dergelijke urgentietrouse is courant aanwezig bij de medische diensten op het festivalterrein, naar analogie met de uitrusting van een MUG, om op het terrein ter plaatse medische verzorging te bieden aan slachtoffers die niet getransporteerd kunnen worden naar de hulppost.

Dit concept staat in contrast met de in de wet van 10/05/2015 (Belgisch Staatsblad, 2015) omschreven depot (art 20), waarbij een depot aan geneesmiddelen bijgehouden wordt, die enkel verstrekt mogen worden in kader van een medische akte. Het depot is gelijkgesteld aan een niet voor het publiek niet toegankelijke apotheek en is gebonden aan specifieke regels. In het voorbeeld van het festival Graspop Metal Meeting zijn er wel voorraden geneesmiddelen aanwezig, zoals een zekere reserve aan infuusvloeistoffen en perorale pijnstilling, voorzien door het Rode Kruis, maar zonder de expliciete controle door een apotheker ter plaatse. Men kan discussiëren of deze voorraden onder het begrip urgentietrouse vallen, dan wel als een depot beschouwd moeten worden. Men voelt aan dat er een wezenlijk verschil is tussen het behandelen van pijn door een arts met door die arts verstrekte paracetamol (die indien enkel voorgeschreven door de omstandigheden op een festival niet eenvoudig afgehaald zou kunnen worden) en het vrij beschikbaar maken van paracetamol aan het bredere publiek: het eerste kan

in de geest van de urgentietrouse geïnterpreteerd worden, maar bij het tweede kan men zich de vraag stellen of de voorraad medicatie die hiervoor nodig is niet onder het begrip geneesmiddelendepot valt. Dit zet de deur open naar de vraag of het dan niet noodzakelijk zou worden een apotheker te betrekken voor toezicht en bedeling van medicatie. Dit zou ons leiden naar de wetgeving rond uitoefening van de artseneijbereidkunde en de vele richtlijnen rond onder andere opslag, distributie en verstrekking van geneesmiddelen: een nazicht naar de haalbaarheid van dit concept valt buiten het bereik van dit eindwerk maar het wordt voor zover de auteurs weten voorlopig nog niet toegepast in de geanalyseerde Vlaamse festivals.

5 Gegevensanalyse

Er werden van vier grote Vlaamse festivals gegevens opgevraagd van de verzorgingen op de festival-hulppost voor de jaren 2022 en 2023. Data werd bekomen voor Graspop Metal Meeting (GMM), Rock Werchter (RW), Tomorrowland (TML) en een vierde festival van gelijke grootte, dat we hierna “Festival 4” noemen.

De data werden via de respectievelijke kruisverenigingen/hulpverleningsorganisaties bekomen in geanonimiseerde vorm en door beide auteurs geanalyseerd. De data voor Festival 4 waren enkel beschikbaar voor het jaar 2023, en bleken minder gedetailleerd dan de andere data. Na het bekomen van deze data werden we gecontacteerd door de vertegenwoordiger van de betrokken kruisvereniging met de vraag om ook aan de organisator uitdrukkelijk toestemming te vragen om de gegevens te gebruiken in wetenschappelijk onderzoek. Deze vraag werd negatief beantwoord en er werd ons verzocht elke verwijzing naar het festival te verwijderen of de data niet te gebruiken. Er werd dan ook geopteerd de data, die relevant zijn in onze analyse, te behouden maar het festival in kwestie niet bij naam te vermelden. Het volstaat te weten dat het gaat over een klassiek meerdaags zomerfestival met meer dan 60.000 festivalgangers per dag.

De analyse werd uitgevoerd met als doel de proportie aan ‘eenvoudige verzorging’, ofwel diagnoses die mogelijk in aanmerking komen voor een verzorging via het 'fast track' principe, in te schatten. We wilden de courante pathologie op de grote Vlaamse festivals in beeld brengen, met als hypothese dat een belangrijk deel van de patiënten zich voor ‘eenvoudige verzorging’ presenteert. Bovendien was het de bedoeling een idee te krijgen welke de frequente aanmeldingsklachten waren binnen deze categorie. Door dit in beeld te brengen kon het aanbod aan maatregelen voor ‘eenvoudige verzorging’ dat (cfr. infra) werd voorgelegd aan het Delphi-panel gebaseerd worden op een representatieve doorsnede van de courante pathologie op een groot festival.

Een belangrijke kanttekening om te maken is dat triage, classificatie van aanmeldingsklacht en diagnose/pathologie sterk verschillen tussen de verschillende festivals, met een heterogeniteit in terminologie. Dit reflecteert vermoedelijk de verschillen in werking, registratieformulier en triage van de verschillende hulpverleningsorganisaties. Er werd getracht de categorieën van pathologie zo mogelijk overeen te laten stemmen in de gegevensanalyse, in onderling overleg tussen beide auteurs. Zo werden de klachten ‘verstuiking’, ‘breuk’, ‘gewrichtspijn’ en ‘ontwrichting’ allen ondergebracht in de categorie ‘breuk/kneuzing’, dit om de data overzichtelijk te maken.

Wat betreft 'fast track' zijn er voor Festival 4 rechtstreeks data beschikbaar: van de 5300 patiëntencontacten werden 1225 patiënten (23,11%) in de 'fast track' geholpen. Op RW is ook een 'fast track' aanwezig: in 2022 en 2023 werd in totaal 16% van alle patiënten (met als registratie ‘geen verzorging’) hiernaar verwezen. In deze ‘fast track’ waren volgens het operatieorder van 2023 pleisters, zonnecrème, maandverband en 500 mg paracetamol (eenmalig, voor behandeling hoofdpijn) beschikbaar. Voor Festival 4 is er geen paracetamol op de ‘fast track’: hiervoor wordt een contact met arts of verpleegkundige gevraagd.

De verdeling in triage-categoriën varieert, waarbij T1-patiënten tussen 0.3 en 2.6% van het totaal uitmaakten, T2 2.1 tot 8.59% van het totaal en T3 de grootste proportie, namelijk 72.04 tot 95%. Voor RW en GMM bestaat ook de categorie ‘geen verzorging’, die 4.1 tot 18.86% van het totale aantal contacten uitmaakt. Zoals hierboven vermeld werd slaat deze categorie voor RW op het verwijzen van de patiënt naar de 'fast track'. Op GMM is geen formele ‘fast track’ en is het onduidelijk welke exacte categorie patiënten onder ‘geen verzorging’ viel. Van alle patiënten moest 0.84% tot 1.7% door een ziekenwagen naar een erkende spoedgevallendienst gebracht worden.

Data omtrent de tijd die patiënten doorbrachten in de hulppost waren enkel betrouwbaar te achterhalen in de datasets van RW, GMM 2022 en TML 2023 (tabel 1). De data omtrent tijd waren voor Festival 4 niet beschikbaar en voor TML 2022 niet interpreteerbaar, gezien de geregistreerde tijd vooral administratief bepaald werd voor TML in 2022 (ten gevolge van informaticaproblemen) en samenhang met afwerken van het dossier, niet met exact verblijf van de fysieke patiënt in de hulppost (in tegenstelling tot de tijden beschikbaar voor RW, GMM 2023 en TML 2022). De data tonen dat de verblijftijd gelinkt is aan de triagecategorie, waarbij T1-patiënten gemiddeld 63 tot 111 minuten in de hulppost verbleven, in vergelijking met gemiddeld 8 tot 26 minuten voor T3-patiënten. Dit reflecteert de toegenomen ernst van de pathologie in de categorie T1, en de nood aan complexere zorgen. Het is eveneens de verklaring waarom T1-patiënten ondanks hun relatief kleine percentage van het totaal een belangrijke belasting vormen van de hulppost en de aanwezige hulpverleners, waarbij de aandacht van de aanwezige artsen en verpleegkundigen vooral naar deze slachtoffers gaat. De ervaring van de auteurs leert dat tijdens de opvang van een T1-patiënt de wachttijden voor T2 en vooral T3-patiënten stijgen: dit is logisch en strookt met de principes van triage, maar kan ook een hogere belasting van de hulppost betekenen. Hoewel in theorie een groot aantal T3-patiënten zonder tussenkomst van arts of verpleegkundige afgewerkt kunnen worden, is het de ervaring van de auteurs dat de arts of verpleegkundige vaak om advies gevraagd wordt, bijvoorbeeld bij het nazicht van een insectenbeet om te bekijken of deze al dan niet gecompliceerd is met een huidinfectie. Dit zou kunnen verklaren waarom de T3-patiënten bij momenten langer moeten wachten wanneer de beschikbare artsen en/of verpleegkundigen bezig zijn met een opvang van een kritieke T1-patiënt.

Tabel 1: Gegevensanalyse aantal contacten en verblijftijden T3 (NB: Niet beschikbaar)

	Festival 4 '23	GMM '23	GMM '22	TML '23 weekend 1	TML '22	RW '23	RW '22
Aantal contacten hulpposten	5300	3690	3724	4223	15517	5132	5566
Aantal T3	95%	91,19%	93,40%	92,60%	93,39%	72,04%	77,85%
Aantal T3 camping	NB	41,38%	47,15%	40,11%	46,07%	24,47%	21,16%
Aantal T3 festival	NB	49,81%	46,29%	52,52%	47,32%	47,56%	56,68%
Gemiddelde tijd T3 in hulppost	0:12	NB	0:25	0:26	NB	0:16	0:19
- Festival	0:16	NB	NB	00:22	NB	0:18	0:16
- Camping	0:08	NB	NB	00:31	NB	0:16	0:26

Data omtrent de locatie van de hulpposten (festivalterrein versus camping) waren beschikbaar voor GMM: 54,6% van de T3-patiënten werd op de hulppost aan het hoofdpodium verzorgd versus 45,4% op de hulppost gelegen aan de camping. Voor dit festival, in de geanalyseerde jaren, lijkt er geen noemenswaardig verschil in proportie T3-patiënten naargelang de ligging van de hulppost en dus ook geen hogere nood aan eenvoudige verzorging op de ene of de andere locatie. De data van TML zijn gelijkaardig, met een gelijke verdeling T3-patiënten tussen camping en festivalterrein. Tenslotte merken we op dat in de RW-data een derde van de T3-patiënten op de camping gezien zijn, en twee derde op het festivalterrein. Dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat er op RW drie grote hulpposten zijn op het festival, en slechts een op de camping, wat invloed kan hebben op de verdeling van patiëntencontacten. Met dit in het achterhoofd zijn er geen argumenten dat de hulpposten op festival of camping een significant verschillend percentage aan T3-patiënten behandelen.

Een tabel met de meest courante klachten is hieronder beschikbaar (tabel 2). Zoals reeds hoger werd vermeld kwamen beide auteurs overeen bepaalde categorieën samen te voegen, bijvoorbeeld waar zij verschilden tussen festivals, om berekeningen overheen de volledige dataset mogelijk te maken en het overzicht te behouden.

Een nazicht van de aanmeldingsklachten die in aanmerking komen voor eenvoudige verzorging leert onder andere dat 1,6% van de aanmeldingen gelinkt was aan menstruatie, 1,4% aan zonnebrand, 6,9% aan een insectenbeet en maar liefst 13,2% aan blaren. Alleen al deze klachten samen vormen een vierde deel van de totale aanmeldingen op de hulpposten in onze dataset en dus een belangrijke proportie van de werklast.

Tabel 2: Gegevensanalyse aanmeldingsklachten op vier Vlaamse festivals

	Festival 4 '23	GMM '23	GMM '22	TML '23 weekend 1	TML '22	RW '23	RW '22
Eigen medicatie	NB	36	26	12	NB	6	15
Spierpijn	NB	158	127	104	371	151	116
Breuk/kneuzing	NB	399	358	441	1429	240	194
Verstuiking enkel	4%	165	130	NB	NB	242	234
Rugpijn	NB	83	65	80	350	179	109
Bewegingsstelsel	9%	NB	NB	NB	NB	NB	NB
Insectenbeet	5%	148	117	67	529	365	456
Wespensteek	NB	NB	NB	NB	1033	NB	NB
Hoofdpijn	7%	189	125	262	1235	304	368
Syncope/ flauwte	5%	92	143	28	140	146	187
Epilepsie	NB	2	3	NB	NB	2	8
Hartklachten	1%	18	14	29	18	12	14
Ademhaling	NB	26	27	41	52	16	24
Alcohol intoxicatie	2%	24	24	97	NB	65	59
Drugs intoxicatie	1%	5	5	133	NB	11	14
Intoxicatie	1%	32	18	230	500	61	24
Hyperventilatie	1%	9	25	14	26	13	23
Andere	12%	421	360	NB	NB	794	898
Diabetes	NB	15	9	5	NB	8	16
Oogletsel	2%	129	181	92	315	126	236
Allergie	1%	91	71	45	489	96	135
Hooikoorts	NB	32	24	NB	NB	22	18
Neusbloeding	NB	36	28	9	NB	9	34
Huidwonde	23%	465	478	NB	1710	NB	NB
Snijwonde	1%	109	95	119	NB	158	136
Schaafwonde	NB	98	164	190	NB	147	160
Brandwonde	5%	112	165	70	396	174	175
Zonnebrand	NB	48	118	7	117	89	167
Blaren	NB	474	590	495	2195	565	686
Lokale reactie	2%	NB	NB	NB	NB	NB	NB
Maag/darm	7%	118	110	238	604	213	209
Diarree	NB	52	49	70	198	64	53
Keelpijn	2%	40	48	147	492	51	52
Menstruatie	NB	12	7	32	33	187	123
Tandpijn	NB	15	8	9	57	15	11
LEEG	6%	NB	NB	NB	1456	NB	NB

Presentaties in kader van spierpijn (2.7%), rugpijn (2.3%), hoofdpijn (6.6%), keelpijn (2.2%) en tandpijn (0.3%) vormen nog eens een zevende van de totale aanmeldingen. Hierbij vermoeden we dat zeker een deel van deze patiënten, indien ze thuis waren, zichzelf behandeld zouden hebben met vrij verkrijgbare medicatie zoals paracetamol. Het aanbieden van deze medicatie in de 'fast track' zou zeker een invloed kunnen hebben op de belasting die deze groep patiënten vormt op de hulppost, zeker gezien zij zich (in de ervaring van de auteurs) vaak voornamelijk presenteren met vraag naar pijnmedicatie. Anderzijds laten de cijfers niet toe te onderzoeken welke proportie van deze patiënten met pijn slechts minimale verzorging nodig hadden en welke toch als T1 of T2 beschouwd werden. Er werd nagedacht over de mogelijkheid om de verbanden tussen triage-categorie en klacht aan te tonen: dit kon echter enkel voor de data voor TML (omdat enkel daarvoor zowel triage-categorie als geregistreerde klacht beschikbaar waren), en we besloten deze bijkomende analyse niet uit te voeren door tijdsgebrek.

