Welke ernst en dringendheid schrijven patiënt en arts toe aan de klacht waarmee de huisarts van wacht geconsulteerd wordt in het weekend?

Hanne Van Camp, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: dr. Stefan Morreel, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017 – 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

ABSTRACT

Context
Uit de literatuur weten we dat de dienst spoedgevallen het hoofd moet bieden aan stijgende patiëntenaantallen. Bovendien is er veel inloop van patiënten ('zelfverwijzers') waarvan de meeste verder geholpen kunnen worden door de huisarts. Het is moeilijk om in te schatten welke patiënten 'ongepast' of 'vermijdbaar' zijn. De eerstelijnszorg heeft reeds verschillende modellen ingevoerd om de zorg op grotere schaal te organiseren, met wisselende resultaten. In België is er vrije toegang tot eerste, tweede, en derdelijnszorg. De patiënt kiest, ook buiten de kantooruren, bij welke hulpverlener hij geholpen wil worden. Sinds 2003 worden in meerdere regio's huisartsenwachtposten (HWP) opgericht. Op dit ogenblik is er in België enkel administratief ondersteunend personeel. Er gebeurt geen triage op de wachtposten. 'Triage' wordt gedefinieerd als « het indelen van patiënten om de dringendheid en de meest aangewezen plaats van behandeling in te schatten ».
Wij stellen ons de vraag of de patiënten op de juiste plaats binnen het zorglandschap zitten. Aangezien hier geen gouden standaard voor bestaat, bekijken we het vanuit een andere hoek.

Onderzoeksvraag
Welke ernst en dringendheid schrijven patiënt en arts toe aan de klacht waarmee de huisarts van wacht geconsulteerd wordt in het weekend ?

Methode
We voeren een prospectief observationeel onderzoek uit door middel van een gestructureerde vragenlijst, aangevuld met 5 open vragen. Onze populatie werd gevonden in patiënten die de HWP van de huisartsenkring Antwerpen Oost overdag (tussen 8-18u) bezochten tijdens 3 weekends in mei en juni 2017. De resultaten werden opgeslagen in een excell-spreadsheet, de analyses werden uitgevoerd met SPSS statistics 24.

Resultaten
Er werden 300 patiënten geïncludeerd. De ernst werd als maximaal gescoord bij 9% van de patiënten, voor de dringendheid is dit 12%. De arts scoorde de ernst maximaal bij 1 patiënt (0,3%), de dringendheid schatte hij maximaal in bij 3 patiënten (1%). We zagen dat er een correlatie is tussen taal en de inschatting van ernst en dringendheid van de patiënt. Bij de arts is er een correlatie tussen deze inschatting en nationaliteit en verwijsgedrag. De dag van het weekend heeft een zwakke correlatie met de ingeschatte dringendheid van de arts.

Conclusies
De inschatting of een patiënt al dan niet terecht in de HWP zit, is subjectief. We zien dat er een verschil is in inschatting van ernst of dringendheid tussen de patiënt en de arts. We denken dat de patiënt de ernst of dringendheid niet altijd correct inschat. Triage zou hierbij kunnen helpen om op een gestructureerde manier patiënten naar de juiste zorg binnen de juiste termijn te helpen.
We zullen rekening moeten houden met taal en nationaliteit als we triage-systemen opzetten.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING 1

LITERATUURONDERZOEK 3

1. Wat zijn de struikelblokken ? 4
2. Wat zijn de mogelijke oplossingen ? 4
3. Wat zijn de gevolgen van deze nieuwe vormen van zorg buiten de kantooruren ? 5
4. Wat zijn de kenmerken van patiënten die op de huisartsenwachtpost komen ? 5

METHODE 7

1. Setting 7
2. Vragenlijst 7
3. Ethisch comité 8

RESULTATEN 9

1. Kenmerken van de studiepopulatie 9
2. Klacht-diagnose 11
3. Verbanden tussen de variabelen 11
4. Inschatting patiënt versus arts 13
5. Doorverwijzing 13

DISCUSSIE 15

1. Sterktes en zwaktes van de studie 15
2. Representatieve populatie ? 16
3. Interpretatie van de resultaten 17

BESLUIT 19

BIJLAGEN 20

REFERENTIES 35

INLEIDING

In België is er vrije toegang tot eerste, tweede, en derdelijnszorg. Er is geen 'gatekeeper', zoals de huisarts, en patiënten moeten geen verwijsbrief hebben. Dokters worden meestal betaald volgens 'betaling per prestatie'. Patiënten zijn verplicht een ziekteverzekering te hebben waardoor bepaalde medische kosten terugbetaald worden. Patiënten kunnen zich inschrijven bij een vaste huisarts (GMD: globaal medisch dossier), maar dit is niet verplicht om toegang te hebben tot zorg. De patiënt kiest, ook buiten de kantooruren, bij welke hulpverlener hij geholpen wil worden. De huisarts in België is verplicht 24uur zorg aan te bieden. Huisartsen plannen de zorg buiten de kantooruren volgens een 'rotatie-systeem'. Dit wordt georganiseerd door lokale huisartsenkringen. [1, 2] Naast dit systeem waarbij de huisarts zijn wachtdienst doet vanuit zijn eigen praktijk, worden sinds 2003 in meerdere regio's huisartsenwachtposten (HWP) opgericht. Dit heeft verschillende doelen: centrale ligging (bereikbaarheid en herkenbaarheid vergroot), verhoogde veiligheid voor de zorgverleners, rapportering aan de eigen huisarts van de patiënt en kwaliteitsbewaking van de zorgverlening. [3, 4] Momenteel kan ongeveer 50% van de bevolking beroep doen op een HWP voor eerstelijnszorg buiten de kantooruren. Op dit ogenblik is er in België enkel administratief ondersteunend personeel. Er gebeurt geen triage op de wachtposten zoals dit op diensten voor spoedgevallen en in Nederland wel het geval is. [4] De MeSH-term 'triage' wordt gedefinieerd als "het indelen van patiënten om de dringendheid en de meest aangewezen plaats van behandeling in te schatten".

