KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst

Ling Yee Chow, Katholieke Universiteit Leuven
Lander Tubbax, Katholieke Universiteit Leuven
Evert Van Deun, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof.Dr. Birgitte Schoenmakers
Co-Promotor: Maartje Wils

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

VOORWOORD

Zoals elke huisarts wel weet, hoort ' van wacht zijn' nu eenmaal bij het beroep. We kennen allemaal de ervaring waarbij we midden in de nacht een oproep krijgen vanuit een rusthuis waar we nog maar zelden zijn geweest en geen patiënten volgen. Om wat achtergrond te krijgen van de onbekende patiënt begin je door het dossier te bladeren… Wat is de medische voorgeschiedenis? Welke medicatie neemt deze patiënt? Is deze patiënt dement en is er een zorgplanning afgesproken? Dit zijn heel belangrijke punten om een goede inschatting te maken en die het al dan niet verwijzen zullen beïnvloeden. Het blijkt vaak niet zo evident te zijn om al deze informatie efficiënt te verzamelen. Soms worden patiënten verwezen omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is om ze op een verantwoorde manier ambulant te kunnen behandelen.

Dergelijke ervaringen vormden dan ook de basis voor onze masterproef. We dachten eraan om een transferdocument op te stellen om alle informatie te bundelen in een eenvoudig en eenduidig document. Bij het grasduinen door de reeds bestaande literatuur en kwamen we terecht bij Maartje Wils en het eTCS-project. We besloten dan ook om mee te stappen in dit project en zo werkten we uiteindelijk mee aan de eerste fase van de implementatie onder de vorm van een pilootproject.

We willen ook nog een aantal mensen bedanken.
In eerste plaats onze promotor, prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, voor haar geduldige, snelle en steeds accurate ondersteuning. Met een andere promotor hadden we dit nooit tot een goed einde kunnen brengen. Vervolgens Maartje Wils om ons in te leiden in het thema en dat we deel mochten uitmaken van haar project. . Prof. Dr. Marc Sabbe voor zijn hulp en duiding bij de data-collectie van de spoedgevallendienst van het UZ Leuven. De praktijkopleiders; Wouter Van Mechelen, Lucas Ceulemans en Sabine van Baelen voor hun hulp en ondersteuning. Koen Thomeer en Roos Wouters voor hun hulp bij het opvragen van de data van de wachtpost. Dokter Chris van der Mullen voor zijn aanwijzingen en ondersteunig bij het uitschrijven. Simon Leclercq voor de samenwerken en het begeleiden van de focus groep.

Een speciaal woord van dank voor Peter Bernaers en Kathleen Sterckx, directeurs van de beide woonzorgcentra om ons zo gastvrij te ontvangen. De deelnemende huisartsen voor hun tijd.

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Deel I: Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst

Lander Tubbax, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof.Dr. Birgitte Schoenmakers
Co-Promotor: Maartje Wils

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Inhoud

Abstract 3
Inleiding 4
Methode 5
Resultaten 5
Discussie 8
Conclusie 9
Referenties 10
Bijlage.....12

ABSTRACT

ACHTERGROND

Sinds het ontstaan van de huisartsenwachtpost Oost-Brabant, in 2013, is er een goede samenwerking met de woonzorgcentra (WZC). In deze thesis gaan we na of de prevalentie van de transfer van ouderen naar de spoedgevallendienst in het weekend veranderd is sinds de komst van deze wachtpost.
De informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis verloopt ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt. Een transferdocument zou deze beperking kunnen verhelpen.
Verder dient er ook een draagvlak bij huisartsen te bestaan om dit transferdocument succesvol te implementeren. We peilen in deze thesis naar de perceptie van huisartsen omtrent het gebruik van een dergelijk document binnen de transitie van een residentiële naar een acute zorgsetting.

VRAAGSTELLING

Wat is de invloed van een wachtpost op het aantal aanmeldingen van ouderen op de dienst spoedgevallen in het weekend in Leuven?

METHODE

Voor dit deelonderzoek werd een retrospectief dwarsdoorsnede-onderzoek uitgevoerd. Hiervoor werden geanonimiseerde patiënten data opgevraagd bij de wachtpost van Leuven en vanuit de spoedgevallendienst van het UZ Leuven.