Een belangrijke kanttekening bij deze data is dan ook dat de registratie-diagnose niet alles zegt: zo kan een patiënt met een insectenbeet ook een hierdoor ontstane huidinfectie hebben en meer zorgen nodig hebben in de hulppost, of een patiënt met rugpijn een wervelfractuur door trauma opgelopen hebben. Bovendien is, zoals reeds hierboven vermeld werd, een samensmelting van de verschillende categorieën gemaakt door beide auteurs: niet elke diagnose werd op elk evenement gebruikt en de percentages zijn dan ook in functie hiervan berekend. Zo is er voor Festival 4 geen vermelding van het aantal presentaties voor bijvoorbeeld spierpijn, hoewel er wel een categorie 'bewegingsstelsel' is (9% van de patiënten). Hieronder valt dus zowel de patiënt met spierpijn als deze met een botbreuk, wat maakt dat de hierboven berekende percentages niet steeds de volledige data van alle festivals gebruiken.

Een andere beperking van de data is dat ze sterk afhankelijk zijn van een correcte registratie van diagnose: merk bijvoorbeeld op dat de diagnose 'andere' bij 13.3% van de aanmeldingen geregistreerd werd. Hierin zit mogelijk ook een deel patiënten die behandeld werden op of in aanmerking komen voor 'fast track'. Er is dus in bovenstaande percentages zowel een risico op over- als op onderschatting van het aandeel patiënten dat geholpen zou kunnen worden met eenvoudige verzorging in een 'fast track', eigen aan de beperkingen van onze data-analyse.

De problematiek van correcte registratie en dus betrouwbaarheid van de data is ook op andere gebieden voelbaar: zo konden de data rond verblijftijd in de hulppost voor TML niet betrouwbaar achterhaald worden, zoals hierboven reeds vermeld. Ook in de data van van andere festivals was de registratie niet perfect: zo werd er in de data van een bepaalde dag op een bepaalde hulppost in RW voor het merendeel van de patiënten geen 'out' uur geregistreerd, wat maakt dat de verblijftijden van deze groep niet berekend konden worden. Men kan zich afvragen of de huidige aanpak van registratie een evaluatie verdient, om de nauwkeurigheid te verhogen en meer gedetailleerde analyse in de toekomst toe te laten.

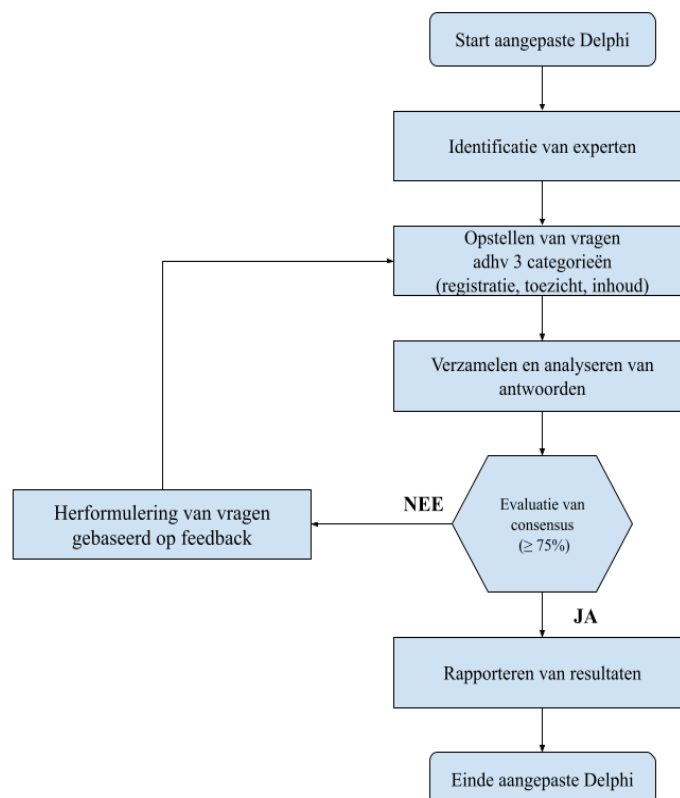
Anderzijds lijken de data wel te illustreren dat er wat betreft werkbelasting, zowel in aantallen als in totale verblijfsduur per patiënt, mogelijk winst te boeken valt door een aparte aanpak voor de significante proportie aan eenvoudige verzorgingen uit het totaal aantal presentaties op de festivalhulppost. Van de 43.152 geanalyseerde patiëntencontacten werd reeds 6.7% van alle patiënten effectief geholpen in een 'fast track', en kwam 37.2% van de geregistreerde klachten mogelijk in aanmerking voor een behandeling via 'fast track'.

6 Aangepaste Delphi-studie

Met het oog op concrete aanbevelingen te formuleren met betrekking tot het gebruik van doe-het-zelf zorgverlening op massa-evenementen om de medische hulpverlening te optimaliseren, wordt een aangepaste Delphi-studie uitgevoerd. Niet alle criteria van de 'Conducting and Reporting Delphi-studies' (CREDES) werden strikt gevolgd, zoals beschreven door Jünger et al., 2017, waardoor het een aangepaste Delphi-studie wordt genoemd. De keuze voor de Delphi-techniek is ingegeven door de complexiteit van het onderwerp, waarbij traditionele prospectieve methoden tekortschieten. Deze methode, die al geruime tijd wordt toegepast in de gezondheidszorg en geneeskunde (Fink et al., 1984), wordt als geschikt geacht voor het opstellen van concrete aanbevelingen met betrekking tot 'fast track' op massa-evenementen. Dit komt doordat de Delphi-techniek een oplossing biedt voor problemen die niet objectief meetbaar zijn, maar afhankelijk zijn van individuele percepties. De onderwerpen waarover men een uitspraak wil, worden langs subjectieve wijze verkregen, hierbij wordt getracht om via een groep individuen consensus te verkrijgen via een stapsgewijze bevraging (Van Doorn & Van Vught, 1978).

6.1 Methodologie

Deze Delphi techniek omvat de selectie van geschikte experts, het ontwikkelen van gepaste vragenlijsten en de analyse van de antwoorden via meer dan één ronde (figuur 7) (Alaloul et al., 2016).



Figuur 7: Stroomdiagram aangepaste Delphi-studie

Er werd een panel van experts samengesteld vanuit verschillende kanten van medische hulpverlening op massa-evenementen. Hierbij werd niet enkel gekeken naar de puur medische equipe, maar ook personen met expertise in de organisatorische aanpak. Met als doel om een selecte groep van experts te creëren met ervaringen vanuit verschillende hoeken op dit vakgebied. Het is belangrijk dat dit anoniem gebeurt, zodat iedereen vrij zijn mening kan uiten zonder rekening te houden met hiërarchische structuren. De optimale grootte van een expertpanel voor een Delphi-studie varieert sterk en hangt af van verschillende factoren, zoals de homogeniteit van de achtergrond van de experts en de complexiteit van het onderwerp (McPherson et al., 2018). Het aantal kan variëren van slechts 10 tot meer dan 1.000 experts. Er is geen vast aantal experts dat als 'beste' wordt beschouwd voor een Delphi-studie en de beslissing over de panelgrootte is vaak empirisch en pragmatisch, rekening houdend met factoren zoals tijd en kosten. Over het algemeen suggereren onderzoekers dat 10 tot 15 experts voldoende kunnen zijn (Hasson & Keeney, 2011). In deze studie werden 13 experts geselecteerd en deze stemden allen in voor deelname. Er kan beschouwd worden dat hun achtergrond homogeen is, namelijk allen ervaring op massa-evenementen in Vlaanderen waarvan een deel experts gelinkt zijn aan de festivals van de gegevensanalyse maar enkelen ook als onafhankelijke functionarissen. In tabel 3 worden de namen van de experts die deelnamen aan de Delphi-studie weergegeven, hierbij wordt ook hun functie in een massa-evenement vermeld, wat bovendien de reden is van hun selectie als expert voor de studie. Experts konden in de bevraging aanduiden of ze hun naam en functie al dan niet gepubliceerd wilden zien: van de experts die niet bij naam genoemd willen worden beschrijven we in tabel 3 de functie.

Tabel 3: Naam en functie van deelnemende experts

Naam	Functie in een massa-evenement
Gerdy Vervloesem	Hulppostverantwoordelijke RW
Bruno Raeymaekers	Urgentieverpleegkundige, coördinator medische post TML en middelgrote preventiees in regio Gent
Pieter Jan Van Asbroeck	Urgentiearts, Medisch coördinator Pukkelpop
Tom Joris	Urgentieverpleegkundige, hulppostverantwoordelijke RW
Geert Vermeersch	Orthopedist, Vliegende arts RW
(deze persoon bleef liever anoniem)	Urgentieverpleegkundige, hulppostverantwoordelijke Vlaams festival
(deze persoon bleef liever anoniem)	Hulppostverantwoordelijke Vlaams festival
(deze persoon bleef liever anoniem)	Hulppostverantwoordelijke Vlaams festival
Bram Vanwijnsberghe	Urgentiearts, arts van verschillende middelgrote-grote festivals
Matthias Mergeay	Anesthesist-Intensivist, Medisch coördinator GMM
(deze persoon bleef liever anoniem)	Urgentieverpleegkundige en medische coördinatie Vlaams Festival
Roy Somers	Urgentiearts, Medisch coördinator Tomorrowland

De vragenlijsten werden opgesteld via 'Google Forms' en konden via een link per mail uitgestuurd worden. Zo waren de experts vrij om antwoord te geven op de gestelde vragen en op deze manier anoniem hun perspectieven en expertise te delen.

Er werd op voorhand gedefinieerd dat er maximaal twee rondes zullen uitgevoerd worden. Waarbij de vragen van de eerste ronde gebaseerd zijn op de reeds uitgevoerde literatuurstudie, minimale wettelijke vereisten, de gegevensanalyse van vier grote Vlaamse festivals alsook de ervaring van de promotor, copromotor en beide auteurs. Belangrijk op te merken is dat er geen pilootstudie werd uitgevoerd om de geschiktheid en begrijpbaarheid van de vragen te testen, om dit te behelpen werd er na elke vraag feedback gevraagd omtrent de betreffende vraag. Aan de hand van de opmerkingen en antwoorden konden de vragen geëvalueerd worden en zo nodig in de tweede ronde geherformuleerd worden met als doel een duidelijke vraagstelling te formuleren en op deze manier ook de expertise van de experts te kunnen includeren in de tweede ronde. De vragen van de tweede ronde vloeiden op deze manier rechtstreeks uit de antwoorden en feedback vanuit de eerste ronde.

De vragenlijsten bestaan uit drie categorieën, die in beide rondes aan bod komen: registratie - toezicht - inhoud. Deze categorieën werden gekozen omdat dit de kernissues omtrent 'fast track' of eenvoudige zorgen die toegediend worden op massa-evenementen bevat. Deze kernissues werden afgeleid uit de literatuurstudie, de minimale wettelijke vereisten, alsook de gegevensanalyse. Dit zijn voor de auteurs ook de onderwerpen waar de grootste variatie en onzekerheid over bestaat.

Het doel van deze aangepaste Delphi-studie is om een consensus te bereiken omtrent het gebruik van 'fast track' op massa-evenementen. Initieel werd er gedacht om gebruik te maken van de 'Cronbachs alfa' ter analyse van de antwoorden (Alaloul et al., 2016), maar deze methode richt zich voornamelijk op consistentie, met betrekking tot de mate waarin verschillende beoordelaars tot dezelfde diagnose komen en is het niet specifiek ontworpen om consensus te meten. Wanneer de 'Cronbachs alfa' voldoende positief is (dit is >0.70), wijst dit op een hoge maat van betrouwbaarheid en kan men dus niet spreken over consensus. Gezien het doel van deze studie is om een consensus te bereiken omtrent een eenvoudige verzorging op massa-evenementen, werd er dus voor beide rondes geopteerd dat er consensus bereikt wordt voor elk onderwerp dat door minstens 75 procent van de experts ondersteund wordt.

De procedure van de Delphi rondes wordt gedetailleerd beschreven in de volgende stappen.

6.2 Opstellen aangepaste Delphi-studie - Ronde 1

In de eerste ronde worden vragen geformuleerd aan de deelnemende experts, gebaseerd op de literatuurstudie, minimale wettelijke vereisten en de gegevensanalyse. Deze vragen zijn bedoeld om een inzicht te krijgen in de ervaringen, meningen en aanbevelingen van de verschillende experts met betrekking tot de verschillende aspecten van 'fast track' op massa-evenementen. De vragen worden in de drie categorieën verdeeld: registratie - toezicht - inhoud.

Als eerste wordt er gekeken naar de noodzaak tot registratie binnen 'fast track', deze omvat vragen met betrekking tot het vastleggen van informatie over patiënten die gebruik maken van de 'fast track' (tabel 4). De vragen richten zich op verschillende aspecten van registratie, zoals de noodzaak van registratie, het niveau van detail dat moet worden vastgelegd, de wettelijke vereisten voor registratie, en de acceptatie van vrijwillige registratie.

De volgende categorie is de noodzaak tot toezicht op 'fast track', deze vragen zijn gericht op het bepalen van de benodigde toezichtmaatregelen en praktijken binnen de 'fast track', evenals bij het vaststellen van richtlijnen voor operationele aspecten en patiëntveiligheid (tabel 4).

Als laatste categorie wordt de inhoud wat er tot 'fast track' kan behoren bekeken (tabel 4). Het omvat vragen met betrekking tot de specifieke inhoud en eenvoudige voorzieningen die beschikbaar moeten zijn binnen 'fast track'. Er wordt bevraagd naar beschikbaarheid van verbruiksgoederen, bedeling van zowel voorschriftplichtige als niet-voorschriftplichtige medicatie en concrete aanbevelingen voor de inhoud.

Er wordt getracht om in totaal 20 vragen op te nemen, waarvan 5 vragen voor de categorie registratie, 7 vragen voor de categorie toezicht en 8 vragen voor de categorie inhoud.

In deze ronde wordt er gestreefd naar gesloten vragen met antwoorden die zich beperken tot ja, nee of geen mening. Met uitzondering van twee vragen, waarbij in de ene vraag vier antwoordopties zijn, waarvan één vrij in te vullen is door de expert. De andere vraag heeft betrekking tot de inhoud van de 'fast track' waar er verschillende opties van eenvoudige verzorging worden aangekaart en waarbij ze verschillende opties kunnen aanduiden wanneer ze vinden dat deze tot de 'fast track' behoren. Er is hierbij ook nog een optie 'anders', waarbij de expert zelf een extra eenvoudige verzorging kan toevoegen. Als bijkomende regel wordt gevraagd waarom een bepaald item niet wordt weerhouden als eenvoudige verzorging.