Uit eerder onderzoek is gebleken dat onthaalmedewerkers, die doorgaans geen medische scholing gekregen hebben, deze inschatting niet optimaal kunnen maken. [4] De vraag naar richtlijnen hieromtrent neemt dan ook toe. Ook patiënten zelf zijn vragende partij naar advies in hun keuze.

We stelden ons de vraag of patiënten op de juiste plaats binnen het zorglandschap zitten. Aangezien hier geen gouden standaard voor bestaat (cfr. literaruur), proberen we dit vanuit een andere hoek te bekijken. Samen met collega HAIO Anneleen Huyghebaert heb ik een studie opgezet. Ik bekijk welke ernst en dringendheid de patiënt en de arts aan het probleem toeschrijven. We gaan na in welke mate deze inschatting overeenkomt.

Anneleen Huyghebaert zal bekijken met welke klacht de patiënt de huisarts van wacht in het weekend consulteert.

De literatuurstudie en het onderzoek werden gemeenschappelijk uitgevoerd. Hierna hebben we elk onze eigen onderzoeksvraag statistisch beantwoord.

LITERATUURONDERZOEK

Wetenschappelijke artikels werden in januari 2017 gezocht in Pubmed, via de MeSH-termen « after-hours care », « general practice », « family practice » en « triage ». Verder werden ook de keywords, 'walk-in patient', 'self-referral', 'GP cooperative', 'patient choice' en 'pre-hospital assessment' gebruikt. Er werden geen limieten gesteld wat betreft taal, publicatiedatum of andere. In de referenties van de gevonden artikels werd gekeken naar mogelijke extra artikels. Er werd nog een artikel aangeleverd door een expert, waarna we een totaal van 18 artikels weerhouden, hiervan zijn er 16 gebruikt. De focus lag vooral op het vinden van artikels over huisartsenwachtposten en de karakteristieken van de patiënten die zich hier aanmelden.

Tabel 1: zoektermen literatuuronderzoek

Mesh termen	aantal resultaten	aantal extra na titel en vorige search	aantal extra na abstract
"after-hours care" + "general practice" + walk-in patient	17	6	5
"after-hours care" + "family practice" + walk-in patient	9	1	1
"after-hours care" + "general practice" + self-referral	4	0	0
"after-hours care" + "family practice" + self-referral	3	0	0
GP cooperative + walk-in patient	1	0	0
GP cooperative + self-referral	3	0	0
GP cooperative + patient choice	6	2	2
"after-hours care" + "general practice" + patient choice	26	2	1
"after-hours care" + "family practice" + patient choice	16	0	0
"after-hours care" + "general practice" +triage	84	15	8
"after-hours care" + "general practice" + pre-hospital assessment	3	0	0
"after-hours care" + "family practice" + triage	52	0	0
"after-hours care" + "family practice" +pre-hospital assessment	1	0	0
TOTAAL			17

1. Wat zijn de struikelblokken ?

In vele ontwikkelde landen moeten de diensten voor spoedgevallen het hoofd bieden aan stijgende patiëntenaantallen. Dit kan leiden tot overbevolking van de spoeddiensten met mogelijke gevolgen zoals het in gedrang komen van de toegang tot zorg en de kwaliteit hiervan. Verschillende studies zagen een stijging van de korte opnames en diagnostische tests met bijhorende kost, ook de wachttijden werden langer. Bovendien is er veel inloop van patiënten ('zelfverwijzers') waarvan de meeste verder geholpen kunnen worden door de huisarts. [5-8]

In de grote groep van zelfverwijzers is het moeilijk om in te schatten welke patiënten 'ongepast' of 'vermijdbaar' zijn. We gebruiken namelijk uiteenlopende definities voor deze termen. De perceptie van dringendheid is ook verschillend voor patiënten en (para)medici. [6-11] Het aandeel zelfverwijzers varieert tussen 6% en 80%, naargelang de studie. [9-11] Bij de interpretatie van de resultaten dienen we rekening te houden met verschillende zorgsystemen en bovendien ook verschillende organisatie en beschikbaarheid van de hulp buiten de kantooruren. [11]

Philips et al. zagen in een Belgische studie dat 63,8% van de patiënten die de spoed bezoeken, zelf-verwijzers waren. [8]

2. Wat zijn mogelijke oplossingen?

De zorg buiten de kantooruren staat onder druk door een verhoogde vraag en een vermindering van werkkrachten. Om hiermee om te gaan worden er nieuwe modellen voorgesteld. Er is een trend om op grotere schaal de eerstelijn te organiseren d.m.v. huisartsenwachtposten(HWP) en/of deze te integreren in de dienst spoedgevallen. [4] Men denkt ook na over de implementatie van triagesystemen (telefonisch en fysiek) om de efficiëntie en kwaliteit van zorg te optimaliseren, aan een lagere kost. [4, 5, 9-12]

Het verminderen van het aantal zelfverwijzers wordt gezien als een belangrijk punt van tussenkomst door beleidsmakers. [6] Er is echter ook bezorgdheid ivm de veiligheid en effectiviteit van deze inspanningen. [13] Veel patiëntenorganisaties geven aan dat het voor de patiënt moeilijk is om te weten tot wie zij zich moeten wenden met hun probleem buiten de kantooruren. [11]

3. Wat zijn de gevolgen van deze nieuwe vormen van zorg buiten de kantooruren?

Verschillende studies tonen dat de introductie van bovenstaande opties
de opkomst op spoed kan verminderen. [14] Vele van deze zelfverwijzers kunnen namelijk doorgestuurd worden naar de huisarts. [9] Er is echter geen eenduidig resultaat. De ene studie ziet een vermindering van patiënten op spoed na integratie van de HWP, de andere ziet een stijging in verwijzingen naar spoed. [9, 14]