RESULTATEN

Uit dit onderzoek blijkt dat er vanaf 2012 een lichte daling te merken is in het aantal verwezen patiënten vanuit de woonzorgcentra alsook in het aantal patiënten die op de dienst spoedgevallen zijn toegekomen dat jaar, met opnieuw een stijging in 2014.
Verder is te zien dat het aantal doorverwijzingen per leeftijdscategorie stijgt met de leeftijd en dat de 65-plussers het grootste deel van de doorverwijzingen vertegenwoordigen.
Het grootste deel van de patiënten dat zich aanmeldt op de dienst spoedgevallen van het UZLeuven worden door de huisarts gestuurd met een verwijsbrief.
De plaats van herkomst bij verwijzing leert dat er zeker een groot deel patiënten vanuit een woonzorgcentra naar de spoedgevallen wordt verwezen. Tenslotte blijkt dat patiënten die door een arts worden verwezen vaker intern worden doorverwezen na hun bezoek aan de spoedgevallen.

CONCLUSIE

Enerzijds bepalen ouderen en zeker rustoord bewoners een grote groep van het aantal aanmeldingen op de dienst spoedgevallen. Zeker bij de rustoordbewoners zal de verwijzer vaak een huisarts vanuit de wachtpost zijn en uit de data kunnen we vermoeden dat huisartsen gericht verwijzen. Toch kunnen we geen duidelijke daling waarnemen in het aantal aanmeldingen op spoed sinds de oprichting van de wachtpost. Er blijkt dus een parallelle stroom te ontstaan naar de wachtposten, naast de al bestaande stroom richting spoedgevallen.

INLEIDING

De oudere patiënt is vaak belast met een verminderde fysieke toestand, multi-morbiditeit en een eventueel verminderd cognitief functioneren. Ouderen in de residentiële zorg zijn vaak omgeven door heel wat (para)medisch personeel, die hen kunnen assisteren bij hun specifieke zorgnoden. Omwille van de complexiteit van zorg en het grote aantal betrokken zorgverleners is het belangrijk om een goede informatieoverdracht te voorzien. bij een acute nood is anderzijds een goede informatieoverdracht tussen paramedici uit de residentiële zorg, de wachtarts en de spoeddiensten essentieel om de continuïteit van zorg te waarborgen bij de overgang van de residentiële naar een acute zorgsetting. Op dit moment zijn er geen eenduidige afspraken over de informatieoverdracht tussen de residentiële zorgverstrekkers en de bezoekende artsen. Deze overdracht verloopt vaak op basis van een dagjournaal, via mondeling overleg of met specifieke protocollen, opgesteld in samenwerking met de CRA (coördinerend raadgevend arts) of de inrichtende macht van de residentie. Voor de informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis zijn evenmin afspraken voorzien. De overdracht verloopt daardoor ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt[5]
Een degelijke communicatie tussen de verschillende actoren in de zorg verzekert de continuïteit van zorg aan de patiënt, wat zich onder andere vertaalt in de hospitalisatieduur en de zelfredzaamheid[2]. Een gebrek aan continuïteit leidt tot additionele morbiditeit, verhoogde mortaliteit en hogere kosten in de gezondheidszorg[3]. Het gebrek aan informatie over de patiënt vormt een belemmering bij het maken van een goede klinische inschatting.

Elke Vlaamse arts is verplicht om bij te dragen tot de continuïteit van medische zorg, inclusief tijdens de weekends en op feestdagen. Momenteel evolueert de Vlaamse wachtdienstregeling naar een systeem van huisartsenwachtposten: een centraal gelegen, medische post die uitgerust is met de nodige voorzieningen en personeel.