Tabel 4: Aangepaste Delphi-studie - Ronde 1

Aangepaste Delphi-studie - Ronde 1

Registratie

1. Moet er een vorm van patiëntenregistratie zijn binnen een 'fast track'?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
2. Moeten de gegevens van 'fast track' patiënten even gedetailleerd geregistreerd worden als die van patiënten die in de hulppost gezien worden? *bv Patiëntendossier in Medical Triage and Registration Informatics System (MedTRIS) (Gogaert et al., 2016)*
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
3. Is het wettelijk voldoende om enkel naam, voornaam en geboortedatum te registreren?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
4. Vindt u het aanvaardbaar om enkel naam, voornaam en geboortedatum te registreren?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? Heeft u suggesties wat meer of minder geregistreerd kan worden? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
5. Is registratie op vrijwillige basis aanvaardbaar? *bv via een tablet of fysieke lijst aan de ingang van de 'fast track'*
Heeft u opmerkingen over deze vraag? Heeft u suggesties om op een andere manier vrijwillig te registreren? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*

Toezicht

6. Moet er enige vorm van toezicht zijn op de 'fast track'?
toezicht: bv security, medewerkers, hulpverleners,...
geen toezicht: tafel, automaat,...
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
7. Is het wettelijk verplicht dat er toezicht is door een medische hulpverlener?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
8. Is het voor u noodzakelijk dat er toezicht is door een medische hulpverlener?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
9. Moet er structureel een medische inschatting gemaakt worden van patiënten die zich presenteren op de 'fast track' bv dmv START-algoritme? *START-algoritme: Simple Treatment and Rapid Triage*
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? Heeft u een suggestie om een ander triage-algoritme te volgen?
Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen
10. Moet de 'fast track' altijd fysiek aangesloten zijn aan een hulppost?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
11. Moet de 'fast track' 24/7 open zijn?
Ja - Nee - Geen mening
Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*

12. Is het aangewezen om aan elke hulppost een 'fast track' te voorzien?
 Ja - Nee - Geen mening
 Zo nee, waar zou u dan een 'fast track' voorzien? Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
13. Wie kan er een 'fast track' praktisch organiseren/ uitbaten?
 Meerdere opties mogelijk
 Externe invulling bv vereniging,...- Medische antenne - Anders:....
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
14. Is het zinvol om als extra veiligheid aan de patiënten te vragen of ze onder normale omstandigheden voor deze klacht een arts zouden raadplegen? *bv dmv van poster, pop-up tablet,... Mensen die aanduiden dat ze een arts zouden raadplegen in normale omstandigheden, worden op die manier verwezen naar de hulppost.*
 Ja - Nee - Geen mening
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? Heeft u andere suggesties om de patiëntveiligheid te verhogen? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*

Inhoud

15. Is het medisch zinvol om verbruiksgoederen zoals zonnecrème, water, maandverband, aftersun,... aan te bieden, ook als deze op het festival te koop zijn?
 Ja - Nee - Geen mening
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
16. *Is het wettelijk toegestaan om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen? bv NSAID, paracetamol...*
 Ja - Nee - Geen mening
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
17. *Is het medisch toegestaan om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen? bv NSAID, paracetamol...*
 Ja - Nee - Geen mening
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
18. *Is het wettelijk toegestaan om in een 'fast track' voorschriftplichtige medicatie te bedelen? bv monuril, domperidone,...*
 Ja - Nee - Geen mening
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
19. *Is het medisch toegestaan om in een 'fast track' voorschriftplichtige medicatie te bedelen? bv monuril domperidone,...*
 Ja - Nee - Geen mening
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*
20. Wat zouden uw concrete aanbevelingen zijn voor de inhoud van een 'fast track'? *Meerdere opties zijn mogelijk.*
Als u 'anders' aanduidt, kan u meerdere opties invullen
 Zonnecrème - Water - Paracetamol - NSAID - Maandverband - Pleisters - Afkolfruijnte - Ijskast voor bewaren van eigen medicatie - Keeltabletten - zalf tegen jeuk/beten - Peroraal antihistaminicum (Cetirizine, Levocetirizine, Loratadine,...) - Antisepticum voor dermaal gebruik (bv Isobetadine, Hacidil, Flamirins...) - Niet-voorschriftplichtig middel tegen blaasontsteking (bv Uri-Cran,...) - Tekentang - Anders:....
 Indien u een item niet wil weerhouden, graag een korte toelichting waarom niet. Indien u een extra item toevoegt, graag eveneens een korte toelichting
 Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*

Invoeren van concrete aanbevelingen

21. Bent u eventueel bereid om onze concrete aanbevelingen toe te passen dit jaar op uw festival en uw gegevens van dit jaar te delen, zodat er een finetuning kan gebeuren naar komende jaren?

Ja - Nee - Wordt al toegepast

Heeft u opmerkingen over deze vraag? *Als u geen opmerkingen heeft, kan u een '/' plaatsen*

Functie

22. Wat is uw functie in een massa-evenement? *Vrij antwoord mogelijk*

23. Mogen we uw naam en functie publiceren in ons eindwerk? *Er bestaat een kans dat dit openbaar gemaakt wordt bv op de website van het postgraduaat rampenmanagement.*

Ja - Liever niet

6.3 Resultaten aangepaste Delphi-studie - Ronde 1

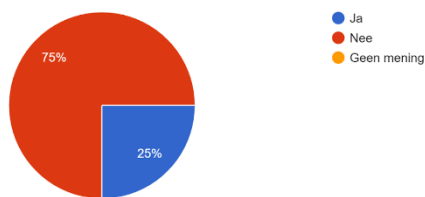
Beide auteurs analyseren de respons op de eerste ronde, waarbij 12 van de 13 bevroegde experts deelnamen. De antwoorden van de dertiende expert konden niet geïnccludeerd worden, gezien deze expert geen tijdig antwoord gaf.

De antwoorden van Ronde 1 zullen per categorie besproken worden.

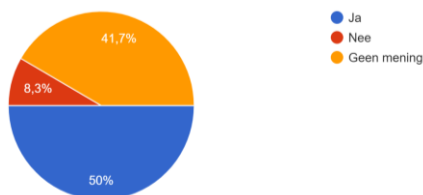
1. Registratie

Er is 100% unanimiteit betreffende de noodzaak van een vorm van registratie. Deze beslissing is primair ingegeven door de behoefte om inzicht te verkrijgen in het aantal patiënten dat een specifieke hulpvraag stelt en om eventuele discussies achteraf te voorkomen. Bij de kwestie of de gegevens even gedetailleerd moeten worden geregistreerd als bij patiënten die fysiek worden gezien in de hulppost, geeft 75% aan dat dit niet nodig is (figuur 8). Desalniettemin wordt opgemerkt dat basisgegevens noodzakelijk zijn en dat behandelingen of aandoeningen indien van toepassing ook moeten worden geregistreerd. Van de 25% die 'Ja' antwoordt, wordt voornamelijk verwezen naar het gevaar van onderschatting van het probleem door de patiënt en hoe dit op deze wijze kan leiden tot problemen in een later stadium.

Wanneer de vraag rijst of het wettelijk toereikend is om enkel de naam, voornaam en geboortedatum te registreren, uiten diverse experts herhaaldelijk dat het voor hen onduidelijk is wat de precieze wettelijke vereisten zijn op dit gebied (figuur 9). Op de vraag of dit voor de experts zelf voldoende is, antwoordt 83.3% bevestigend. Het is echter belangrijk op te merken dat binnen deze 83.3% ook wordt benadrukt dat enkele aanvullende gegevens nodig zijn, zoals bijvoorbeeld de uitgevoerde handelingen, het gebruikte materiaal, nationaliteit en geslacht. Desondanks wordt benadrukt dat de naam, voornaam en geboortedatum voldoende zijn voor traceerbaarheid.



Figuur 8: Ronde 1- Moeten de gegevens van fast track patiënten even gedetailleerd geregistreerd worden als die van patiënten die in de hulppost gezien worden?

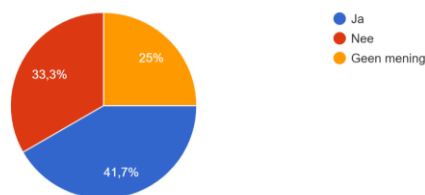


Figuur 9: Ronde 1- Is het wettelijk voldoende om enkel naam, voornaam en geboortedatum te registreren?

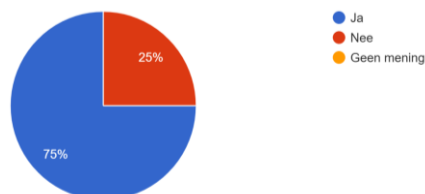
Bij de vraag of vrijwillige registratie acceptabel is, waarbij de patiënt zelf de registratie uitvoert, zijn de meningen binnen het expertenpanel verdeeld. De ene helft stemt in met 'Ja', terwijl de andere helft 'Nee' antwoordt. Het is belangrijk op te merken dat zelfs bij de experten die 'Ja' antwoorden, wordt opgemerkt dat er een onderscheid is tussen vrijwillige registratie en registratie die de patiënt zelf uitvoert. Hierbij wordt gewaarschuwd voor het risico op onjuiste of onbetrouwbare informatie, mogelijk als gevolg van factoren zoals dronkenschap of taalbarrières. Wanneer gekeken wordt naar degenen die puur 'Ja' antwoorden zonder toevoegingen, bedraagt dit 30%.

2. Toezicht

Met het oog op toezicht op de 'fast track'-procedures, is er een consensus bereikt over de noodzaak van enige vorm van supervisie. Wanneer de vraag wordt gesteld of het wettelijk verplicht is dat dit toezicht wordt uitgevoerd door een medische hulpverlener, antwoordt 41.7% 'Ja', 33.3% 'Nee' en 25% 'Geen mening' (figuur 10). Bij degenen die aangeven geen mening te hebben, wordt opgemerkt dat het voor hen onduidelijk is wat de wettelijke vereisten zijn. Bij degenen die 'Nee' zeggen, wordt aangegeven dat er wel toezicht moet zijn, maar niet noodzakelijkerwijs door een arts of verpleegkundige.



Figuur 10: Ronde 1 - Is het wettelijk verplicht dat er toezicht is door een medische hulpverlener?



Figuur 11: Ronde 1 - Is het voor u noodzakelijk dat er toezicht is door een medische hulpverlener?

Bij de vraag of het voor de expert noodzakelijk is dat toezicht door een medische hulpverlener wordt uitgevoerd, antwoordt 75% 'Ja' en 25% 'Nee' (figuur 11), waarbij de voornaamste opmerking is dat het belangrijk is dat er iemand beschikbaar is om vragen aan te stellen. Anderzijds wordt opgemerkt dat er onduidelijkheid bestaat over de definitie van een medische hulpverlener. Er wordt tevens gevraagd of er structureel een medische beoordeling moet worden gemaakt van patiënten die zich presenteren op de 'fast track', bijvoorbeeld door middel van het START-algoritme. Hierop antwoordt 58.3% 'Nee' en 33.3% 'Ja'. In de opmerkingen wordt aangegeven dat het onduidelijk is welke triage er best toegepast zou moeten worden: zelf-triage, een snelle beoordeling door een verpleegkundige tijdens de triage of toch een START-algoritme.

Op de vraag of de 'fast track' altijd fysiek moet zijn aangesloten aan een hulppost, antwoordt 66.7% 'Ja'. Degenen die 'Nee' zeggen, benadrukken echter in hun opmerkingen dat het organisatorisch gemakkelijker is wanneer deze wel aan een hulppost zijn aangesloten.

58.3% van de experts is van mening dat de 'fast track' niet 24/7 geopend hoeft te zijn. Hierbij wordt in de opmerkingen vermeld dat niet elke hulppost permanent geopend is, zoals bijvoorbeeld op festivalterreinen. Voor 58.3% van de experts wordt het echter wel aanbevolen om aan elke hulppost een 'fast track'-faciliteit te bieden. Voor 41.7% van de experts is dit niet nodig, waarbij als voornaamste opmerking geldt dat dit afhankelijk is van het type festival en dat de focus moet liggen op hulpposten die toegankelijk zijn voor het publiek en waar het publiek frequent langskomt.

Er wordt gevraagd wie het best een 'fast track' kan organiseren, waarbij verschillende opties worden voorgelegd: de organisator zelf, een externe entiteit zoals een vereniging, een medische antenne, of andere (die de experts zelf kunnen aanvullen). De experts hebben geen andere opties aangegeven. Tien experts geven aan dat de medische discipline het best de organisatie van de 'fast track' op zich kan nemen, waarbij wordt opgemerkt dat er behoefte is aan een inschatting van risico's en dat zelfs als de organisatie door een andere entiteit zou worden uitgevoerd (bijvoorbeeld een vereniging), dit nog steeds onder het medisch toezicht zou moeten plaatsvinden.

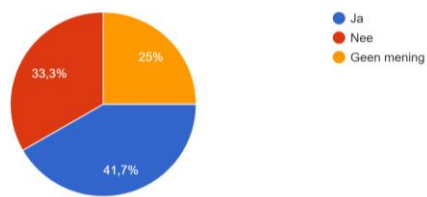
Het is zinvol om als extra veiligheidsmaatregel aan de patiënten te vragen of ze onder normale omstandigheden voor deze klacht een arts zouden raadplegen, zo zegt 75% van de experts. Ze merken op dat dit een effectief beveiligingsmechanisme is om klachten te voorkomen. Een andere suggestie om de patiëntveiligheid te verhogen is het plaatsen van een poster met een lijst van veelvoorkomende klachten/problemen die kunnen wijzen op een potentieel ernstig ziektebeeld, typisch voor massale evenementen, zoals uitdroging. Een opmerking die door een van de experts wordt gemaakt, is dat zelfinschatting op festivals moeilijk kan zijn, bijvoorbeeld door factoren zoals alcoholgebruik of het niet willen missen van een concert.

3. Inhoud

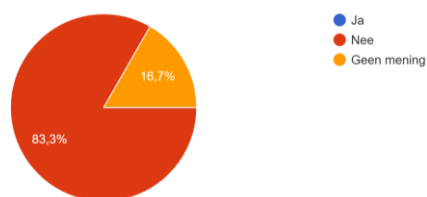
Op de vraag of het medisch zinvol is om verbruiksgoederen zoals zonnecrème, water, maandverband, aftersun, en dergelijke aan te bieden, zelfs als deze op het festival te koop zijn, antwoordt 75% van de experts bevestigend. Een opmerking hierbij is dat festivalgangers vaak over een beperkt budget beschikken.

Er wordt gevraagd of het wettelijk is toegestaan om zowel niet-voorschriftplichtige als voorschriftplichtige medicatie te verstrekken. Wat betreft niet-voorschriftplichtige medicatie zijn de meningen verdeeld, waarbij 41.7% 'Ja' antwoordt, 33.3% 'Nee' en 25% 'Geen mening' (figuur 12). Voor voorschriftplichtige medicatie zegt niemand 'Ja', 83.3% 'Nee' en 16.7% 'Geen mening' (figuur 13). De voornaamste opmerking bij 'Geen mening' is dat er onduidelijkheid bestaat over wat de wet voorschrijft. Zelfs bij degenen die 'Ja' antwoorden, is er onzekerheid of de wet dit toestaat. Wanneer dezelfde vragen worden gesteld met het oog op medische verantwoordelijkheid, zegt 66.7% 'Ja' voor het verstrekken van niet-voorschriftplichtige medicatie, 25% 'Nee' en 8.3% 'Geen mening' (figuur 14). Voor voorschriftplichtige medicatie zegt 16.7% 'Ja' en 83.3% 'Nee' (figuur 15). Bij de opmerkingen wordt aangegeven dat er dan best een volledige registratie en inschatting gemaakt moet worden, wat geen 'fast track' meer is. Bij niet-voorschriftplichtige medicatie wordt benadrukt dat er veiligheidsmaatregelen

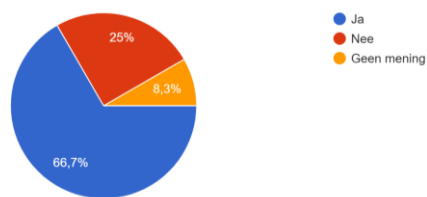
moeten worden ingebouwd, zoals het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en dat dit het best onder toezicht gebeurt.