In het Verenigd Koninkrijk zag men geen verschil in aantallen op spoed of patiënttevredenheid na het introduceren van een HWP, maar wel een verbetering van moraal en tevredenheid van de huisartsen. [14] Verschillende studies zagen het percentage van patiënten met lage urgentiegraad op spoed dalen (volgens O'Kelly et al. van 46% naar 24%). [14] De tijdsinvestering van de spoedarts daalt echter minder in verhouding tot de daling in absolute aantallen van patiënten, gezien dit patiënten zijn met een lagere urgentiegraad. [15]

Verschillende studies zagen dat het tewerkstellen van huisartsen op spoed meer efficiënt is en de kosten doet dalen (volgens Buckley et al. een daling van 40%). [15] Dit komt doordat de huisartsen minder technische onderzoeken of verwijzingen aanvragen. [5, 15] Dit werd bereikt zonder vermindering van patiënttevredenheid of langere wachttijden. [15]

Moll van Charante et al. zagen dat de huisarts en de ambulance-diensten een adequate filter vormen. [11]

4. Wat zijn de kenmerken van patiënten die op de huisartsenwachtpost komen?

Patiënten die de HWP consulteren zijn meer frequent vrouwen en de patiënten hebben een gemiddelde leeftijd van 35,7 jaar. [8, 10] Zij hebben vaak een vaste huisarts en praten Nederlands of Frans (studie in België). [8]

Verschillende studies hebben onderzocht met welke klachten patiënten zich aanmelden buiten de kantooruren. In de HWP gaat dit over 'algemeen en ongespecifiëerd' (ICPC-2 hoofdstuk A: 25,1%), gastro-intestinaal (ICPC-2 D: 15,3-20,2%), respiratoir (ICPC-2 R: 15,1-36,8%) en musculoskeletaal (ICPC-2 L:12,0%). Als we meer in detail kijken, kreeg men vaak vragen ivm medicatie en klachten zoals koorts, hoest, braken, dyspnoe en oorpijn. [8, 11]

Men ziet ook dat patiënten voor de zorg kiezen die ze reeds kennen, en die ze vroeger al eens gebruikt hebben. [8, 12]

Veranderingen in de eerstelijnszorg in België zijn op til. Aangezien momenteel in België nog geen opgeleid personeel deze triage van ernst kan uitvoeren, kiest de patiënt zelf of hij naar de HWP komt. Aangezien er geen gouden standaard is of dit de correcte plaats is voor de patiënt binnen het zorglandschap, proberen we deze vraag op een andere manier in kaart te brengen.

METHODE

Dit prospectief observationeel onderzoek bekijkt met welke klacht de patiënt de huisarts van wacht in het weekend consulteert. Daarnaast kijken we welke ernst en dringendheid de patiënt en de arts hieraan toeschrijven. Hiervoor werd zowel aan de patiënt als aan de consulterende huisarts van wacht gevraagd een vragenlijst in te vullen.

1. Setting

Deze studie werd uitgevoerd in de huisartsenwachtpost van Huisartsenkring Antwerpen Oost (HAKAO) tijdens 3 weekends in mei en juni 2017.

Onze populatie werd gevonden in de personen die zich aanmeldden bij de huisartsenwachtpost tijdens 6 weekenddagen in de periode van 20 mei 2017 tot 18 juni 2017 tussen 8u en 18u. Patiënten die zich aanmeldden, kregen de vraag om een vragenlijst in te vullen over de ernst en dringendheid die ze zelf aan hun hoofdklacht zouden geven. Hiervoor gebruiken we een schaal op 5, waarbij 1 niet ernstig/dringend en 5 zéér ernstig/dringend is. Hieraan koppelden we de beoordeling van de arts, opnieuw wat betreft ernst en dringendheid. De arts was niet op de hoogte van de antwoorden van de patiënt en schreef zijn scores op nadat hij de patiënt gezien had. De patiënten werden gerecruteerd door een van de onderzoekers die gedurende 3 weekends overdag (tussen 8 en 18u) aanwezig waren in de huisartsenwachtpost. Als de patiënt niet in staat was de vragenlijst te beantwoorden omwille van medische redenen of taalproblemen, vroegen we de persoon die de patiënt vergezelde om deze in te vullen

2. Vragenlijst

De vragenlijsten zijn gestructureerd, aangevuld met 5 open vragen (cfr. bijlage 3). Voor het opstellen van de vragenlijst hebben we gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst (met daarin enkele aanpassingen die van toepassing zijn voor ons onderzoek). [9] Volgende items komen aan bod: patiëntenkarakteristieken, aanmeldingsklacht, ernst en dringendheid (volgens patiënt en arts) en doorverwijzing (door arts). Indien enkel de patiënt, en niet de arts, de vragenlijst heeft beantwoord, worden deze gegevens geïncludeerd. De ontbrekende data worden dan als missing beschouwd. De antwoorden op de vragenlijsten werden in een excell-spreadsheet

opgeslagen. De analyses werden uitgevoerd met SPSS statistics 24. Volgende statistische testen werden gebruikt : Kendall-tau, Pearson chi square en Cramer V. De Kendall-tau test werd gebruikt om de correlatie tussen leeftijd en ernst of dringendheid te onderzoeken. De Pearson chi square zoekt of er een correlatie is tussen de andere dichotome variabelen en de ernst of dringendheid. Indien dit het geval is, werd de Cramer-V test gebruikt om de grootte van de associatie te bestuderen.