Ook in Leuven wordt de wachtdienst in het weekend georganiseerd vanuit een wachtpost. De huisartsenkringen die deze wachtposten organiseren zijn belast met een aantal opdrachten die de kwaliteit van zorg moeten bewaken, waaronder "*de optimalisatie van de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers" en "samenwerkingsovereenkomsten afsluiten met ziekenhuizen om de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen". (www.zorg-en-gezondheid.be/huisartsenkringen).*

De zorg voor ouderen tijdens een wachtdienst wordt bemoeilijkt door een tekort aan goede informatie over deze patiënten dit is vaak het gevolg van een beperkt dossier, een niet uniforme notatie van de gegevens of van een moeilijke communicatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn in de zorg van deze mensen. Om hieraan tegemoet te komen werd recent een transferfiche ontwikkeld en gevalideerd[4]. Deze fiche is een instrument waarmee de verschillende actoren in de ouderenzorg - huisarts, verplegend personeel, spoedarts en geriater - patiënten informatie kunnen delen. Deze transferfiche kan de huisarts van wacht assisteren bij het maken van een goede klinische inschatting, wanneer deze wordt opgeroepen voor een patiënt in een WZC (woonzorgcentra). Een voorwaarde is dan wel dat de fiche zo volledig mogelijk wordt ingevuld door de behandelend arts en het verzorgend personeel.

In deze thesis wordt er nagegaan of de prevalentie van de transfer van ouderen naar de spoedgevallendienst in het weekend veranderd is sinds de komst van deze wachtpost. Hiervoor worden de patiëntenstromen tussen enerzijds de thuissituatie en anderzijds de WZC naar de dienst spoedgevallen onderzocht.
Secundair, wordt er in deze thesis bij huisartsen gepeild naar de perceptie en haalbaarheid van een transferfiche bij de transitie van een residentiële naar een acute zorgsetting.

METHODE

Onderzoeksvraag: Wat is de invloed van een wachtpost op het aantal aanmeldingen van ouderen op de dienst spoedgevallen in het weekend in Leuven?

Voor dit deelonderzoek werd een retrospectief dwarsdoorsnede-onderzoek uitgevoerd. Hiervoor werden geanonimiseerde patiënten data opgevraagd bij de wachtpost van Leuven. De inclusieperiode betrof alle weekends in 2014 en vanuit de spoedgevallendienst van het UZ Leuven voor de periode 2009-2014. Bij deze collectie werd enkel gefocust op een oudere populatie (>75J), waarbij de volgende exclusiecriteria voorop werden gesteld: patiënten mochten niet geopereerd zijn in de laatste maand voor de aanmelding; patiënten mochten niet opgenomen zijn in een ziekenhuis in de laatste maand voor de aanmelding; patiënten mochten zich niet in een palliatieve of terminale fase bevinden,(dit wil zeggen met een verwachte levensduur van minder dan 3 maanden). Deze data werden geanalyseerd met univariate en multivariate technieken. De onafhankelijke variabelen zijn leeftijd, geslacht, plaats van herkomst bij verwijzing en plaats van een eventuele doorverwijzing. De afhankelijke variabelen zijn het al dan niet verwezen zijn en de bestemming na spoedgevallen. De uitkomstmaten zijn transfer van ouderen van woonzorgcentra naar spoedgevallen, het aantal verwezen patiënten en het aantal patiënten die zich aanmelden op de dienst spoedgevallen.
Dit onderzoek werd goedgekeurd door de MEC (medisch-ethische commissie) van het UZ Leuven.