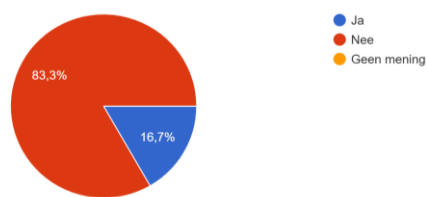
Figuur 12: Ronde 1 - Is het wettelijk toegestaan om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen?



Figuur 13: Ronde 1 - Is het wettelijk toegestaan om in een 'fast track' voorschriftplichtige medicatie te bedelen?



Figuur 14: Ronde 1 - Is het medisch verantwoord om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen?



Figuur 15: Ronde 1 - Is het medisch verantwoord om in een 'fast track' voorschriftplichtige medicatie te bedelen?

Er wordt gevraagd naar concrete aanbevelingen qua eenvoudige verzorgingen binnen 'fast track'. Hieruit zijn de volgende voorstellen beschikbaar (figuur 16):

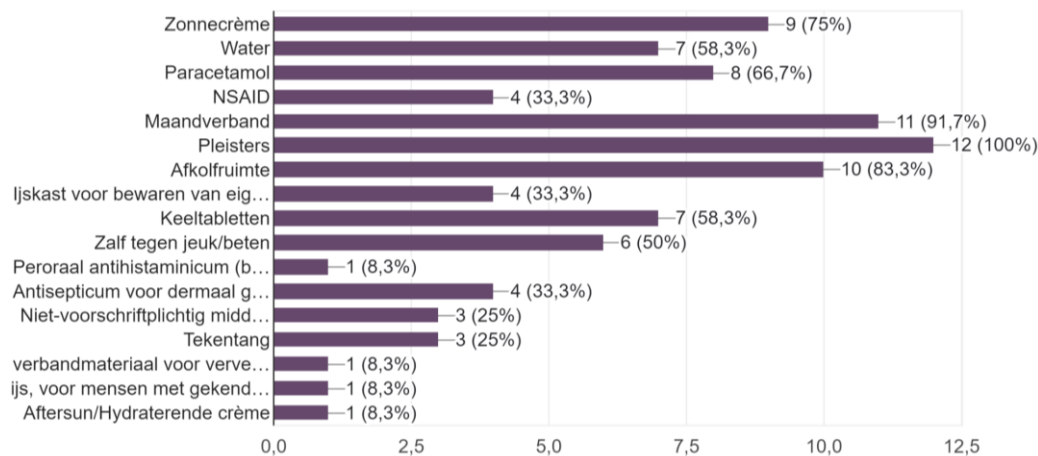
- Pleisters: 100% akkoord om te includeren in 'fast track'
- Maandverband: 91.7% akkoord om te includeren in 'fast track'
- Afkolfruimte: 83.3% akkoord om te includeren in 'fast track', met enkele opmerkingen die wijzen dat afkolven niet thuis hoort in een Eerste Hulp Bij Ongevallen (EHBO)-setting, en beter ergens op een rustige plaats kan gebeuren.
- Zonnecrème: 75% akkoord om te includeren in 'fast track', er wordt hierbij een opmerking gegeven dat dit ook beschikbaar is in de festivalshop.
- Water: 58.3% akkoord om te includeren in 'fast track', hierbij wordt opnieuw de opmerking gegeven dat dit ook beschikbaar is in de festivalshop.
- Koelkast voor bewaren van eigen medicatie: 33.3% akkoord om te includeren in 'fast track', toch wordt hierbij de opmerking gemaakt dat deze medicatie onder supervisie moet staan en dat er een overzicht zou moeten zijn welke medicatie hierin wordt bewaard.
- Tekentang: 25% akkoord om te includeren in 'fast track', met opmerking dat dit beter door hulpverleners verwijderd kan worden, gezien risico op infectie, onvolledige verwijdering van teek, noodzaak tot voorlichting van patiënt met betrekking tot de ziekte van Lyme.

Qua antwoorden op de medicatie die beschikbaar gesteld kan worden in 'fast track', wordt er overall dezelfde opmerking gemaakt als het niet weerhouden is, deze is dat er een medische inschatting nodig is vooraleer deze wordt toegediend.

- Paracetamol: 66.7% akkoord om te includeren in 'fast track'
- Keeltabletten: 58.3% akkoord om te includeren in 'fast track'
- Zalf tegen jeuk/beten: 50% akkoord om te includeren in 'fast track', hierbij wordt de opmerking gemaakt dat er wel een risico kan zijn dat dit niet louter om een insectenbeet gaan, maar ook risico heeft om een erysipelas te zijn en dat dit om die reden niet thuishoort in 'fast track'
- Niet-steroidale anti-inflammatoire medicatie (NSAID): 33.3% akkoord om te includeren in 'fast track'
- Antisepticum voor dermaal gebruik (bv Isobetadine, Hacidil, Flamirins...): 33.3% akkoord om te includeren in 'fast track', degene die niet akkoord zijn maken hierbij de opmerking dat hiervoor medische inschatting nodig is.
- Niet-voorschriftplichtig middel tegen blaasontsteking (bv Uri-Cran): 25% akkoord om te includeren in 'fast track'
- Peroraal antihistaminicum (bv Cetirizine, Levocetirizine, Loratadine,...): 8.3% akkoord om te includeren in 'fast track'

Als extra voorstellen, worden de volgende items toegevoegd door de experten:

- Verbandmateriaal voor zelfverzorging van eerdere aandoeningen.
- IJs voor bekende klachten met verwijzing naar eerdere medische behandeling.
- Aftersun/hydraterende crème.



Figuur 16: Ronde 1 - Wat zouden uw concrete aanbevelingen zijn voor inhoud van 'fast track'?

6.4 Conclusie aangepaste Delphi-studie - Ronde 1 en opstellen aangepaste Delphi-studie - Ronde 2

De vragenlijst voor de tweede ronde bevat stellingen die werden afgeleid van de resultaten van Ronde 1. De conclusie van de antwoorden op de eerste ronde wordt hieronder beschreven. Waar er voldoende consensus aanwezig is, wordt de vraag als beantwoord beschouwd. Vragen waar verdeeldheid over is of waarbij er opmerkingen gemaakt worden, worden geherformuleerd en verduidelijkt in de tweede ronde.

Tijdens de tweede ronde worden de resultaten van de eerste ronde niet gepresenteerd aan de deelnemers, maar wordt een beknopte samenvatting gegeven van de reeds bereikte consensus voor de categorie registratie en toezicht (Fink et al., 1984). Daarnaast wordt voor de categorie registratie toegelicht wat precies de wettelijke vereisten zijn, gezien in de eerste ronde is opgemerkt dat er een gebrek is aan kennis over wettelijke normen.

Ronde 2 bevat 15 vragen waarvan 2 vragen voor de categorie registratie, 8 vragen voor de categorie toezicht en 5 vragen voor de categorie inhoud. In deze ronde zullen de antwoordopties uitgebreider zijn en niet meer beperkt zijn tot 'Ja', 'Nee', 'Geen mening'. Toch zal er nog steeds de optie zijn, dat de experts in de vraag eronder opmerkingen kunnen geven om hun mening te verdedigen.

1. Registratie

Ronde 1:

Uit de verzamelde inzichten blijkt dat er een consensus wordt bereikt over de noodzaak van registratie binnen het expertenpanel. Hoewel er overeenstemming bestaat over de noodzaak van registratie, is er verdeeldheid over de mate van gedetailleerdheid. Terwijl 75% van de experts aangeeft dat basisgegevens zoals naam, voornaam en geboortedatum voldoende zijn, toch hebben ze hierbij nog toevoegingen zoals uitgevoerde handelingen en gebruikt materiaal. Uit de gegevens blijkt ook onvoldoende kennis vanuit het expertenpanel wat er exact wettelijk noodzakelijk is. Wanneer er wordt gekeken naar de minimale wettelijke vereisten, zijn er vanuit de wet geen concrete aanbevelingen wat er exact moet geregistreerd worden, maar hierbij wordt wel voorgeschreven dat de patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Hiernaast is er voor het expertenpanel wel een verdeeldheid omtrent vrijwillige registratie, maar wanneer er wordt gekeken naar degene die 'Ja' zeggen, komen hier ook verschillende voorwaarden aan vast te hangen. Er kan dus geconcludeerd worden dat vrijwillige registratie geen element is voor 'fast track'.

Samenvatting:

In de eerste ronde was er een consensus over de nood aan registratie.

Vanuit de wet zijn er geen concrete aanbevelingen wat er moet geregistreerd worden, maar hierbij wordt wel voorgeschreven dat de patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Ronde 2:

Gezien de onduidelijkheid over wat wordt verstaan uit een zorgvuldig bijgehouden dossier, worden er verschillende opties beschreven dewelke afkomstig zijn uit de minimale wettelijke vereisten alsook uit de suggesties van het expertenpanel, deze zijn: identificatie van de patiënt, identificatie van de hulpverlener, Probleemstelling van de patiënt, diagnose, handelingen die men verricht/ therapie, triage-codering, anders. Bij de optie 'anders' heeft de expert de mogelijkheid om zelf nog opties toe te voegen. Verder wordt er gevraagd wat voor de expert identificatie van de patiënt juist inhoudt, met als verschillende opties: naam en voornaam, geboortedatum, rijksregisternummer, nationaliteit en geslacht (tabel 5).

2. Toezicht

Ronde 1:

De conclusie over de toezichtprocedures op 'fast track' is dat er een algemene consensus bestaat over de noodzaak van enige vorm van supervisie. Hoewel er verdeeldheid heerst over wat wettelijk vereist is en dat de definitie medische hulpverlener niet duidelijk gedefinieerd is. Structurele medische inschatting volgens START-algoritme lijkt volgens het expertenpanel niet nodig te zijn (58.3%), doch geven ze hierbij in de opmerkingen dat er toch op een manier veiligheids ingebouwd dienen te worden. Mogelijk bestaat hier onduidelijkheid over de vraag; mogelijk wordt hier gepercipieerd dat er reeds een triage werd uitgevoerd bij het aanmelden aan de hulppost.

Er wordt geen consensus bereikt over het feit dat de 'fast track' altijd fysiek dient aangesloten te zijn aan de hulppost, hierbij lijkt in de opmerkingen dat er toch meer dan 75% neigt naar het bevestigen van deze stellingen, met als opmerkingen dat het niet moet, maar dat het organisatorisch wel praktischer is om patiënt door te verwijzen en het stellen van vragen. Verdeeldheid over het feit dat de 'fast track' bij voorkeur fysiek is aangesloten aan een hulppost, over het feit dat elke hulppost een 'fast track' moet voorzien en of de 'fast track' 24/7 open moet zijn.

In principe is er wel consensus aanwezig over het feit dat de medische antenne 'fast track' organiseert, toch hierbij op te merken dat deze vraag niet goed gesteld is en dat meerdere antwoordopties mogelijk waren, waardoor we meerdere antwoorden per expert mogelijk waren en hierbij dus toch een vertekend beeld zichtbaar zou kunnen zijn.

Samenvatting:

Uit de eerste ronde is het voor iedereen duidelijk dat er enige vorm van toezicht moet zijn. Maar voorlopig is er nog geen consensus wie dit toezicht doet en wat dit toezicht inhoudt.

Ronde 2:

In het algemeen tonen de discussies binnen het expertenpanel in de eerste ronde aan dat er aanzienlijke overeenstemming bestaat over de noodzaak van toezicht en organisatie van de 'fast track', maar dat er ook ruimte is voor verdere verfijning en discussie over de specifieke details en implementatie ervan. Bij de vraagstelling van de tweede ronde wordt hier dan ook dieper op ingegaan.

Gezien de onduidelijkheid over wie verantwoordelijk moet zijn voor het toezicht op de 'fast track' en wat precies de definitie is van een medische hulpverlener, is het noodzakelijk om duidelijk te achterhalen wie de experts beschouwen als de persoon die minimaal toezicht moet houden op de 'fast track'. Op basis van opmerkingen en input van betrokkenen, zijn de volgende

opties overwogen: security, EHBO'ers, Dringende Geneeskundige Hulp (DGH)/ambulancemedewerkers, verpleegkundigen of artsen (tabel 5). Daarnaast wordt gevraagd wat het minimaal aanvaardbare niveau van toezicht is voor de experts, waarbij keuzes variëren van geen medisch toezicht, tot toezicht met behulp van ingebouwde veiligheidsmaatregelen zoals het bevragen van patiënten of ze onder normale omstandigheden een arts zouden raadplegen, het ophangen van posters met typische ziektebeelden voor massa-evenementen zoals dehydratatie, passief toezicht (aanwezigheid van een zorgverlener), actief toezicht (actief bevragen van patiënten) tot het systematisch toepassen van het START-Algorithm.

Gezien de onduidelijkheid die in de eerste ronde bestond over structurele medische beoordeling, waarbij mogelijk werd aangenomen dat er al triage plaatsvond bij aanmelding bij de hulppost, is aan de tweede ronde de vraag toegevoegd waar 'fast track' plaatsheeft in de flow van de hulppost. Ook wordt er dan gepolst wanneer de 'fast track' plaatsvindt voor de triage van de normale flow, of dit dan invloed heeft op degene die minstens toezicht moet houden.

In de eerste ronde was er onvoldoende consensus over de locatie van de 'fast track', ideale openingstijden en de praktische organisatie ervan. Deze vragen zijn geherformuleerd om duidelijkheid te scheppen en verwarring te voorkomen.

3. *Inhoud*

Ronde 1:

Wat betreft de verstrekking van medicatie, is er echter verdeeldheid binnen het panel. Voorschriftplichtige medicatie wordt niet geschikt geacht voor de 'fast track' (83.3%), terwijl er onvoldoende overeenstemming is over het verstrekken van niet-voorschriftplichtige medicatie. Hoewel een meerderheid van 66.7% van de experts van mening is dat het verstrekken van niet-voorschriftplichtige medicatie medisch verantwoord is, blijft er bezorgdheid bestaan over de veiligheid en het mogelijke gebrek aan duidelijkheid over de wettelijke vereisten.

Er is wel voldoende consensus voor het aanbieden van verbruiksgoederen, ook zijn deze te koop op het festivalterrein zelf, hierbij verstaat men het aanbieden van pleisters (100%), maandverband (91.7%) en zonnecrème (75%). Water wordt hierbij niet weerhouden. Er valt te stellen dat er argumenten aan beide zijden van het spectrum te vinden zijn. Aan de ene kant kan worden betoogd dat dit preventief is om 'heat stroke' te voorkomen. Aan de andere kant, wanneer men verwacht dat een persoon een 'heat stroke' ervaart, dan zou men kunnen zeggen dat medische evaluatie met nemen van parameters noodzakelijk is. In principe is er consensus binnen het expertenpanel over het aanbieden van een afkolfruinte in 'fast track', maar toch wordt hier een belangrijke opmerking gemaakt dat dit best op een rustige plaats thuishoort en dit niet thuishoort binnen een EHBO-setting; waardoor deze stelling nog eens wordt voorgelegd in de volgende ronde met een herformulering van deze vraag.