3. Ethisch comite

De goedkeuring van het ethisch comité van het academische ziekenhuis van Antwerpen en de UA werd bekomen op 3 april 2017 onder het registratienummer B300201732118. (cfr. bijlage 1 en 2)

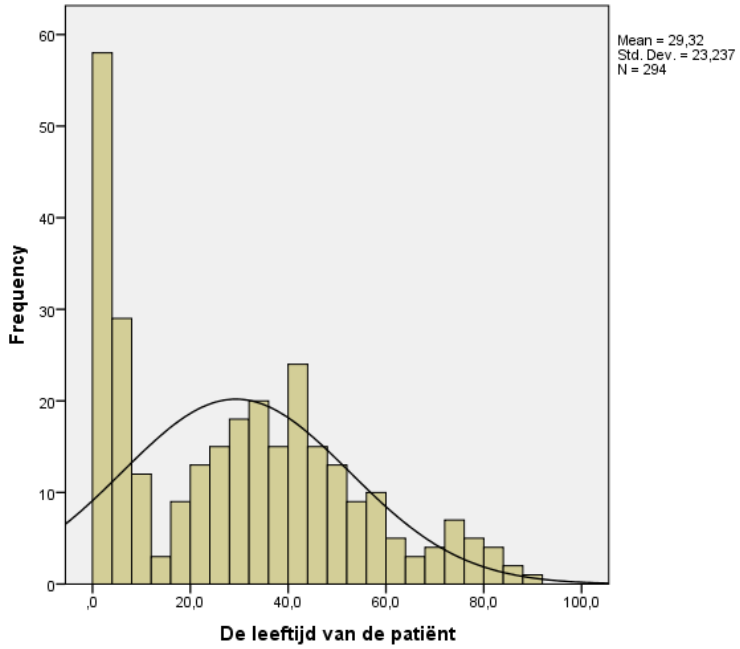
Het invullen van de vragenlijst werd gezien als informed consent, zowel voor de patiënt als voor de arts.

RESULTATEN

1. Kenmerken van de studiepopulatie

Tijdens de studieperiode werden 300 patiënten geïncludeerd in onze studie. Hiervan hebben 116 mannen (38,7%) en 179 vrouwen (59,7%) de vragenlijst ingevuld (5 missing). We zien dat in 35,1% van de gevallen de vragenlijst ingevuld is door een familielid van de patiënt. In het merendeel van de gevallen gaat het dan over patiënten onder 10jaar. Van de personen die een familelid vergezellen is 66,7% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de patiënt is 29 jaar (SD 23,237). We zien dat de grootste groep 31-65 jarigen zijn (39,8%). De leeftijden werden verdeeld zoals Kelly et al. dit deden. (cfr. tabel 2) [16] In onderstaande grafiek zien we duidelijk dat de leeftijd niet normaal verdeeld is, gezien de grote groep van kleine kinderen. Dit wordt bevestigd door de Shapira-Wilk test.

Histogram 1: Leeftijd van de patiënt



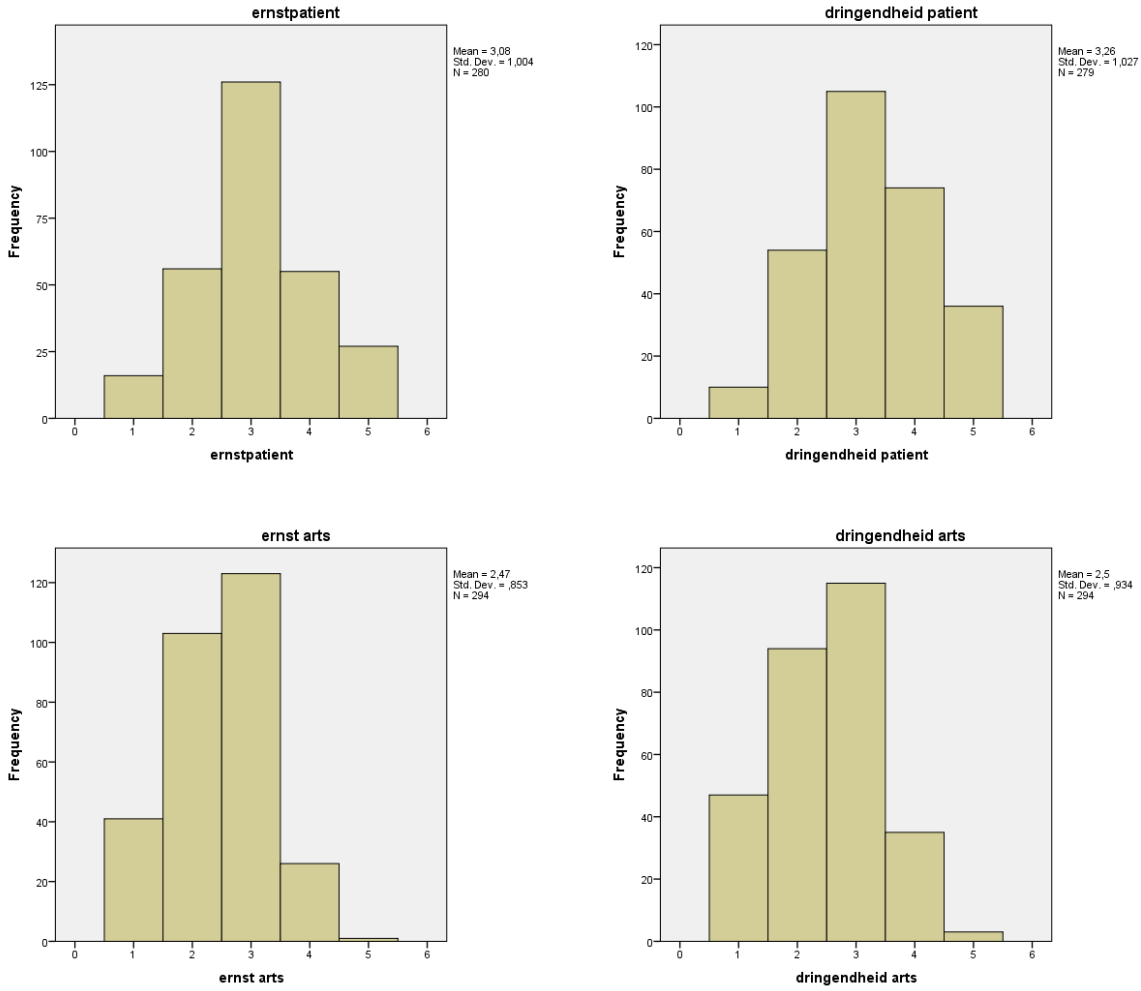
Tabel 2: leeftijdscategoriën

Leeftijdsgroep	Aantal	Percentage
0-5jaar	80	26,7%
6-15jaar	22	7,3%
16-30jaar	51	17,0%
31-65jaar	117	39,0%
=>65jaar	24	8,0%
Missing data	6	2%
Totaal	300	100%