RESULTATEN

In tabel 1 zien we het aantal verwijzingen naar spoedgevallen en het aantal verwijzingen vanuit woonzorgcentra per jaar. Vanaf 2012 is er een lichte daling te merken van het aantal verwezen patiënten vanuit de woonzorgcentra, toch opnieuw een stijging in 2014. Het aantal patiënten die op de dienst spoedgevallen zijn toegekomen vertoont een duidelijke daling in 2012, met in de volgende jaren terug een trage toename. In tabel 2 staan de resultaten van het aantal verwezen patiënten vanop de wachtpost, uitgezet volgens leeftijd. Het is hierbij duidelijk dat oudere patiënten vaker doorverwezen worden dan jongeren. De groep van 65-plussers is verantwoordelijk voor het grootste deel van de verwijzingen. Het grootste deel van de patiënten dat zich aanmeldt op de dienst spoedgevallen van het UZLeuven worden door de huisarts gestuurd met een verwijsbrief, gevolgd door doorverwijzing via wachtartsen en mensen die op eigen initiatief komen in gelijke delen. (tabel 3) De meeste mensen komen van hun woonplaats, verder ook een behoorlijk percentage vanuit een woonzorgcentrum en vanop de openbare weg. (tabel 4) Mannen en vrouwen melden zich in een vergelijkbaar percentage aan, met een klein overwicht voor de vrouwelijke patiënten. (tabel 5) Uit de laatste tabel blijkt dat mensen die zich op eigen initiatief aanmelden op de dienst spoedgevallen in ongeveer gelijke mate of terug naar huis kunnen gaan of intern worden doorverwezen. Bij de patiënten die door een arts doorgestuurd worden, wordt ongeveer drie vierde intern doorverwezen, tegenover een vierde die terug naar huis kan.
Vanaf 2012 is er een lichte daling te merken van het aantal verwezen patiënten vanuit de woonzorgcentra, toch opnieuw een stijging in 2014. In het aantal patiënten dat op de dienst spoedgevallen is toegekomen valt er een duidelijke daling op in 2012, met in de volgende jaren terug een trage toename.

Verder is te zien dat het aantal doorverwijzingen per leeftijdscategorie stijgt met de leeftijd en dat de 65-plussers het grootste deel van de doorverwijzingen vertegenwoordigen. (tabel 2)
Er blijkt weinig invloed te zijn van het geslacht van de patiënt op de aanmelding op de dienst spoedgevallen.
De plaats van herkomst bij verwijzing leert dat er zeker een groot deel patiënten vanuit een woonzorgcentra naar de spoedgevallen wordt verwezen en uit tabel 6 blijkt dat patiënten die door een arts worden verwezen vaker intern worden doorverwezen na hun bezoek aan de spoedgevallen.

Datum	**Verwezen vanuit een WZC**		**Toegekomen op Spoedgevallen**	
	Frequentie	*Percentage*	*Frequentie*	*Percentage*
2009	958	14.16	8140	14.33
2010	1027	15.18	8423	14.83
2011	1034	15.28	9220	16.23
2012	983	14.53	8047	14.17
2013	953	14.09	8354	14.71
2014	1042	15.40	8619	15.17
2015	769	11.37	6005	10.57

Tabel 1 Aantal patiënten verwezen vanuit een WZC en aantal toegekomen patiënten op de dienst spoedgevallen per jaar.

Leeftijd	**Niet Verwezen**	**Verwezen**	**Total**
1 (> 85jaar)			
frequentie	769	50	819
Percentage	93.89	6.11	
2 (75 – 85jaar)			
frequentie	915	69	984
Percentage	92.99	7.01	
3 (65 – 75jaar)			
frequentie	929	56	985
percentage	94.31	5,69	
5 (0 – 65jaar)			
frequentie	12221	370	12591
percentage	97.06	2,94	
Totaal			
frequentie	14834	545	15379
percentage	96.46	3.54	100.00
		ontbrekende frequentie =461	
Opmerking: leeftijd 5 is alles onder de 65			

Tabel 2 Aantal verwezen patiënten vanuit de wachtpost volgens leeftijd

	Aantal	Percentage
Eigen initiatief	313	4.63
Huisarts + brief	4256	62.90
Huisarts + telefoon	54	0.80
Leek	965	14.26
Andere	2	0,02
Specialist UZLeuven	144	2,13
Specialist niet UZLeuven	74	1,09
Wachtarts + brief	951	14,06
Wachtarts + telefoon	7	0,10
Totaal	6766	100,0

Tabel 3 Wijze van verwijzing en verwijzer.

	Frequentie	Percentage
Ander universitair ziekenhuis	30	0.05
Andere instelling	178	0.31
Buitenlands ziekenhuis	59	0.10
Niet-universitair ziekenhuis	956	1.68
Openbare plaats	1727	3.04
Psychiatrische instelling	410	0.72
Rust- en verzorgingstehuis	35	0.06
Rustoord	6731	11.85
Andere	37	0.08
UZ Leuven	2179	3.84
Woonplaats	44466	78.27