Ronde 2:

Gezien de verdeeldheid over het verdelen van niet-voorschriftplichtige medicatie in 'fast track', wordt er in de tweede ronde eerst een vraag gesteld of het medisch verantwoord is om deze medicatie te verdelen zonder supervisie van arts of verpleegkundigen (tabel 5). Nadien worden er stellingen weergegeven over verschillende niet-voorschriftplichtige medicatie (paracetamol, NSAID, medicatie voor blaasontsteking (bv Uri-cran), keeltabletten (bv Medica), zalf tegen jeuk/beten). Deze stellingen worden tweemaal weergegeven, de eerste keer wordt hierbij de vraag gesteld of deze medicatie vrij af te nemen is, hierbij dient vermeld te worden dat dit zonder supervisie of tussenkomst van medische hulpverlener is maar bijvoorbeeld vrij van een tafel genomen kan worden. Nadien worden deze stellingen herhaald maar dan met de voorwaarde dat ze hun probleem tegen een EHBO'er vertellen, dit wil zeggen zonder de continue aanwezigheid van arts of verpleegkundige op de 'fast track', maar dat de EHBO'er de patiënt steeds kan verwijzen naar de 'reguliere stroom' voor een medische inschatting.

Gezien er in de eerste ronde toch een grote meerderheid neigde naar vrije afgifte van paracetamol, werd er de vraag gesteld welke dosis er dan best aanbevolen zou kunnen worden.

Verder worden er nog stellingen gezet dewelke ze moeten aanduiden als ze hiermee akkoord zijn, hierbij werden vooral de opmerkingen en extra items vanuit ronde 1 geïncorporeerd:

- Afkolven in een hiervoor voorziene, rustige en afgeschermd plaats heeft een plaats binnen 'fast track'
- Een koelkast beschikbaar stellen voor het bewaren van eigen medicatie van de festivalgangers, met toezicht hierop, heeft een plaats binnen 'fast track'
- Het beschikbaar stellen van een tekentang kan indien er informatie (bv poster) beschikbaar is omtrent Lyme en de nood aan volledig verwijderen van de teek, heeft plaats binnen 'fast track'
- Aftersun heeft een plaats binnen 'fast track', het aanbieden van ijs/cold packs voor gekende problematiek (bv enkeldistorsie die eerder op de hulppost gezien werd) heeft een plaats binnen 'fast track'
- Verbandmateriaal voor eerdere aandoeningen, zodat patiënt deze zelf kan verversen (bv schaafwonden sinds 2 dagen voor festival) heeft plaats binnen 'fast track'.

Tabel 5: Aangepaste Delphi-studie - Ronde 2

Aangepaste Delphi-studie - Ronde 2

Registratie

In de eerste ronde was er een consensus over de nood aan registratie.

Vanuit de wet zijn er geen concrete aanbevelingen wat er moet geregistreerd worden, maar hierbij wordt wel voorgeschreven dat de patiënt recht heeft op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

1. Wat verstaat u onder een zorgvuldig bijgehouden dossier? *Duid aan wat voor u van toepassing is, meerdere opties mogelijk.*

- Identificatie van de patiënt
- Identificatie van de hulpverlener
- Probleemstelling van de patiënt
- Diagnose
- Handelingen die men verricht/ therapie
- Triage-codering
- Anders:...

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

2. Wat houdt voor u identificatie van de patiënt in? *Duid aan wat voor u van toepassing is, meerdere opties mogelijk.*

- Naam en voornaam
- Geboortedatum
- Rijksregisternummer
- Nationaliteit
- Geslacht

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

Toezicht

Uit de eerste ronde is het voor iedereen duidelijk dat er enige vorm van toezicht moet zijn. Maar voorlopig nog geen consensus wie dit toezicht doet en wat dit toezicht inhoudt.

3. Wie moet er minstens toezicht houden volgens u?

- Security
- EHBO'er
- DGH/ambulancier
- Verpleegkundige
- Arts

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

4. Wat is het minimaal acceptabele toezicht voor u?

- Geen medisch toezicht
- Veiligheden in te bouwen zoals bv. extra veiligheid aan de patiënten te vragen of ze in normale omstandigheden een arts zouden raadplegen, posters ophangen met typisch ziektebeeld voor massa-events bv dehydratie
- Passief toezicht (aanwezigheid zorgverlener)
- Actief toezicht (actief patiënten bevragen)
- Systematisch START-Algoritme

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

5. Waar zou u de 'fast track' plaatsen in uw flow van de hulppost?

- Voor de triage van de normale flow
- Na de triage van de normale flow

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

6. Indien 'fast track' voor triage komt, heeft dit dan een invloed op wie toezicht houdt? *Dit wil zeggen dat patiënten van 'fast track' NIET via triage zijn getrieerd.*

- Ja
- Nee
- Ik vind dat 'fast track' thuishoort na triage van de gewone flow

Indien u 'JA' antwoordt, wat verandert er dan voor u? Heeft u opmerkingen over deze vraag?

7. Is het voor u het meest optimaal dat de 'fast track' verbonden is met een hulppost?

- Ja
- Nee

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

8. Wat zijn voor u de ideale openingsuren van de 'fast track'?

- Zolang de hulppost open is, is de 'fast track' ook open
- 'fast track' is enkel open op piekmomenten, dewelke aangepast zijn aan het festival
- Anders:....

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

9. Waar is het meest aangewezen een 'fast track' te voorzien?

- Aan elke hulppost
- Enkel aan grote hulpposten, aangepast aan het festival
- Flexibel op momenten van nood
- Anders:...

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

10. Is het praktisch organiseren van een 'fast track' zonder input van de medische antenne aanvaardbaar?

- Ja
- Nee

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

Inhoud

11. Is het medisch verantwoord om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen zonder supervisie van arts of verpleegkundige?

- Ja
- Nee

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

12. Duid aan met welke stellingen u akkoord bent.

Belangrijk hierbij te vermelden dat dit zonder supervisie of tussenkomst van een medische hulpverlener is, maar bv vrij van een tafel genomen kan worden

- Vrije afname paracetamol in 'fast track' volgens inschatting van patiënt zelf
- Vrije afname NSAID in 'fast track' volgens inschatting van patiënt zelf
- Vrije afname niet-voorschriftplichtige medicatie voor blaasontsteking (bv Uri-cran) in 'fast track' volgens inschatting van patiënt zelf
- Vrije afname keeltabletten (bv Medica) in 'fast track' volgens inschatting van patiënt zelf
- Vrije afname van zalf tegen jeuk/beten in 'fast track' volgens inschatting van patiënt zelf
- Ik ben met geen enkele stelling akkoord

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

13. Is er voor u een verschil in vorige stellingen als deze op vraag beschikbaar zijn bij een medische hulpverlener (EHBO'er)?

Belangrijk hierbij te vermelden dat dit zonder continue aanwezigheid van arts of verpleegkundige op de 'fast track' is, maar dat de EHBO'er de patiënt steeds kan verwijzen naar de 'reguliere stroom' voor medische inschatting.

- Paracetamol in 'fast track' na probleemstelling tegen EHBO'er
- NSAID in 'fast track' na probleemstelling tegen EHBO'er
- Niet-voorschriftplichtige medicatie voor blaasontsteking (bv Uri-cran) in 'fast track' na probleemstelling tegen EHBO'er
- Keeltabletten (bv Medica) in 'fast track' na probleemstelling tegen EHBO'er
- Zalf tegen jeuk/beten in 'fast track' na probleemstelling tegen EHBO'er
- Ik ben met geen enkele stelling akkoord

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

14. Als u paracetamol zou aanbevelen in 'fast track', welke dosis zou u aanbevelen?

- 500mg
- 1g
- Dosis maakt niet uit
- Ik zou paracetamol niet aanbevelen in 'fast track'

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

15. Duid de stellingen aan waarmee u akkoord bent. *Meerdere opties mogelijk.*

- Afkolven in een hiervoor voorziene, rustige en afgeschermd plaats heeft een plaats binnen 'fast track'
- Een koelkast beschikbaar stellen voor het bewaren van eigen medicatie van de festivalgangers, met toezicht hierop, heeft een plaats binnen 'fast track'.
- Het beschikbaar stellen van een tekentang kan indien er informatie (bv poster) beschikbaar is omtrent Lyme en de nood aan volledig verwijderen van de teek, heeft plaats binnen 'fast track'.
- Aftersun heeft een plaats binnen 'fast track'.
- Het aanbieden van ijs/cold packs voor gekende problematiek (bv enkeldistorsie die eerder op de hulppost gezien werd) heeft een plaats binnen 'fast track'.
- Verbandmateriaal voor eerdere aandoeningen, zodat patiënt deze zelf kan verversen (bv schaafwonde sinds 2 dagen voor festival) heeft plaats binnen 'fast track'.
- Ik ben met geen enkele stelling akkoord

Heeft u opmerkingen over deze vraag?

Functie

16. Wat is uw naam en functie in een massa-evenement?

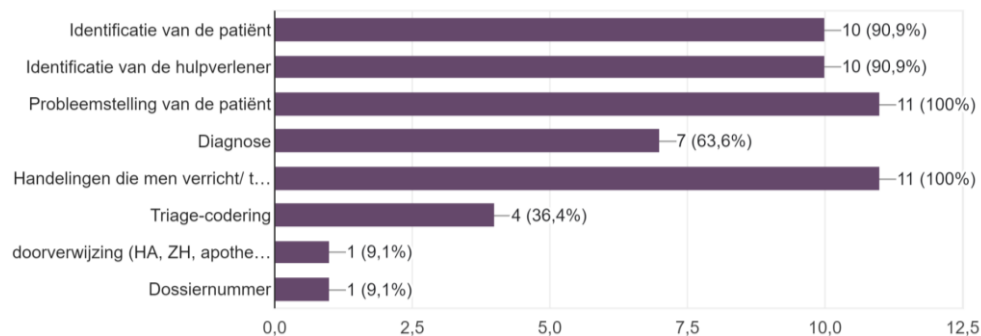
17. Mogen we uw naam en functie omschrijven in ons eindwerk?

6.5 Resultaten aangepaste Delphi-studie - Ronde 2

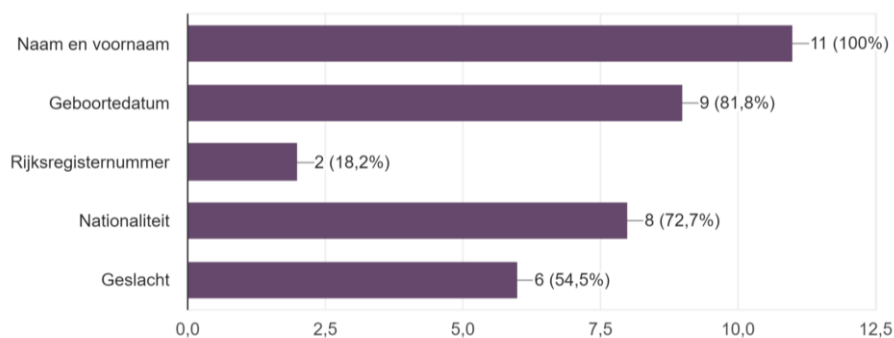
Er waren 11 van de 13 experts die deelgenomen hebben aan de tweede ronde van deze aangepaste Delphi-studie. Beide auteurs analyseerden samen de respons op de tweede ronde. De antwoorden van Ronde 2 zullen per categorie besproken worden.

1. Registratie

De bevindingen uit de vragen aan de experts tonen aan dat zij een zorgvuldig bijgehouden dossier van groot belang achten. Hierbij zijn de volgende items als essentieel aangemerkt: identificatie van de patiënt (90,9%), identificatie van de hulpverlener (90,9%), probleemstelling van de patiënt (100%) en verrichte handelingen/therapie (100%) (figuur 17). Diagnose werd door 63,6% van de experts weerhouden, waarbij meer dan de helft van deze groep bestond uit artsen. Triage-codering kreeg een gunstige beoordeling van 36,4% van de experts. Identificatie van de patiënt omvat met name de registratie van naam en voornaam (100%) en geboortedatum (81,8%) (figuur 18). Bij de identificatie van de patiënt zou 54,5% van de experts het geslacht registreren, hoewel sommigen opmerken dat dit tot gevoelige kwesties kan leiden bij bepaalde individuen. Het registreren van het rijksregisternummer lijkt slechts voor 18,2% nuttig te zijn, aangezien dit alleen lokaal traceerbaar is.



Figuur 17: Ronde 2 - Wat verstaat u onder een zorgvuldig bijgehouden dossier?



Figuur 18: Ronde 2 - Wat houdt voor u identificatie van de patiënt in?

2. Toezicht

Uit de bevindingen blijkt dat bij het bepalen van wie minstens toezicht moest houden, 18.2% van de experts stemde voor security, 54.5% voor een EHBO'er, 9.1% voor een DGH/ambulancier en 54.5% voor een verpleegkundige. Niemand koos voor de optie: arts. Het is belangrijk op te merken dat de experts hier meerdere antwoorden konden selecteren. In de opmerkingen wordt benadrukt dat de juiste training en competenties essentieel zijn bij het bepalen van wie toezicht moet houden, waarbij speciale aandacht wordt besteed aan de rol van verpleegkundigen vanwege hun training in het herkennen van levensbedreigende situaties.

Bij het bepalen van het minimale acceptabele toezicht koos 45.5% voor passief toezicht (aanwezigheid van een zorgverlener), 36.4% voor actief toezicht (patiënten actief bevragen), 9.1% voor systematische toepassing van het START-algoritme en 9.1% voor het inbouwen van veiligheidsmaatregelen zoals het bevragen van patiënten of ze normaal een arts zouden raadplegen, en het ophangen van posters met typische ziektebeelden voor massa-evenementen zoals dehydratie. Niemand koos voor geen toezicht.

Bij de vraag waar men 'fast track' zou plaatsen in de flow van de hulppost, koos 18.2% voor vóór de triage van de normale flow en 81.8% na de triage van de normale flow. Opmerkingen wijzen erop dat het uitvoeren van een triage vóór de 'fast track' kan helpen bij het verminderen van de kans op het onderschatten van de ernst van de situatie. Anderen stellen voor om de 'fast track' vóór de triage van de normale flow te plaatsen om de drukte voor de triageverpleegkundigen te verminderen.

Bij de vraag of het veranderen van de positie van de 'fast track' voor de triage van de normale flow invloed heeft op wie toezicht houdt, herhaalde 63.6% van de experts dat de 'fast track' na de triage van de gewone flow hoort, 9.1% gaf aan dat dit invloed heeft op wie toezicht houdt op de 'fast track', en 27.3% vond dat dit geen verandering heeft op het gehouden toezicht.

Er was een unanieme beslissing dat de 'fast track' het meest optimaal verbonden is met een hulppost. 90.9% van de experts stelt dat 'fast track' open is, zolang de hulppost open is. 9.1% van de experts stelt voor dat 'fast track' alleen open is op piekmomenten die zijn aangepast aan het festival. 63.6% vindt het aangewezen dat een 'fast track' aan elke hulppost wordt voorzien, terwijl 36.4% vindt dat dit alleen moet worden voorzien bij grote hulpposten die zijn aangepast aan het festival. Niemand vindt dat deze flexibel moeten zijn op momenten van nood. In festivals met kleinere hulpposten en beperkt personeel lijkt de noodzaak van een 'fast track' minder relevant. De relevantie ervan hangt af van het type evenement, de omvang en de locatie van de hulpposten. Het kan best per evenement of festival beoordeeld worden. Grote festivals, met een aanzienlijke hoeveelheid hulpbehoevenden en een hoge doorstroming, kunnen baat hebben bij het gebruik van 'fast track'.