We zien dat 97% van de geïncludeerde personen Belg zijn. Bij 69% wordt thuis voornamelijk Nederlands gesproken. De top 3 van andere talen is: Arabisch (5%), Berbers (2,3%) en Pools (2,3%). Op zaterdag bezochten 57,3% van onze geïncludeerde patiënten de wachtpost, de anderen op zondag. Van de geïncludeerde patiënten kwam 56% in de voormiddag (8-13u).

De ernst werd als maximaal gescoord bij 9% van de patiënten, voor de dringendheid is dit 12%.
De arts scoorde de ernst maximaal bij 1 patiënt (0,3%), de dringendheid schatte hij als maximaal in bij 3 patiënten. De spreiding van deze groepen wordt weergegeven in onderstaande histogrammen.

Histogram 2 : inschatting ernst/dringendheid door patiënt en arts.



2. Klacht-diagnose

De top 3 van aanmeldingsklacht (volgens ICPC-2) is als volgt : koorts (A03, 14,7%), symptomen/klachten keel (R21, 6%), symptomen/klachten rug (L02, 4%). Als we naar hoofdstukken kijken volgens ICPC-2 zien we gelijkaardige resultaten : A (algemeen, niet gespecifiëerd ; 23%), L (klachten van het bewegingsapparaat ; 15,7%), R (luchtwegen ; 15%).

De top 3 van diagnoses die de huisarts van wacht stelt : R74 (acute infectie bovenste luchtwegen ; 11,3%), H71 (otitis media acuta/myringitis ; 6%), R76 (acute tonsillitis ; 4,7%). Als we naar hoofdstukken kijken volgens ICPC-2 zien we : R (luchtwegen ; 24%), D (spijsverteringsstelsel ; 14%), L (klachten van het bewegingsapparaat ; 13%).

De beschrijving van de aanmeldingsklacht en diagnoses volgens graad van ernst en dringendheid wordt in de masterproef van Anneleen Huyghebaert verder uitgewerkt.

3. Verbanden tussen de variabelen

We hebben voor volgende variabelen de correlatie bekeken t.o.v. de ingeschatte ernst en dringendheid door de patiënt en arts: dag, voormiddag/namiddag, leeftijd, geslacht, nationaliteit, taal en doorverwijzing door de arts. Voor de variabelen waartussen een correlatie bestaat, vindt u de tabellen in bijlage. (cfr. bijlage 4 t.e.m. 10)

Volgens de Kendall-tau is er geen correlatie tussen leeftijd en de ingeschatte ernst door de patiënt, noch de ingeschatte dringendheid, noch deze twee variabelen ingeschat door de arts.

Aan de hand van de Pearson chi-square test zien we voor volgende variabelen geen correlatie met de ingeschatte ernst door de patiënt : geslacht, dag, voormiddag/namiddag, nationaliteit en doorverwijzing. Er bestaat een correlatie tussen de taal en de ingeschatte ernst door de patiënt. Aan de hand van de Cramer V-test, vinden een matige associatie (0,219). De Cramer V-test kan als volgt geïnterpreteerd worden: waarden boven 0,3: sterke associatie; 0,2-0,3 : matige associatie; onder 0,2: zwakke associatie; 0: geen associatie.

We zien dat 43,7% van de patiënten die Niet-Nederlandstalig zijn hun ernst scoren als 4 of 5 op 5 (ernstiger). Bij patiënten die Nederlands spreken zien we dat 76,7% van hen een lagere inschatting maken (1-3 op 5).

Dezelfde testen hebben we uitgevoerd voor de ingeschatte dringendheid door de patiënt. Er is een correlatie tussen de taal en de ingeschatte dringendheid door de patiënt. Aan de hand van de Cramer V-test, vinden we een matige associatie (0,224). We zien dat 52,7% van de patiënten die Niet-Nederlands spreken hun dringendheid scoren als 4 of 5 op 5 (ernstiger). Bij patiënten die Nederlands spreken zien we dat 64,6% van hen een lagere inschatting maken (1-3 op 5).

Ook voor de ingeschatte ernst door de arts hebben we mogelijke correlaties onderzocht. Er is een matige associatie tussen het doorverwijsgedrag van de arts en de ingeschatte ernst door de arts (Cramer V 0,237). Van de patiënten die worden doorverwezen, zien we dat de arts in 24,3% van de gevallen de ernst 4 op 5 inschat. Als de patiënten niet worden doorverwezen, wordt in 93,1% van de gevallen hun probleem als minder ernstig (1-3 op 5) ingeschat. Ook wat betreft nationaliteit zien we een matige associatie met de ernst die de arts inschat (Cramer V 0,227). Bij 12,9% van de patiënten die niet-Belg zijn, wordt de ernst hoger ingeschat (4-5 op 5), tegenover 8,6% van de patiënten die Belg zijn.

Wat betreft de ingeschatte dringendheid door de arts zien we een correlatie met de variabelen dag (Cramer V : 0,195 : zwakke associatie), nationaliteit (Cramer V : 0,241 : matige associatie) en verwijsgedrag van de arts (Cramer V : 0,192 : zwakke associatie). Van de patiënten die de HWP op zaterdag bezoeken schat de arts bij 12% de ernst hoger in (4-5 op 5), ten opzichte van 14,2% op zondag. Bij 23,1% van de patiënten die niet-Belg zijn, schat de arts de dringendheid hoger in (4-5 op 5), tegenover 11,4% bij de Belgen. Bij de patiënten die werden doorverwezen, heeft de arts bij 26,3% een hoge ernst ingeschat (4-5 op 5). Bij de patiënten die niet werden doorverwezen, schat de arts bij 89,1% van de patiënten de ernst laag in (1-3 op 5).