Tabel 4 Plaats van herkomst volgens doorverwijzing

	Frequentie	Percentage
Man	26222	46.16
Vrouw	30586	53.84

Tabel 5 Aantal doorverwezen patiënten volgens geslacht

	Andere	Interne doorverwijzing	Niet-universitair ziekenhuis	Overleden	Psychiatrische instelling	Rustoord	Universitair ziekenhuis. (niet UZLeuven)	Woonplaats	Totaal
Eigen initiatief									
Frequentie	4	6994	24	33	28	117	9	6533	13749
Percentage	0.08	50.87	0.17	0.24	0.20	0.85	0.07	47.52	100.00
Huisarts + brief									
Frequentie	27	19736	33	104	144	897	10	6642	27593
Percentage	0,1	71.53	0.12	0.38	0.52	3.25	0.04	24.07	100.00
Huisarts + telefoon									
Frequentie	2	275	0	1	2	11	0	93	384
Percentage	0.52	71.61	0.00	0.26	0.52	2.86	0.00	24.22	100.00
Leek									
Frequentie	35	3464	14	138	41	298	5	1289	5271
Percentage	0.42	65.72	0.27	2.62	0.78	5.65	0.09	24.45	100.00
Andere									
Frequentie	0	12	0	0	0	0	0	4	16
Percentage	0.00	75.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.00	100.00
Politie									
Frequentie	3	14	0	0	4	0	0	20	41
Percentage	7.32	34.15	0.00	0.00	9.76	0.00	0.00	48.78	100.00
Specialist UZLeuven									
Frequentie	4	2753	2	103	50	52	0	717	3685
Percentage	0.11	74.71	0.05	2.80	1.36	1.41	0.00	19.46	100.00
Specialist niet UZLeuven									
Frequentie	5	1669	32	28	102	18	1	218	2071
Percentage	0.15	80.59	1.55	1.35	4.93	0.87	0.05	10.53	100.00
Wachtarts + brief									
Frequentie	7	2800	10	29	15	227	1	874	3963
Percentage	0.18	70.65	0.25	0.73	0.38	5.72	0.03	22.05	100.00
Wachtarts + telefoon									
Frequentie	0	26	0	0	0	2	0	7	35
Percentage	0.00	74.29	0.00	0.00	0.00	5.71	0.00	20.00	100.00
Totaal									
Frequentie	79	37743	115	436	386	1622	26	16397	56808
Percentage	0.14	66.44	0.20	0.77	0.68	2.85	0.05	28.86	100.00

Tabel 6 wijze van verwijzing en verwijzer volgens bestemming na spoedgevallen.

DISCUSSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat er vanaf 2012 een lichte daling te merken is in het aantal verwezen patiënten vanuit de woonzorgcentra alsook in het aantal patiënten die op de dienst spoedgevallen zijn toegekomen dat jaar, met opnieuw een stijging in 2014.
Verder is te zien dat het aantal doorverwijzingen per leeftijdscategorie stijgt met de leeftijd en dat de 65-plussers het grootste deel van de doorverwijzingen vertegenwoordigen.
Het grootste deel van de patiënten dat zich aanmeldt op de dienst spoedgevallen van het UZLeuven worden door de huisarts gestuurd met een verwijsbrief.
De plaats van herkomst bij verwijzing leert dat er zeker een groot deel patiënten vanuit een woonzorgcentra naar de spoedgevallen wordt verwezen. Tenslotte blijkt dat patiënten die door een arts worden verwezen vaker intern worden doorverwezen na hun bezoek aan de spoedgevallen.

Er is eerder een dalende trend in het aantal verwezen patiënten, toch in 2014 lichte stijging tegen over de vorige jaren. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er in 2014 een griepepidemie was met hoge prevalentie en lange duur. Verder kwam de griepepidemie van seizoen 2013-2014 redelijk laat op het jaar, terwijl deze van het seizoen 2014-2015 eerder vroeg viel. [1]

65-plussers zijn verantwoordelijk voor 24% van het aantal verwijzingen vanuit de wachtpost. Het is al vaker beschreven dat jongere mensen gemakkelijker kiezen om naar de spoedgevallen te gaan, zeker in weekends of 's nachts dan ouderen.[2,3] Dit zou ook een rol kunnen spelen in het grotere aantal verwijzingen in deze leeftijdsgroep. Toch kunnen we hieruit besluiten dat de groep 65-plussers een groot deel vertegenwoordigd van het aantal verwijzingen en dat een verbetering van de communicatie kan zorgen voor een verbetering van de efficiëntie van verwijzingen in het algemeen.