Uiteindelijk geeft 90,9% aan dat het praktisch organiseren van een 'fast track' zonder input van de medische antenne niet aanvaardbaar is. Daarentegen vindt 9,1% dit wel acceptabel, zij het met de voorwaarde dat dit niet door een hamburgerkraam wordt georganiseerd.

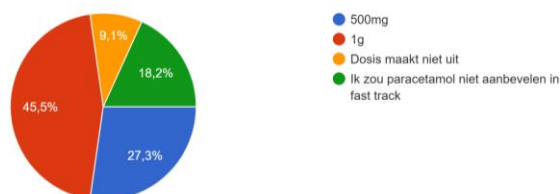
3. Inhoud

Uit de gegeven stellingen blijkt dat 63.6% van de experts het niet medisch verantwoord vindt om in de 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te verstrekken zonder supervisie van een arts of verpleegkundige. Daarentegen vindt 36.4% dit wel aanvaardbaar, met als voornaamste opmerking dat er minimaal toezicht en registratie voorhanden moet zijn. Sommige experts wijzen erop dat mensen deze medicatie vrij kunnen verkrijgen in de winkel, dus ook via de 'fast track'.

Bij het vrij afnemen van niet-voorschriftplichtige medicatie binnen de 'fast track' zijn de meningen verdeeld. 63.6% is het er niet mee eens dat dit in de 'fast track' thuishoort. Onder degenen die vinden dat dit wel thuishoort in de 'fast track', zijn er verschillende meningen over welke medicatie kan worden aangeboden: 36.4% vindt dat keeltabletten beschikbaar moeten zijn, 27.3% vindt dat paracetamol beschikbaar moet zijn, 27.3% vindt dat zalf tegen jeuk/beten beschikbaar moet zijn, 18.2% vindt dat niet-voorschriftplichtige medicatie voor blaasontsteking (bv Uri-cran) beschikbaar moet zijn, en 9.1% vindt dat NSAID beschikbaar moet zijn. Interessant hierbij te bekijken is welke experts er voornamelijk nee zeggen tegen vrije afname, initieel werd gedacht dat dit voornamelijk artsen en verpleegkundigen zouden zijn, toch bij het bekijken van de resultaten heeft medische scholing geen invloed op dit antwoord en zijn er ook artsen/verpleegkundigen die sommige niet-voorschriftplichtige medicatie zouden aanbieden in vrije afname.

Als de afname van medicatie op vraag na probleemstelling tegen een medische hulpverlener (EHBO'er) wordt overwogen, kiest 90.9% voor de beschikbaarheid van keeltabletten, 81.8% voor de beschikbaarheid van zalf tegen jeuk/beten, 54.5% voor paracetamol, 36.4% voor NSAID, en 18.2% voor niet-voorschriftplichtige medicatie voor blaasontsteking (bv. Uri-cran).

Er wordt ook gevraagd naar welke dosis paracetamol er gegeven zou worden, dan kiest 45.5% voor 1g, 27.3% voor 500mg, 18.2% zou paracetamol niet aanbevelen in 'fast track', 9.1% zegt dat de dosis niet uitmaakt (figuur 19).



Figuur 19: Ronde 2 - Als u paracetamol zou aanbevelen in 'fast track', welke dosis zou u dan aanbevelen?

Er werden nog enkele stellingen geëxploreerd, daaruit blijkt dat:

- 90.9% akkoord gaat met het aanbieden van ijs/cold packs voor bekende problemen (zoals enkeldistorsie die eerder op de hulppost is gezien) binnen de 'fast track'.
- 72.7% van de experts vindt dat aftersun een plaats heeft binnen de 'fast track'. Een opmerking hierbij is dat aftersun niet thuishoort in 'fast track' zolang de zon aanwezig is, maar mogelijk wel na blootstelling aan de zon.
- 63.6% is van mening dat afkolven in een daarvoor voorziene, rustige en afgeschermd plaats binnen de 'fast track' moet kunnen plaatsvinden.
- Ook 63.6% vindt dat het beschikbaar stellen van een koelkast voor het bewaren van eigen medicatie van festivalgangers, met toezicht hierop, een plaats heeft binnen de 'fast track'. Er wordt opgemerkt dat er dan wel iemand extra verantwoordelijk moet zijn, wat een uitdaging kan zijn voor de 'fast track'.
- 45.5% is voorstander van het beschikbaar stellen van een tekentang binnen de 'fast track', mits er informatie (zoals een poster) beschikbaar is over Lyme en het belang van volledige verwijdering van de teek.
- 27.3% vindt dat verbandmateriaal voor eerdere aandoeningen, zodat patiënten deze zelf kunnen verversen (bijvoorbeeld schaafwonden sinds 2 dagen voor het festival), een plaats heeft binnen de 'fast track'. Hierbij wordt opgemerkt dat men alert moet zijn op het risico op ontstekingen tijdens een festival, en dat dit punt een heroverweging vereist.

6.6 Conclusie aangepaste Delphi-studie - Ronde 2

1. Registratie

De nood aan registratie was al duidelijk in de eerste ronde, in de tweede ronde kan er een concrete conclusie getrokken worden in wat men juist verstaat onder een zorgvuldig bijgehouden dossier. Er wordt een consensus bereikt (dit is $\geq 75\%$) voor identificatie van patiënt, identificatie van hulpverlener, probleemstelling van patiënt en handelingen die verricht werden/therapie. Voor de identificatie van de patiënt is er consensus voor het registreren van naam en voornaam alsook geboortedatum. Het is van cruciaal belang op te merken dat wanneer een patiënt zich aanmeldt op de hulppost/'fast track', deze patiënt deel uitmaakt van de hulpverleningsketen en dat de wetgeving met betrekking tot patiëntenrechten moet worden gerespecteerd.

2. Toezicht

In de eerste ronde was er consensus over de noodzaak van toezicht op de 'fast track', maar ontbrak het aan een duidelijke definitie van dit toezicht en wie dit het best uitvoert. De tweede ronde bracht meer verdeeldheid aan het licht, vooral wat betreft wie het toezicht moet houden en wat het minimale acceptabele toezicht inhoudt. De mogelijkheid om meerdere antwoordopties te selecteren leidde tot onduidelijkheid over wie het toezicht minimaal het best kan uitvoeren. Hoewel het duidelijk was dat iemand met een medische achtergrond dit zou moeten doen, was er verdeeldheid tussen verpleegkundigen en EHBO'ers. Wat betreft het minimale acceptabele toezicht was er geen consensus. De verdeeldheid concentreerde zich vooral rond actief en passief toezicht, waarbij slechts één expert aangaf dat er systematisch een START-algoritme moet worden uitgevoerd. Een belangrijke bevinding was dat de 'fast track' na de triage van de normale flow thuishoort, wat aantoont dat maximale patiëntveiligheid de voorkeur geniet boven flowwinst. Indien we overwegen of de 'fast track' geschikt is voor triage, rijst de vraag of dit invloed heeft op wie verantwoordelijk is voor het toezicht. Sommigen zouden kunnen betogen dat dit een slecht geformuleerde vraag is, aangezien de experts nog steeds de mogelijkheid hebben om aan te geven dat de 'fast track' thuishoort na triage van de reguliere stroom.

Wel was er consensus over enkele belangrijke punten, zoals de verbinding van de 'fast track' met een hulppost, de organisatie ervan door de medische discipline en de noodzaak voor de 'fast track' om open te zijn wanneer de hulppost open is. Er was echter verdeeldheid over welke hulpposten de 'fast track' zouden moeten hebben, met meningsverschillen over de aanwezigheid ervan bij elke hulppost versus alleen bij grote hulpposten aangepast aan het festival. Een belangrijke kanttekening die hierbij gemaakt kan worden is dat er verschillende festivals kleinere hulpposten hebben die slecht een beperkt aantal patiënten zien en de uitbouw van 'fast track' dus minder zinvol zou kunnen zijn.

3. *Inhoud*

Er bestaat verdeeldheid onder de experts met betrekking tot het verstrekken van niet-voorschriftplichtige medicatie zonder toezicht van artsen of verpleegkundigen. Bij het toetsen van verschillende stellingen over verschillende niet-voorschriftplichtige medicatie is er geen consensus binnen de groep die deze in vrije afname zou verstrekken. Het aanbieden van keeltabletten wordt door allen ondersteund, toch wordt de vrije afname van andere medicatie niet breed ondersteund. Bij de vraag of deze medicatie wordt verstrekt na een probleemstelling tegen een EHBO'er, is er wel consensus over het verstrekken van keeltabletten en zalf tegen jeuk/beten. Wat betreft paracetamol in de 'fast track' en de optimale dosering ervan, bestaat er ook geen consensus binnen de groep. Er is ook verdeeldheid over het aanbieden van aftersun, hoewel het toevoegen van de voorwaarden om dit alleen aan te bieden na zonsondergang wellicht meer steun zou krijgen en daarom kan worden aanbevolen. Daarnaast is er wel consensus over het aanbieden van ijs/cold packs voor bekende problemen binnen de 'fast track'. Opmerkelijk is dat aanbieden van een afkolfruinte in 'fast track' in de eerste ronde wordt ondersteund door 83.3%, is er slechts 63.6% die dit nog aanbeveelt in de tweede ronde, vermoedelijk is dit ten gevolge van het bijvoegen van de opmerking dat dit best in rustige, afgeschermd plaats dient te gebeuren. Er zijn reeds verschillende festivals in Vlaanderen waar dit aangeboden wordt door een vereniging van vroedvrouwen.

6.7 Besluit aangepaste Delphi-studie

Ronde 1 was cruciaal omdat het de basis legde voor de daaropvolgende rondes van de Delphi-studie. De kwalitatieve input die in deze ronde werd verzameld, diende als basis voor het formuleren van stellingen en vragen voor de tweede ronde, met als doel consensus te bereiken onder de deelnemende experts.

Concrete adviezen vanuit de twee Delphi rondes kan als volgt worden weergegeven:

1. Registratie: noodzaak tot registratie van:
 - Identificatie van patiënt: naam en voornaam, geboortedatum
 - Identificatie van hulpverlener
 - Probleemstelling van patiënt
 - Handelingen die verricht worden/therapie.
2. Toezicht:
 - 'Fast track' gekoppeld aan de hulppost.
 - De organisatie van 'fast track' wordt verzorgd door de medische discipline.
 - Het is raadzaam dat 'fast track' parallel loopt aan de openingstijden van de hulppost.
 - Medisch toezicht noodzakelijk; onduidelijkheid over wie exact dit medisch toezicht doet en wat het minimaal acceptabele toezicht inhoudt. Wanneer dit bevraagd wordt in de stellingen over inhoud, lijkt dat de experts het voldoende vinden om een ervaren medische hulpverlener type EHBO'er aan de 'fast track' te zetten zonder continue aanwezigheid van arts of verpleegkundige, zodat deze de patiënt steeds kan verwijzen naar 'reguliere stroom' voor medische inschatting.
 - Ter optimalisatie van de patiëntveiligheid wordt aangeraden dat 'fast track' plaatsvindt na de triage van de normale flow.
 - In de eerste ronde werd al besproken om de patiëntveiligheid te verbeteren door het implementeren van veiligheidsmaatregelen, zoals het bevragen van patiënten of ze normaal een arts zouden raadplegen met dit probleem en het ophangen van posters met veelvoorkomende ziektebeelden voor massa-evenementen, zoals dehydratie. Echter, in de tweede ronde is naar voor gekomen dat het verhogen van de patiëntveiligheid niet alleen kan worden bereikt door het plaatsen van posters of het stellen van vragen. Wat essentieel bleek, was het verbeteren van het toezicht om de patiëntveiligheid daadwerkelijk te vergroten.
3. Inhoud: deze eenvoudige verzorgingen worden aangeraden in 'fast track':
 - Pleisters
 - Zonnecrème
 - Aftersun (na zonsondergang)
 - Maandverband
 - Keetabletten (op vraag aan medische hulpverlener)
 - Zalf tegen jeuk/beten (op vraag aan medische hulpverlener)
 - Cold packs/ ijs voor gekende pathologie

De vertaling van deze concrete adviezen vanuit het Delphi-panel naar een concreet beleidsadvies en het bespreken van de limitaties worden later in de paper weergegeven.

7 Conclusie

Dit eindwerk vertrok vanuit de vraagstelling hoe het aanbieden van 'eenvoudige verzorging' de werklast voor de medische discipline op massa-evenementen kan beïnvloeden. Er werd vanuit gegaan dat een deel van de patiënten die zich op zo'n evenement aanbiedt zichzelf thuis prima zou kunnen behelpen en slechts nood heeft aan een 'eenvoudige verzorging'. Het doel was te onderzoeken welk deel van de patiënten deze groep vormt, hoe deze patiënten praktisch een eenvoudige verzorging kan aangeboden worden en tegelijk de kwaliteit van medische zorg kunnen bewaren. De veiligheid van het toepassen van 'eenvoudige verzorging' werd onderzocht, met als doel praktische aanbevelingen te formuleren voor een implementatie in de Vlaamse praktijk. Centraal staat de vraag of deze patiënten uit de reguliere stroom van patiënten gefilterd kunnen worden en hoe dit de belasting van de medische discipline kan verbeteren.

Een systematisch nazicht van de literatuur leert dat er parallellen zijn tussen overbelasting van de festivalhulppost met de problematiek van 'overcrowding' op spoedgevallendiensten en dat een van de potentiële oplossingen hiervoor een 'fast track' is waar de stroom van eenvoudige verzorgingen gescheiden wordt van de rest van de patiënten. Dit concept lijkt tussen de lijnen reeds aanwezig in de literatuur over massa-evenementen, maar studies rond concrete invulling en veiligheid werden niet gevonden.

Een uitgebreid nazicht van de relevante wetgeving leert dat er ook in de context van het festival verplichtingen zijn naar kwaliteit van zorgen, onder andere door het zorgvuldig bijhouden van een dossier met een aantal minimale elementen. Vrije bedeling van medicatie zonder tussenkomst van een arts lijkt niet te stroken met de huidige wetgeving.

Een analyse van de gegevens van een groot aantal medische verzorgingen op vier grote Vlaamse festivals leert dat minder ernstige pathologie het leeuwendeel van de belasting van de hulpposten vormt en dat meer dan een derde van de patiëntencontacten voor een diagnose was die voor eenvoudige verzorging in een 'fast track' in aanmerking zou kunnen komen. In de geanalyseerde data werden meer dan 6% van de patiënten reeds geholpen in een 'fast track', die in een deel van de geanalyseerde festivals al toegepast wordt.

Het laatste deel van deze studie bestaat uit een aangepaste Delphi-studie, waarbij een panel van relevante experts een aantal stellingen over patiëntenregistratie, toezicht en concrete inhoud van een 'fast track' tot tweemaal toe beoordeelde, waaruit concrete aanbevelingen en gebieden van onenigheid konden weerhouden worden.