Tabel 3 : samenvatting van de sterkte van de associaties

			Cramer-V
Patiënt	Ernst	Taal	0,219
	Dringendheid	Taal	0,224
Arts	Ernst	Verwijsgedrag	0,237
	Ernst	Nationaliteit	0,227
	Dringendheid	Dag	0,195
	Dringendheid	Nationaliteit	0,241
	Dringendheid	Verwijsgedrag	0,192

4. Inschatting patiënt versus arts

We hebben de ingeschatte ernst van de patiënt en de arts tegenover elkaar gezet d.m.v. kruistabellen. Onderstaande tabellen geven de percentages weer. In bijlage kan u deze tabellen met de absolute cijfers vinden. (cfr. bijlage 11 en 12) We zien dat de meerderheid van de patiënten en artsen een gemiddelde score geven aan de ernst van de klacht.

Hetzelfde hebben we gedaan voor de ingeschatte dringendheid. Hier zien we gelijkaardige waarden.

Tabel 4: inschatting van de ernst door de patiënt en de arts

		Arts					
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Totaal**
Patiënt	**1**	2,2%	1,8%	1,5%	0,4%	0	5,8%
	2	2,2%	8,7%	8,4%	0,4%	0	19,6%
	3	6,5%	12,7%	22,9%	3,6%	0	45,8%
	4	1,8%	8,4%	7,3%	2,2%	0	19,6%
	5	0	2,9%	3,3%	2,5%	0,4%	9,1%
	Totaal	12,7%	34,5%	43,3%	9,1%	0,4%	

Tabel 5: inschatting van de dringendheid door de patiënt en de arts

		Arts					
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Totaal**
Patiënt	**1**	1,1%	0,7%	1,8%	0	0	3,6%
	2	2,6%	9,1%	6,2%	1,1%	0	19,0%
	3	6,6%	10,6%	17,9%	3,3%	0	38,3%
	4	3,3%	7,3%	9,9%	5,1%	0,7%	26,3%
	5	1,1%	4,0%	4,4%	2,9%	0,4%	12,8%
	Totaal	14,6%	31,8%	40,1%	12,4%	1,1%	

5. Doorverwijzing

Er werden 37 patiënten doorverwezen waarvan 13 naar de dienst spoedgevallen. Bij de andere verwijzingen stuurde de huisarts van wacht voornamelijk door naar de eigen huisarts en de dienst radiologie.

Als we bekijken welke patiënten de arts doorverwijst, zien we dat 10,5% van de patiënten met een lage ingeschatte ernst door de arts wordt doorverwezen. Van de patiënten aan wie de arts een hoge ernst scoort, verwijst hij 33,3% door.

De arts verwijst 10,9% van de patiënten die hij laag inschat qua dringendheid. Van de patiënten aan wie de arts een hoge dringendheid scoort, verwijst hij 26,3% door.

In bijlage zien we de graad van ernst en dringendheid per doorverwijzing. (cfr. bijlage 13 en 14) We zien dat bij patiënten die werden doorverwezen naar spoed of radiologie de arts een hogere ernst en dringendheid scoort. Bij doorverwijzingen naar bv. de dermatoloog of eigen huisarts wordt de ernst en dringendheid door de arts lager ingeschat.

We hebben gezien dat nationaliteit een effect heeft op de inschatting van ernst of dringendheid van de arts. Gezien deze inschatting van de arts een effect heeft op het doorverwijsgedrag, willen we kijken of er een rechtstreeks verband is tussen nationaliteit en het doorverwijsgedrag van de arts. Hiertussen vinden we geen verband.

Bij 11 patiënten heeft de huisarts van wacht aangegeven dat de HWP niet de aangewezen plaats was voor hun klacht, hiervan zijn er 5 doorverwezen naar spoed. (cfr kaders)

Niet doorverwezen
Administratieve verrichting (*62)
Infectieuze conjunctivitis (F70)
Andere perifere artrose (L91)
Acute tonsillitis (R76)
Sociaal probleem (Z29)

Doorverwezen
Andere ziekte spijsverteringsstelsel (D99)
Symptomen/klachten arm (L09)
Ander letsel bewegingsstelsel (L81)
Pneumonie (R81)
Andere huidinfectie (S76)

DISCUSSIE

De inschatting of een patiënt al dan niet terecht in de HWP zit, is subjectief. Dit is in verschillende artikels reeds naar boven gekomen. [6-11] Daarom hebben we in dit onderzoek eerder willen nagaan met welke klachten de patiënt komt en hoe hij deze inschat wat betreft ernst en dringendheid.
We zien dat er toch een verschil is in inschattig van ernst of dringendheid tussen de patiënt en de arts. We denken dat de patiënt de ernst of dringendheid niet altijd correct inschat. Triage zou hier bij kunnen helpen om op een gestructureerde manier patiënten naar de juiste zorg binnen de juiste termijn te helpen.

1. Sterktes en zwaktes van de studie

De sterkte van onze studie ligt in het feit dat de 2 onderzoekers telkens zelf aanwezig waren tijdens de studieperiode. Op deze manier kon er op een uniforme manier informatie gegeven worden aan de artsen en patiënten. We konden ook patiënten en artsen sneller gemotiveerd krijgen voor dit onderzoek. We hebben 300 personen kunnen includeren in onze database over een periode van 3 weekends. Er zijn maar enkele personen die niet hebben deelgenomen. Dit omwille van taalbarrière of ernstige ziekte.