Bijna 12% van het aantal patiënten dat op spoed terecht komt zijn bewoners uit een rusthuis. Dit is vergelijkbaar met cijfers uit andere landen, zoals Ierland waar men ziet dat 65-plussers tot 20% van de aanmeldingen op spoed vertegenwoordigen, ongeveer 8% zijn bewoners van een rusthuis. [4] Nog in Ierland beschrijft men dat 59% van de patiënten zich zelf aanmelden op spoed. Waarbij men ziet dat meer dan de helft van de patiënten die niet doorverwezen worden door een ziekenwagen worden binnengebracht. De cijfers in Zwitserland [5] en andere landen zijn vergelijkbaar. (gemiddeld 12% tot 24 %)[6]

Tot 63% wordt verwezen door een huisarts, ongeveer 14% door een wachtarts

Er worden iets meer vrouwen dan mannen verwezen. Uit de literatuur blijkt dat mannen sneller naar de dienst spoedgevallen gaan, terwijl vrouwen eerder een huisartsenwachtpost verkiezen. [2,3]
Het aantal interne verwijzingen ligt merkelijk hoger na verwijzing door huisarts/wachtarts dan bij mensen die op eigen initiatief naar spoed gaan. (70% t.o.v. 50%) We hebben geen data over de verdere behandeling van deze patiënten maar uit de literatuur weten we wel dat ongeveer 10% van de verwijzingen door huisartsen onterecht zijn.[7,8] (tegenover ongeveer 50% bij patiënten die op eigen initiatief naar de dienst spoedgevallen komen[9]) Verwijzingen vanuit een rusthuis worden in slechts 7% van de gevallen als onterecht gezien. [10,11] Patiënten die door huisarts verwezen worden hebben dus een significant hogere opname ratio. Uit onze data zouden we dus kunnen vermoeden dat huisartsen gericht verwijzen. Het zou ook zo kunnen zijn dat deze patiënten minder goed getrieerd worden aangezien zij reeds gezien werden door een arts. Vermoedelijk gaat het om een combinatie van de beide redenen.

Verder valt het op dat er geen duidelijke daling te zien is in het aantal aanmeldingen op spoed sinds het oprichten van de wachtpost. Deze trend wordt ook in het recentste KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) rapport bevestigd. [12]

Verschillende redenen worden als mogelijke verklaring naar voor geschoven; Het huidige model van wachtposten biedt geen oplossing voor de belasting van de spoedgevallen en dit huidige model wordt gekenmerkt door lage werkbelasting.

Hoewel wachtposten in België vooral werden opgericht om de werkomstandigheden van de huisartsen te verbeteren, worden ze internationaal beschouwd als een alternatief voor een deel van de spoedcontacten. Bovendien is de organisatie van de wachtposten niet afgestemd op die van de spoeddiensten: beperkte openingsuren, geen afspraken met de spoeddiensten over doorverwijzing, gelokaliseerd buiten de ziekenhuisomgeving, onvoldoende gekend bij de bevolking.

Het ziekenhuis blijft dan ook de voornaamste aantrekkingspool voor patiënten met een ongeplande acute zorgvraag.

Verder is het ook zo dat er bij sommige wachtposten een lage effectieve werkbelasting is, vooral 's nachts. Zo blijkt uit gegevens van 33 wachtposten dat het gemiddeld aantal contacten per nacht varieert van 1 tot 4 consultaties en van1 tot 3,5 huisbezoeken.

Er lijkt dus een parallelle stroom te ontstaan naar de wachtposten, naast de al bestaande stroom richting spoedgevallen. Dat er een parallelle stroom ontstaat is het gevolg van een bekend adagio: hoe meer zorg je aanbiedt , hoe meer zorg er geconsumeerd wordt.[13,14] Vandaar dat er naast de telefonische triage ook eenzelfde fysieke pre-triage aan de ingang van spoed zou moeten komen zoals in de wachtpost.