Een 'fast track' kan een waardevolle toevoeging zijn aan het bestaande systeem van medische hulpverlening op massa-evenementen. Er is een brede consensus onder experts dat de verantwoordelijkheid en concrete invulling hiervan bij de medische discipline moeten liggen en een 'fast track' zonder medische input onaanvaardbaar is. Bij implementatie moet rekening gehouden worden met de concrete omstandigheden van het evenement: aantallen bezoekers, te verwachten pathologie, historische data met betrekking op medische hulpverlening op het event (indien beschikbaar),...

De 'fast track' dient aangesloten te zijn aan een bestaande hulppost, om snelle doorverwijzing en opschalen van medische zorg mogelijk te maken. Zolang de hulppost open is, dient de 'fast track' open te zijn. Welke hulppost een 'fast track' moet hebben hangt af van de concrete omstandigheden, zoals locatie en drukte, en wordt best per event bepaald.

Het merendeel van de experts plaatst 'fast track' na triage van de patiënt: vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid lijkt dit de meest aangewezen optie. De theoretische belasting die dit voor triage vormt, waarbij hetzelfde aantal patiënten als voorheen de triage moet passeren, weegt niet op tegen het risico dat men neemt door patiënten zonder enige vorm van triage zichzelf te laten behandelen. Een mogelijke extra veiligheid, waar consensus over was onder de experts, is het expliciet vermelden aan patiënten in de 'fast track' dat zij zich op de hulppost moeten presenteren indien ze voor de klacht waarmee ze komen normaal een arts zouden raadplegen. Dit responsabiliseert de patiënt en bemoedigt mensen die het gevoel hebben dat ze een formele medische evaluatie nodig hebben, maar toch naar 'fast track' werden verwezen.

Er moet een verplichte patiëntenregistratie zijn op de 'fast track':

- Identiteit patiënt: naam en voornaam, geboortedatum.
- Identiteit zorgverlener.
- Probleemstelling - aanmeldingsklacht.
- Handelingen of toegediende zorg door de zorgverlener.

Er bestaat verdeeldheid over het toestaan van zelfregistratie door patiënten. In overweging van de wettelijke verplichting tot registratie, neigen we ernaar om de bezorgdheid over mogelijke fouten of het ontbreken van registratie bij zelfregistratie te delen. Daarom stellen we voor dat de registratie wordt uitgevoerd door de hulpverleners zelf, aangezien zelfregistratie ons niet ontslaat van de verplichting om zorgvuldig patiëntendossiers bij te houden.

Toezicht op 'fast track' dient continu aanwezig te zijn en dit onder de vorm van een ervaren medische hulpverlener. De taak van deze hulpverlener is enerzijds een aanspreekpunt te vormen voor patiënten en anderzijds een inschatting te maken van de patiënten in de 'fast track', om zo nodig naar de hulppost te verwijzen. Er is geen consensus over of dit per se een verpleegkundige hoeft te zijn: het lijkt de auteurs belangrijker dat er een zekere vorm van medische ervaring aanwezig is. Ook over de exacte uitvoering van het toezicht is onenigheid, met stemmen voor passief dan wel actief bevragen van patiënten en minder steun voor het systematisch toepassen van het START-algoritme, hoewel we uit de literatuur evidence voor de effectiviteit en veiligheid van deze praktijk weerhouden. Indien de toezichthouder geen verpleegkundige is met ervaring in triage (lees: een verpleegkundige met ervaring op een dienst spoedgevallen), zouden we het systematisch toepassen van een triage-algoritme zoals de START-criteria voor toezicht op de 'fast track' overwegen. Anderzijds is, zoals reeds hierboven vermeld werd, iedere patiënt reeds via triage gepasseerd, wat een extra veiligheid vormt. Hierbij rekenen we er op dat een eventuele triage effectief en veilig georganiseerd wordt, door de inzet van de juiste hulpverleners. Ook bij triage kan het toepassen van de START-criteria nuttig zijn (Douglas et al., 2020).

Wat betreft de inhoud van 'fast track' adviseren we het voorzien van pleisters en middelen om reeds gekende musculoskeletale letsels (zoals een enkeldorsie die voordien al op de hulppost

werd gezien) te koelen als mogelijke eenvoudige verzorgingen. Eveneens nuttig is het gratis aanbieden van geselecteerde verbruiksgoederen zoals maandverband, zonnecrème en aftersun, met de caveat dat deze laatste enkel bedeed wordt na stopzetten van de zonblootstelling. Het verstrekken van keeltabletten en zalf tegen jeuk of insectenbeten is mogelijk, maar het verdient de voorkeur om deze middelen alleen op verzoek van de aanwezige hulpverlener te verstrekken, in plaats van ze vrij beschikbaar te stellen voor afname.

Het beschikbaar stellen van verbruiksgoederen werd weerhouden, zelfs al worden deze verkocht op het festival. Echter, werd water niet weerhouden voor de concrete invulling van een eenvoudige verzorging. Het wordt dus ook niet aangeboden in de 'fast track', maar hierbij wordt er wel verwezen naar het Plan Risico Manifestatie (PRIMA) (Haenen, 2021), waarbij wordt aangeraden dat de organisator gratis drinkwater voorziet bij temperaturen boven de 27°C. Wanneer patiënten met een vermoeden van een 'heat stroke' zich presenteren op de hulppost, kunnen zij niet gezien worden als een T3-patiënt en dringt zorg buiten de 'fast track' zich op.

Medicatie blijft een heikel punt: terwijl het evident lijkt dat voorschriftplichtige medicatie niet kan worden verstrekt in de 'fast track' zonder een beoordeling door een arts, is er verdeeldheid over het gebruik van niet-voorschriftplichtige medicatie. Een meerderheid van de experts is tegen het verstrekken op verzoek of vrij beschikbaar maken van NSAID's en middelen tegen blaasontsteking, vermoedelijk vanwege de potentiële neveneffecten en de noodzaak van een grondige medische evaluatie vooraf. Er is meer onenigheid over paracetamol: een minderheid van de experts is voor vrij verkrijgbare paracetamol, terwijl iets meer dan de helft het verstrekken van deze pijnstiller door de aanwezige hulpverlener acceptabel vindt. Desondanks bestaat er verdeeldheid over de juiste dosering van paracetamol, zelfs onder degenen die het verstrekken ervan ondersteunen. Gelet op de wettelijke twijfels bij de vrije verstrekking van medicatie, de potentiële risico's en de afwezigheid van consensus is er momenteel onvoldoende evidentie om paracetamol als pijnstillend en koortswerend middel te verstrekken in de 'fast track'. Indien er nood aan pijnstilling of koortswering is, lijkt voorafgaande evaluatie in de hulppost aangewezen.

Voorzien van een ruimte voor afkolven van borstvoeding, een ijskast voor bewaren van eigen medicatie (bijvoorbeeld festivalgangers met diabetes die hun insuline gekoeld moeten bewaren), tekentang voor verwijderen teken en verzorgingsmateriaal voor verbandwissels bij eerder geziene wonden werden door onze experts niet weerhouden als zinvolle toevoegingen aan de 'fast track'.

Het concept van de 'fast track' heeft volgens ons eindwerk het potentieel de oplossing te zijn voor het voorzien van eenvoudige verzorgingen op massa-evenementen, en zou dus de belasting van de medische discipline kunnen verminderen. Een volgende logische stap is de implementatie in de huidige context, bijvoorbeeld in een massa-evenement waar nog geen 'fast track' aanwezig is, met nauwgezette opvolging van het verloop, de effecten op de flow van patiënten (zowel op triage, binnen de hulppost als op de 'fast track' zelf) en de patiëntveiligheid. Men dient zich kritisch af te vragen of de 'fast track' voldoende veilig en efficiënt is: hiervoor is het belangrijk voldoende data te hebben en deze grondig en zo volledig mogelijk te verzamelen. De implementatie van en analyse van het effect van de 'fast track' zoals hierboven beschreven lijken een ideaal onderwerp voor een aansluitend toekomstig eindwerk.

8 Limitaties van het werk en suggesties voor verder onderzoek

De literatuurstudie beperkte zich tot Pubmed als enige bron voor studies, en werd niet volledig volgens de PRISMA-richtlijnen uitgevoerd. Er werden slechts vijf artikels weerhouden, en hoewel deze nadien op basis van feedback van de (co-)promotor aangevuld werden door gerichte zoektochten en drie bijkomende publicaties, was een bredere zoektocht wellicht representatiever geweest. Prospectieve evidence rond eenvoudige verzorging op massa-evenementen werd niet gevonden en noodgedwongen werd dan ook gekeken naar de literatuur rond overcrowding op spoedgevallendiensten: het is de vraag in hoeverre deze bevindingen geëxtrapoleerd kunnen worden naar de medische hulpverlening op het massa-evenement.

De wettelijke context werd geanalyseerd op basis van de wetteksten en een enkele bron (Dr. Winne Haenen), zonder separaat advies van een jurist of andere bronnen.

De gegevens die werden geanalyseerd waren beperkt in detail, accuraatheid en van een beperkt aantal jaren en festivals. Gezien het enkel om grote Vlaamse festivals ging, kan men zich de vraag stellen of de conclusies wel generaliseerbaar zijn naar andere massa-evenementen.

De beperkingen van een Delphi-studie kunnen in verschillende aspecten worden onderverdeeld en moeten zorgvuldig worden overwogen bij de interpretatie van de resultaten.

De Delphi-methode wordt doorgaans geclassificeerd als een methode met een laag niveau van bewijs volgens de GRADE-classificatie, zoals opgemerkt door Jünger et al., 2017. Dit impliceert dat de conclusies en aanbevelingen van een Delphi-studie mogelijk niet dezelfde mate van sterkte of betrouwbaarheid hebben als die van gerandomiseerde gecontroleerde studies. Niettemin, gezien de vergelijkbare context met spoedgevallendiensten en het wettelijk kader, kunnen de aanbevelingen voortkomend uit de Delphi-studie toch als leidend worden beschouwd bij het formuleren van concrete adviezen.

Om de subjectiviteit van de onderzoeker te minimaliseren en te voorkomen dat persoonlijke voorkeuren worden teruggekoppeld, is er bewust gekozen om geen subjectieve feedback te verstrekken tussen de eerste en tweede ronde van de studie. In plaats daarvan werden alleen feitelijke informatie en wettelijke voorschriften verstrekt. Dit benaderde het doel om de subjectiviteit van de onderzoeker tot een minimum te beperken. Bovendien werd hiermee getracht om het risico op 'groupthink' te verminderen (Nasa et al., 2021), waarbij deelnemers geneigd zijn om hun meningen aan te passen om consensus te bereiken, zelfs als ze het niet volledig eens zijn. Deze praktijk kan leiden tot het onderdrukken van unieke perspectieven en minder dominante stemmen. Een nadeel van deze aanpak is echter dat over bepaalde onderwerpen geen consensus is bereikt in de twee rondes van de studie.

Deelnemers aan een Delphi-studie kunnen geneigd zijn om snel feedback te geven zonder voldoende diepgaande reflectie, wat kan leiden tot oppervlakkige of onvolledige antwoorden en daarmee de algehele validiteit van de resultaten kan verminderen. Om dit te vermijden, is er getracht om door middel van het vragen naar opmerkingen en aanvullingen na elke hoofdvraag, grondigere antwoorden te verkrijgen en op die manier de kwaliteit van de input te verhogen.

Een ander potentieel probleem dat zich kan voordoen, is het verlies van follow-up bij deelnemers tussen de rondes van de Delphi-studie. In het kader van deze studie werd een verlies van 15% (2 van de 13 experten) geconstateerd. Dit verlies kan leiden tot vertekende resultaten en een verminderde representativiteit van de steekproef. Om deze reden is de studie beperkt gebleven tot twee rondes, gezien de responspercentages doorgaans afnemen naarmate de studie vordert. Het is van cruciaal belang om dit probleem aan te pakken door deelnemers actief betrokken te houden en hen te actief blijven herinneren aan het belang van hun deelname gedurende het gehele proces.

Om aan deze beperkingen tegemoet te komen, is het raadzaam om de bevindingen van een Delphi-studie te toetsen aan het bestaande literatuuronderzoek en het wettelijk kader. Dit kan helpen om de geldigheid en toepasbaarheid van de resultaten te vergroten en eventuele lacunes of inconsistenties te identificeren, met als resultaat een concreet beleidsadvies omtrent het gebruik van 'fast track' in massa-evenementen.

Bredere implementatie van 'fast track', met registratie van outcome-data en incidenten, zou toelaten dit concept verder te evalueren en bij te sturen: er is naar de toekomst toe dus zeker ruimte voor een pilootstudie of prospectief onderzoek over 'fast track' binnen deze specifieke context. Bij die studie lijkt het dan vooral interessant te bekijken of implementatie van een 'fast track' effectief de werklust voor de medische diensten kan verminderen zonder in te boeten aan patiëntveiligheid (morbiditeit en mortaliteit) en met toespitsen op de werking van de hulppost (onder andere wachttijden, verblijfsduur, patiënttevredenheid). Een eerste stap hiertoe zal door beide auteurs gezet worden, gezien zij voorzien de huidige set maatregelen voor te stellen voor implementatie op GMM, waar deze nadien ook geëvalueerd en opgevolgd zullen worden.

9 Beleidsadvies

Het onderzoek vertrok vanuit de erkenning van de werklust die medische disciplines ervaren tijdens massa-evenementen. Door parallellen te trekken met de problematiek van overcrowding op spoedgevallendiensten, wordt de noodzaak van een oplossing onderstreept. De 'fast track' biedt potentieel een strategie om de stroom van eenvoudige verzorgingen te scheiden van de rest van de patiënten, wat kan bijdragen aan een efficiëntere flow van medische hulp. Een significant deel van de patiënten die zich tijdens evenementen melden, zou baat hebben bij eenvoudige verzorging die ze wellicht zelf thuis zouden kunnen uitvoeren. Dit impliceert dat niet alle patiënten die medische hulp zoeken op evenementen een uitgebreide medische interventie nodig hebben. Een 'fast track' zou dit segment van patiënten kunnen bedienen, waardoor de belasting op de reguliere medische stroom verlicht wordt.

Beleidsadvies gebaseerd op de principes van registratie, toezicht en inhoud voor de implementatie van een 'fast track' bij medische hulpverlening op massa-evenementen:

1. Registratie:

- Implementeer een verplichte patiëntenregistratie op de 'fast track' uitgevoerd door hulpverleners
- Vereiste gegevens omvatten identiteit van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum), identiteit van de zorgverlener, aanmeldingsklacht en verleende zorg.

2. Toezicht:

- Er wordt geadviseerd om 'fast track' na triage te plaatsen, met oog op patiëntveiligheid. Hoewel het mogelijk een impact heeft op de triage, wordt dit beschouwd als een aanvaardbaar risico in vergelijking met een ongecontroleerde behandeling. Patiënten in de 'fast track' moeten duidelijk worden geïnstrueerd om zich bij de hulppost te melden indien ze normaal gesproken een arts zouden raadplegen. Dit bevordert de patiëntverantwoordelijkheid en stimuleert een volledige medische evaluatie indien nodig.
- Zorg voor continu toezicht op de 'fast track' door een ervaren medische hulpverlener.
- De toezichthouder dient zowel een aanspreekpunt te zijn voor patiënten (passief) als een inschatting te maken van de medische behoeften (actief) en indien nodig door te verwijzen naar de hulppost.
- Overweeg het systematisch toepassen van het START-algoritme voor toezicht, vooral als de toezichthouder geen ervaren verpleegkundige is in triage.
- 'Fast track' is best gekoppeld aan een bestaande hulppost voor efficiënte doorverwijzing.
- 'Fast track' blijft best operationeel zolang de hulppost open is, aangepast aan de omstandigheden van elk evenement.