Naarmate de studie liep, zagen we enkele tekortkomingen.
In de vragenlijst bevragen we het geslacht, maar maken niet het onderscheid tussen patiënt of invuller (zoals we dit wel doen met leeftijd), de mogelijke repercussies hiervan worden lager besproken.
De inschatting van ernst en dringendheid is subjectief, dit zowel voor de patiënt als voor de arts. Doordat we zelf aanwezig waren, merkten we op dat bepaalde artsen meer lage graden van ernst en dringendheid gaven, en andere dan weer vaker hoog scoorden.
Bij het invullen van de diagnose werd door de meeste artsen enkel een ICPC-2 code ingevuld. Deze is soms te breed om te interpreteren waarom een arts oordeelt dat de patiënt niet op de meest aangewezen plaats binnen het zorglandschap zit.
Tijdens onze studieperiode hebben 18 artsen aan ons onderzoek meegewerkt.
Onze studie verliep overdag, wat met patiënten die ‘s avonds of ‘s nachts de huisarts van wacht raadplegen? Zijn er verschillen in patiëntenkarakteristieken ? Komen deze

mensen met andere klachten ? Zouden deze patiënten hun klachten ernstiger of dringender inschatten ?

We zien dat er redelijk wat missing data zijn. Dit zien we voornamelijk bij de taal (bij 28 vragenlijsten). We hebben niet direct een verklaring voor deze missing data. Gezien zij de andere vragen wel hebben ingevuld, gaan we er van uit dat deze vraag wel verstaan werd, maar wellicht over het hoofd gezien. We zien dat de meerderheid van missing data bij de vragen van de patiënt gevonden worden.

Tabel 6: Missing data

	Aantal missing data
taal	28
leeftijd invuller	26
dringendheid patiënt	21
ernst patiënt	20
aanmeldingsklacht	19
diagnose	13
ernst arts	6
dringendheid arts	6
leeftijd patiënt	6

Er werd geen multivariate analyse uitgevoerd gezien dit te ver ging binnen het beperkte bestek van een masterproef in een MaNaMa-opleiding. Daarnaast waren enkele patiëntengroepen te klein om verdere statistische analyses op uit te voeren.

2. Representatieve populatie ?

We kunnen moeilijk inschatten of onze studiepopulatie representatief is voor de populatie van de regio Antwerpen Oost (Borgerhout, Borsbeek, Deurne, Wommelgem). We zien dat in de populatie 50,9% vrouw is, in de studiepopulatie heeft 59,7% 'vrouw' ingevuld. Zoals hoger besproken, is het niet duidelijk of dit gaat over de patiënt of over de invuller van de vragenlijst. We schrijven dit toe aan het feit dat de kinderen mogelijks vaker door hun mama worden vergezeld. We zagen immers dat 66,7% van de personen die iemand vergezelden een vrouw was, en dat deze voornamelijk voor kinderen onder 10 jaar kwamen.

Wat betreft de nationaliteit zien we dat 14,4% in deze regio niet-Belg is. In onze studie is er 3% niet-Belg. Zijn niet-Belgen onvoldoende op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van zorg buiten de kantooruren. Zou het kunnen dat niet-Belgen sneller

naar een dienst spoedgevallen gaan, of eerder wachten tot na het weekend voor hun zorgvraag?

Leeftijden worden volgens andere categorieën ingedeeld tussen onze studiepopulatie en de gegevens die we hebben van de algemene populatie, dus kunnen we niet op een correcte manier vergelijken. We weten dat de gemiddelde leeftijd lager ligt dan de gemiddelde leeftijd in deze regio. We schrijven dit toe aan het feit dat een grote groep van de personen die de wachtpost consulteren, kinderen zijn.

We hebben ook gekeken naar de databank van iCaredata dewelke gegevens verzamelt van alle patiënten die een wachtpost consulteren in Antwerpen. Zij hebben ook een hoger percentage vrouwen t.o.v. mannen, al is dit verschil niet zo sterk als in onze studie. Het moment van contact is gelijklopend tussen zaterdag en zondag, met een piek rond 10u. We zien ook dat de lage leeftijdsgroepen (0-15j) een groter percentage uitmaken van de patiënten die naar de HWP komen, dan zij uitmaken van de populatie, dit is zeer duidelijk bij 0-4j. Globaal genomen hebben we gelijkaardige data. [17]

Zoals we hierboven kunnen zien, en wat terugkomt in de literatuur, is het ook voor ons moeilijk om de resultaten te veralgemenen naar een grotere populatie. [4, 5, 14]

3. Interpretatie van de resultaten

We hebben gezien dat de artsen de klacht minder ernstig en/of dringend inschatten. We zagen dat de interpretatie van de resultaten verstoord werd door de kleinere groep waar 4 of 5 gescoord werd. Hierdoor kon 1 klacht die ernstig ingeschat werd een sterker effect uitoefenen op de percentages dan een klacht in de groep met lagere ernst of dringendheid.

Wat betreft de correlatie met de verschillende variabelen hebben we ook verder gekeken naar mogelijke oorzaken hiervan.

We zien dat taal en nationaliteit een impact hebben op ingeschatte ernst en dringendheid van de patiënt. Mogelijke verklaringen hiervoor zouden zijn dat deze personen een ander lichaamsbeeld hebben, of andere bezorgdheden omtrent hun lichaam. Mogelijks zijn er problemen met communicatie met de (eigen) huisarts of de informatie omtrent de zorg, waardoor deze patiënt langer wachten om een arts te contacteren.

Dat het verwijsgedrag van de arts gecorreleerd is met zijn ingeschatte ernst en dringendheid lijkt ons logisch. Toch is het mogelijk dat ons resultaat beïnvloed wordt door 'niet-dringende doorverwijzingen', zoals bv. de kinesist of de eigen huisarts.

Bij de vraag of de HWP de meest aangewezen plaats was voor die patiënt, zien we dat de arts bij 11 patiënten antwoordde dat dit niet het geval was. Van deze groep stuurde de arts 6 patiënten niet door. Als we naar de diagnose kijken, lijken ons dit eerder klachten die tot na het weekend konden wachten, of beter door de eigen huisarts behandeld konden worden. Van de patiënten die wel verwezen werden, lijkt het doel eerder het uitsluiten van ernstige ziekten of fracturen.