CONCLUSIE

Op de vraag wat de invloed van een wachtpost is op het aantal aanmeldingen van ouderen op de dienst spoedgevallen moet het antwoord genuanceerd zijn. Enerzijds bepalen ouderen en zeker rustoord bewoners een grote groep van het aantal aanmeldingen op de dienst spoedgevallen. Zeker bij de rustoordbewoners zal de verwijzer vaak een huisarts vanuit de wachtpost zijn en uit de data kunnen we vermoeden dat huisartsen gericht verwijzen. Toch kunnen we geen duidelijke daling waarnemen in het aantal aanmeldingen op spoed sinds de oprichting van de wachtpost. Er blijkt dus een parallelle stroom te ontstaan naar de wachtposten, naast de al bestaande stroom richting spoedgevallen.

REFERENTIES

1. Influenza B, Les B. Wekelijks Influenza bulletin Bulletin hebdomadaire Influenza Weekly Influenza bulletin. 2012;34:1-8.
2. Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics. *Patient Educ Couns*. 2008;70(2):256-265. doi:10.1016/j.pec.2007.10.012.
3. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Fam Pract*. 2010;11(1):88. doi:10.1186/1471-2296-11-88.
4. Kennelly SP, Drumm B, Coughlan T, Collins R, O'Neill D, Romero-Ortuno R. Characteristics and outcomes of older persons attending the emergency department: a retrospective cohort study. *QJM*. 2014;107(12):977-987. doi:10.1093/qjmed/hcu111.
5. Businger AP, Kaderli R, Burghardt LR, Osinga R, Liesch M, Furrer M. Demographic Changes and Their Implications in a Nonacademic Emergency Department in Switzerland: An 11-Year Trend Analysis (2000–2010) of 104,510 Patients. *ISRN Emerg Med*. 2012;2012:1-6. doi:10.5402/2012/865861.
6. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: A review. *Ann Emerg Med*. 2010;56(3):261-269. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.04.015.
7. Ng JY, Fatovich DM, Turner VF, Wurmel JA, Skevington SA, Phillips MR. Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. *Med J Aust*. 2012;197(9):498-502. doi:10.5694/mja12.10689.
8. Gray JT, Walker a. Is referral to emergency care practitioners by general practitioners in-hours effective? *Emerg Med J*. 2009;26(8):611-612. doi:10.1136/emj.2008.059956.
9. van der Linden MC, Lindeboom R, van der Linden N, et al. Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. *Int J Emerg Med*. 2014;7:28. doi:10.1186/s12245-014-0028-1.
10. Bergman H, Carfield AM. Appropriateness of Patient Transfer from a Nursing Home to an Acute-Care Hospital: A Study of Emergency Room Visits and Hospital Admissions. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(12):1164-1168. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb03568.x.
11. Vossius CE, Ydstebø AE, Testad I, Lurås H. Referrals from nursing home to hospital: Reasons, appropriateness and costs. *Scand J Public Health*. 2013;41(4):366-373. doi:10.1177/1403494813484398.
12. Organisatie en financiering van spoeddiensten in belgië: huidige situatie en opties voor hervorming 2016. 2016.
13. Ramlakhan S, Mason S, O'Keeffe C, Ramtahal A, Ablard S. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. *Emerg Med J*. 2016:emermed - 2015-204900. doi:10.1136/emermed-2015-204900.
14. Burke D. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. *Emerg Med J*. 2016:emermed - 2015-205667. doi:10.1136/emermed-2015-205667

BIJLAGE

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student Dear student Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven. Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards. If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp05367	Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst

❍ GOEDGEKEURD - ❍ AFGEKEURD

Student(en):
Ling Yee Chow
Evert Van Deun
Lander Tubbax
Promotor:
Birgitte Schoenmakers
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
multicentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Inleiding

Patiënten hebben buiten de vaste werkuren een vrije toegang tot gezondheidszorg in de eerste of tweede lijn, respectievelijk de huisarts van wacht en de spoedgevallendienst.