3. Inhoud van de 'Fast Track':

- Aan te bieden eenvoudige verzorgingen:
 - Maandverband
 - Zonnecrème
 - Aftersun (na zonsondergang)
 - Pleisters
 - Coldpacks voor gekende musculoskeletale aandoeningen

- Wees terughoudend met het verstrekken van medicatie:
 - Overweeg het verstrekken van keeltabletten en zalf tegen jeuk of insectenbeten alleen op verzoek van de patiënt aan de aanwezige hulpverlener, in plaats van vrij beschikbaar te stellen.
 - Voorzichtigheid is geboden bij het verstrekken van niet-voorschriftplichtige medicatie vanwege mogelijke risico's, beperkt legaal kader en gebrek aan consensus.
 - Voorschriftplichtige medicatie kan enkel en alleen worden verstrekt na beoordeling door een arts, dus hoort niet thuis in 'fast track'

Door deze principes van registratie, toezicht en inhoud te hanteren, kan de 'fast track' een effectieve en veilige aanvulling zijn op het systeem van medische hulpverlening op massa-evenementen.

10 Lijst met afkortingen

FGI	Federaal Gezondheidsinspecteur
MUG	Mobiele urgentiegroep
PIT	Paramedisch interventieteam
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
START	Simple Triage And Rapid Treatment
MIP	Medisch Interventieplan
ESI	Emergency Severity Index
INSZ	Identificatienummer van de sociale zekerheid
BV	Bijvoorbeeld
KB	Koninklijk besluit
GMM	Graspop Metal Meeting
RW	Rock Werchter
TML	Tomorrowland
NB	Niet beschikbaar
CREDES	Conducting and Reporting Delphi-studies
MedTRIS	Medical Triage and Registration Informatics System
NSAID	Niet-steroïdale anti-inflammatoire medicatie
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongevallen
DGH	Dringende Geneeskundige Hulp
PRIMA	Plan Risico Manifestatie

11 Lijst met figuren

- Figuur 1:** Opbouw onderzoeksmethode
- Figuur 2:** PRISMA Flow Diagram
- Figuur 3:** Het START-triage algoritme
- Figuur 4:** Medische gegevensregistratie Rode Kruis Vlaanderen
- Figuur 5:** Uitgebreide, medische gegevensregistratie Vlaamse Kruis
- Figuur 6:** Basisverzorging medische gegevensregistratie Vlaamse Kruis
- Figuur 7:** Stroomdiagram aangepaste Delphi studie
- Figuur 8:** Ronde 1 - Moeten de gegevens van fast track patiënten even gedetailleerd geregistreerd worden als die van patiënten die in de hulppost gezien worden?
- Figuur 9:** Ronde 1- Is het wettelijk voldoende om enkel naam, voornaam en geboortedatum te registreren?
- Figuur 10:** Ronde 1 - Is het wettelijk verplicht dat er toezicht is door een medische hulpverlener?
- Figuur 11:** Ronde 1 - Is het voor u noodzakelijk dat er toezicht is door een medische hulpverlener?
- Figuur 12:** Ronde 1 - Is het wettelijk toegestaan om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen?
- Figuur 13:** Ronde 1 - Is het wettelijk toegestaan om in een 'fast track' voorschriftplichtige medicatie te bedelen?
- Figuur 14:** Ronde 1 - Is het medisch verantwoord om in een 'fast track' niet-voorschriftplichtige medicatie te bedelen?
- Figuur 15:** Ronde 1 - Is het medisch verantwoord om in een 'fast track' voorschriftplichtige medicatie te bedelen?
- Figuur 16:** Ronde 1 - Wat zouden uw concrete aanbevelingen zijn voor inhoud van 'fast track'?
- Figuur 17:** Ronde 2 - Wat verstaat u onder een zorgvuldig bijgehouden dossier?

Figuur 18: Ronde 2 - Wat houdt voor u identificatie van de patiënt in?

Figuur 19: Ronde 2 - Als u paracetamol zou aanbevelen in 'fast track', welke dosis zou u dan aanbevelen?

12 Lijst met tabellen

- Tabel 1:** Gegevensanalyse aantal contacten en verblijftijden T3
- Tabel 2:** Gegevensanalyse aanmeldingsklachten op vier Vlaamse festivals
- Tabel 3:** Naam en functie van deelnemende experts
- Tabel 4:** Aangepaste Delphi-studie - Ronde 1
- Tabel 5:** Aangepaste Delphi-studie - Ronde 2

13 Referentielijst

- Alaloul, W. S., Liew, M. S., & Zawawi, N. A. W. A. (2016). Identification of coordination factors affecting building projects performance. *Alexandria Engineering Journal*, 55(3), 2689–2698. <https://doi.org/10.1016/j.aej.2016.06.010>
- Belgisch Staatsblad. (2002). Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. *26 September 2002*, p. 43719.
- Belgisch Staatsblad. (2009). Koninklijk besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers. *30 Januari 2009*, p. 7229.
- Belgisch Staatsblad. (2015). Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. *18 Juni 2015*, p. 35172.
- Belgisch Staatsblad. (2019). Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. *14 Mei 2019*, p. 46372.
- Belgisch Staatsblad. (2023). Wet van 11 juni 2023 tot wijziging van artikel 124, 1°, van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de wetgeving betreffende de uitoefening van technische verpleegkundige verstrekkingen door. *14 Juli 2023*, p. 31107.
- Belgisch Staatsblad. (2024). Koninklijk besluit van 29 februari 2024 bepalende de lijst van activiteiten die tot het dagelijkse leven behoren, alsmede de voorwaarden waaraan deze activiteiten moeten beantwoorden om als dusdanig te worden beschouwd. *8 Maart 2024*, p. 31095.
- Chan, S. S. W., Cheung, N. K., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2015). Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Medical Journal = Xianggang Yi Xue Za Zhi*, 21(4), 345–352.
- Chemical Hazards Emergency Medical Management. (n.d.). START Adult Triage Algorithm. Retrieved from <https://chemm.hhs.gov/startadult.htm>
- Douglas, N., Leverett, J., Paul, J., Gibson, M., Pritchard, J., Brouwer, K., ... Smith, E. (2020). Performance of First Aid Trained Staff using a Modified START Triage Tool at Achieving Appropriate Triage Compared to a Physiology-Based Triage Strategy at Australian Mass Gatherings. *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(2), 184–188.
- Eitel, D. R., Rudkin, S. E., Malvey, M. A., Killeen, J. P., & Pines, J. M. (2010). Improving service quality by understanding emergency department flow: a White Paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(1), 70–79.
- Feldman, M. J., Lukins, J. L., Verbeek, R. P., MacDonald, R. D., Burgess, R. J., & Schwartz, B. (2004). Half-a-million strong: the emergency medical services response to a single-day, mass-gathering event. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(4), 287–296.
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., & Brook, R. H. (1984). Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health*, 74(9), 979–983.

- Gogaert, S., Vande Veegaete, A., Scholliers, A., & Vandekerckhove, P. (2016). “MedTRIS” (Medical Triage and Registration Informatics System): A Web-based Client Server System for the Registration of Patients Being Treated in First Aid Posts at Public Events and Mass Gatherings. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(5), 557–562.
- Haenen, W. (2021). *Voorstelling van de medische discipline binnen de noodplanning – luik 1 (het MIP) en luik 3 (PRIMA)*.
- Hasson, F., & Keeney, S. (2011). Enhancing rigour in the Delphi technique research. *Technological Forecasting and Social Change*, 78(9), 1695–1704.
- Horions, H. (2018). Mass Gathering medicine: wat met triage. *Eindwerk Postgraduaat Rampenmanagement*.
- Ieraci, S., Digiusto, E., Sonntag, P., Dann, L., & Fox, D. (2008). Streaming by case complexity: evaluation of a model for emergency department Fast Track. *Emergency Medicine Australasia : EMA*, 20(3), 241–249.
- Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DELphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31(8), 684–706.
- Mataloni, F., Colais, P., Galassi, C., Davoli, M., & Fusco, D. (2018). Patients who leave Emergency Department without being seen or during treatment in the Lazio Region (Central Italy): Determinants and short term outcomes. *PloS One*, 13(12), e0208914.
- McPherson, S., Reese, C., & Wendler, M. C. (2018). Methodology Update: Delphi Studies. *Nursing Research*, 67(5), 404–410.
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World Journal of Methodology*, 11(4), 116–129.
- National Center for Biotechnology Information. (n.d.). PubMed. Retrieved April 25, 2024, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Oredsson, S., Jonsson, H., Rognes, J., Lind, L., Göransson, K. E., Ehrenberg, A., ... Farrohknia, N. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 43.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71.
- Qatar computing research institute. (n.d.). Rayyan. Retrieved February 17, 2024, from <https://rayyan.ai>
- Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., ... Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in Emergency Department: Causes, Consequences, and Solutions-A Narrative Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(9).
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Bavestrello Piccini, G., Longhitano, Y., Zanza, C., ... Bressan, M. A. (2022). Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2).

- Van Remoortel, H., Scheers, H., Lauwers, K., Gillebeert, J., Stroobants, S., Vranckx, P., ... Vandekerckhove, P. (2022). Mass gathering events: a retrospective analysis of the triage categories, type of injury or medical complaint and medical usage rates. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 39(9), 708–711.
- Van Doorn, J. & Van Vught, F. (1978). Planning, methoden en technieken voor beleidsondersteuning. Assen: *Van Gorcum & Comp.*

14 Bijlagen

14.1 Antwoorden aangepaste Delphi-studie - Ronde 1 & Ronde 2

De volledige antwoorden van elke expert zijn supplementair beschikbaar bij de auteurs, maar werden hier niet in volledigheid toegevoegd gezien hun uitgebreidheid. Op vraag kunnen deze geanonimiseerd ingekeken worden, gezien ze digitaal bewaard zijn.

14.2 Onderzoeksvoorstel eindwerk postgraduaat Rampenmanagement

ONDERZOEKSVORSTEL EINDWERK

Doe-het-zelf zorgverlening op massa-evenementen als optimalisatie van de medische hulpverlening.

Werktitel:

Doe-het-zelf zorgverlening op massa-evenementen als optimalisatie van de medische hulpverlening.

Onderzoeksvraag:

Hoe kan het aanbieden van 'eenvoudige verzorging' de werklast voor medische hulpverlening tijdens massa-evenementen beïnvloeden?

- Waaruit bestaat 'eenvoudige verzorging', waar het slachtoffer zichzelf met minimale medische supervisie en voorzieningen kan verzorgen?
- Vanuit het voorbeeld van enkele grote muziekfestivals als massa-events: hoe groot is het aandeel van de 'eenvoudige verzorging', en hoe wordt dit in de huidige medische hulpverlening aangepakt?
- Welke mate van registratie dient er te gebeuren bij slachtoffers die enkel deze 'eenvoudige verzorging' toegediend krijgen?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat ook voor slachtoffers die deze 'eenvoudige verzorging' ondergaan de kwaliteit en veiligheid van medische zorg gewaarborgd blijven?

Korte beschrijving:

Massa-evenementen leiden tot een verhoogde behoefte aan medische zorg. Een essentieel aspect van de werklust voor zorgverleners is de triage en registratie van slachtoffers, en deze neemt toe naarmate het aantal slachtoffers stijgt. Er bestaat momenteel variatie in de procedures voor triage, registratie en de organisatie van hulpposten, zowel tussen verschillende organisaties als bij diverse evenementen.

Een deel van de slachtoffers bestaat uit mensen die nood hebben aan eenvoudige verzorging (zoals maandverband, zonnecrème, pleisters,..), en die zichzelf thuis prima zouden kunnen behelpen. Er zijn eveneens vaak vragen naar medicatie die in principe zonder voorschrift te verkrijgen is.

Het probleem is dat deze mensen een extra belasting vormen op het zorgsysteem van het massa-evenement. Ze vragen tijd en aandacht van administratieve medewerkers en zorgverleners, en kunnen de zorg voor dringende slachtoffers vertragen door de hulppost te overbelasten.

Het onderzoek omvat verschillende componenten. Allereerst zal er een literatuuronderzoek worden uitgevoerd om bestaande studies over minimale verzorging bij massa-evenementen te analyseren. Er zal ook gekeken worden naar bestaande literatuur over efficiëntieverhoging op spoedgevallendiensten met specifieke aandacht voor het concept 'fast track' (Oredsson, 2011), om te bekijken hoe we dit eventueel naar de medische hulpverlening op massa-evenementen kunnen extrapoleren. Daarnaast wordt een kwantitatieve analyse uitgevoerd met behulp van bestaande gegevens van diverse massa-evenementen in België. Hierbij wordt gekeken naar het percentage zelfverzorging en de impact daarvan op de tijd die slachtoffers in de hulppost doorbrengen. Na de analyse zal een aangepaste Delphi-methode worden toegepast om aanbevelingen te formuleren voor de omgang met deze slachtoffers, met als doel de impact op de hulppost te minimaliseren. Er zal onderzocht worden welke zorgen in aanmerking komen voor dit systeem, alsook welke niet-voorschriftplichtige medicatie eventueel verdeeld kan worden en welke implicaties dit zou hebben. Tot slot zal er onderzoek worden gedaan naar de minimale vereisten met betrekking tot de registratie van deze specifieke groep slachtoffers, met toetsen aan het wettelijk kader van de registratie van zorg.

Praktische relevantie:

Vanuit een theoretisch perspectief wordt de veiligheid van het toepassen van 'eenvoudige verzorging' onderzocht, met als doel dit veilig te implementeren in de praktijk tijdens massa-evenementen in België. De vraag die centraal staat, is of deze patiënten uit de reguliere stroom van slachtoffers kunnen worden gehaald. Hebben zij professionele medische zorg nodig tijdens dergelijke evenementen, of kunnen ze zichzelf op dezelfde manier verzorgen als thuis? En hoe kan dit bijdragen aan het verlichten van de werklust op medische hulpposten op massa-evenementen?

We streven ernaar dit verder te onderzoeken, en op basis van expert opinion en bestaande gegevens aanbevelingen te formuleren voor het uitbouwen van het concept 'eenvoudige verzorging' voor slachtoffers die enkel zelfzorg nodig hebben

Naam indiener:

Arnout Lauriks
Charlotte Faes

Contactgegevens:

- arnout.lauriks@gmail.com
- charlotte_faes@hotmail.com

Naam promotor:

Erik Genbrugge, Adjunct federaal gezondheidsinspecteur Antwerpen - Limburg - Vlaams Brabant. Expert Incident en Crisis Management.

Referenties:

Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, Asplund K, Castrén M, Farrohknia N.. (2011). A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, Jul 19, 19-43. 10.1186/1757-7241-19-43