De oudere patiënt bevindt zich in dergelijk geval in een kwetsbare situatie. Met name de fysieke toestand, de mogelijke multi-morbiditeit en een eventueel verminderd cognitief functioneren kan ervoor zorgen dat de oudere gehinderd wordt in de communicatie naar een zorgverlener toe1. Ouderen in de residentiële zorgsector zijn daarentegen omgeven door paramedisch personeel, die de oudere kan assisteren bij een acute zorgnood.

Een goede informatieoverdracht tussen paramedici uit de residentiële zorg, de wachtarts en de spoeddiensten is essentiëel om de continuïteit van zorg te waarborgen bij de overgang van deze residentiële naar een meer acute zorgsetting.

Een degelijke communicatie tussen de verschillende actoren levert een betere uitkomst voor de patiënt op, bijvoorbeeld wat betreft hospitalisatieduur en functionaliteit2, en verzekert de continuïteit van de zorg. Een gebrek aan continuïteit leidt tot additionele morbiditeit, verhoogde mortaliteit en hogere kosten in de gezondheidszorg3. Deze continuïteit waarborgen is een belangrijke prioriteit, en tevens een van de belangrijkste doelstellingen van de huisartsenwachtposten3.

Een transferfiche, waarbij de verschillende actoren in de ouderenzorg patiënteninformatie kunnen delen, werd onlangs ontwikkeld en gevalideerd4. Deze transferfiche heeft als doel de informatieoverdracht bij de transitie van ouderen te verbeteren.

Probleemstelling

Sinds het ontstaan van de huisartsenwachtpost Oost-Brabant, in 2013, is er een goede samenwerking met de woonzorgcentra (WZC). In deze thesis gaan we na of de prevalentie van de transfer van ouderen naar de spoedgevallendienst in het weekend veranderd is sinds de komst van deze wachtpost. De informatieoverdracht tussen de residentiële zorg, de wachtarts en het ziekenhuis verloopt ontoereikend en is niet afgestemd op de noden van de geriatrische patiënt5.

Dit gebrek aan informatie lijkt een belemmering te zijn bij het maken van een goede klinische inschatting. Een transferfiche zou deze beperking kunnen verhelpen4.

Verder dient er ook een draagvlak bij huisartsen te bestaan om deze transferfiche succesvol te implementeren. We peilen in deze thesis naar de perceptie van huisartsen omtrent het gebruik van een dergelijk document binnen de transitie van een residentiële naar een acute zorgsetting.

Vraagstelling:

Onderzoeksvraag

Concreet wordt er in dit onderzoek nagegaan:

Wat de perceptie van huisartsen is omtrent het gebruik van een dergelijke fiche.

Methodologie:

Methoden en uitkomstmaten Aan de hand van kwalitatief onderzoek wordt de perceptie van huisartsen over het gebruik van deze transferfiche tijdens de weekendwacht bekeken. Daarnaast wordt bekeken of de fiche een invloed heeft op de besluitvorming van de huisarts tijdens de wachtdienst. Populatie Dit onderzoek spitst zich toe op ouderen (>75j) met volgende exclusiecriteria: 1. Patiënten mogen niet geopereerd zijn in de laatste maand voor de aanmelding. 2. Patiënten mogen niet opgenomen zijn in een ziekenhuis in de laatste maand voor de aanmelding. 3. Patiënten mogen zich niet in een palliatieve of terminale fase bevinden, dit wil zeggen met een verwachte levensduur van minder dan 3 maanden.

Referenties:

Referenties 1. Kessler C, Williams MC, Moustoukas JN, et al. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. Clin Geriatr Med 29 (2013) 49-69 2. Shin DW, Cho J, Yang HK, et al. Impact of Continuity of Care on Mortality and Health Care Costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. Ann Fam Med 2014;12:534-541. 3. Gitell JH, Fairfield KM, Bierbaum B, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care. 2000 Aug;38(8):807-19. 4. Wils M, Devriendt E, Milisen K, et al. De ontwikkeling en validering van een transferdocument voor de zorgoverdracht tussen de residentiële en de acute zorgsector: een voorbeeld uit de regio Leuven, Vlaams Brabant. TVGG, aanvaard (?). 5. Cwinn MA, Forster AJ, Cwinn AA,, et al. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department CJEM 2009;11(5):462-71.