Zoals we in de literatuur zien, is er geen definitie van welke patiëntencontacten 'ongepast' of 'vermijdbaar' zijn. De huidige literatuur gaat ook voornamelijk kijken welk effect de eerste-lijnszorg heeft op de dienst spoedgevallen. Er wordt niet gekeken of patiënten 'gepast' in de huisartsenwachtpost zitten. In de toekomst wil men in België een telefoontriage opzetten om patiënten te helpen de meest aangewezen keuze te maken. Dit om de eerste-lijnszorg buiten de kantooruren organisatorisch te optimaliseren wat betreft veiligheid en efficiëntie.
Inschatten van urgentie is niet eenvoudig. In dit onderzoek hebben we geprobeerd de inschatting van patiënt en arts in kaart te brengen, alsook de aanmeldingsklacht. Dit zou mogelijks een meerwaarde kunnen zijn bij het opstarten van telefoontriage in België.
Zo hebben we gezien dat taal een impact heeft op de inschatting van ernst door de patiënt. Hier kan op ingespeeld worden bij het instellen van de triage en het opleiden van het personeel door bv. triage te voorzien in verschillende talen. Uit het onderzoek van Anneleen Huyghebaert weten we welke klachten door de patiënt als ernstig of dringend ingeschat worden. Hier kunnen we rekening mee houden door de vraagstelling en het advies hieraan aan te passen.

BESLUIT

We zien dat in 9% van de gevallen de patiënt zijn probleem als zeer ernstig ervaart, de arts geeft deze maximale score slechts in 0,3% van alle contacten.
De patiënt scoort de dringendheid van zijn probleem in 12% van de gevallen als maximaal, de arts slechts in 0,01%. We zien dus dat de arts en patient een andere inschatting maken wat betreft ernst en dringendheid.
Bij de patiënt zien we dat taal een impact heeft op de inschatting van zijn probleem. Wat betreft de arts is er een correlatie met zijn verwijsgedrag, de nationaliteit van de patiënt en de dag van het weekend.

Uit het onderzoek van Anneleen Huyghebaert zien we dat de top 3 van aanmeldingsklacht koorts, keelklachten en rugklachten zijn. De top 3 van diagnoses situeert zich in de infecties van bovenste luchtwegen. Een deel van de klachten die voorkomen op de huisartsenwachtpost zijn klachten die volgens ons mits correcte triage op een efficënte manier aangepakt kunnen worden. Dit kan gaan van doorverwijzing naar spoed tot geruststelling met nazicht door de eigen huisarts na het weekend.

Dit zijn zaken die meegenomen moeten worden bij de implementering van triage-systemen of andere systemen van zorg buiten de kantooruren.
Om beter zicht te krijgen op welke hulp het best aansluit bij welke hulpvraag, is verder onderzoek nodig. Zo spelen de verwachtingen van de patiënt een belangrijke rol. Ook de mogelijke drempels die de patiënt ervaart om een wachtpost of een dienst spoedgevallen te contacteren, vormen een interessant onderwerp voor nieuw onderzoek. Daarnaast denken we ook aan een gelijkaardig onderzoek op een dienst spoedgevallen.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Goedgekeurd onderzoeksprotocol

Protocol

Titel	**Eerstelijnszorg buiten de kantooruren in het weekend (Huisartsenwachtpost Antwerpen Oost), consulteert de patiënt de meest aangewezen hulpverlener?**
Coordinerend onderzoeker /project leider	**Hilde Philips** **Stefan Morreel**
Hoofdonderzoeker/ uitvoerder	**Anneleen Huyghebaert en Hanne Van Camp**

Naam	**Handtekening**	**Datum**
Promotor: **Dr. Hilde Philips**		27/12/'17
Woordvoerder: **Dr. Hilde Philips** **Dr. Stefan Morreel**		27/12/17

OVERZICHT

Motivering:
Tijdens wachten op spoed tijdens ons stagejaar merkten we dat veel patiënten ook door een huisarts verder geholpen konden worden. In de huidige economie, met besparingen, is het belangrijk dat de middelen binnen de gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk gebruikt worden.
Aangezien er in België nog geen triage is vóór het contact met de gezondheidzorg, kiest de patiënt zelf bij wie hij zich aanbiedt binnen het bestaande zorgaanbod (apotheker, spoeddienst, huisarts).
In onze masterproef zullen wij ons toespitsen op de gezondheidszorg buiten de kantooruren in het weekend (van vrijdag 19u tot maandag 7u). De HWP van HAKAO wordt gebruikt in een pilootproject rond sensibilisering en op latere termijn pre-triage. Onze studie past binnen dit grotere project.

Objectief:
Het doel van deze studie is nagaan of de patiënt op de juiste plek binnen het zorglandschap buiten de kantooruren in het weekend terecht is gekomen. Dit doen we door te bevragen met welke klachten patiënten naar de wachtpost gaan en hoe ze zelf de ernst en dringendheid van hun probleem inschatten. Hieraan koppelen we dan ook de expertise van de arts, deze zal ook de ernst en dringendheid scoren. Verder kan er ook nagegaan worden of de patiënt zich eerst op spoedgevallen heeft aangemeld en wat de reden van verplaatsing naar de huisartsenwachtpost is.

Study design:
We voeren een semi-kwantitatief, niet-gerandomiseerde studie uit. Deze zal ook een vergelijking maken tussen de mening van de patiënt en de arts. De studie is semi-kwantitatief, we maken gebruik van een structurele vragenlijst, aangevuld met enkele open vragen. Onze steekproef wordt bepaald door de patiënten die de vragenlijst invullen, dit wordt dan ook gezien als hun informed consent.

Studiepopulatie:
De populatie wordt gevonden bij de mensen die gebruik maken van de huisartsenwachtdienst van Antwerpen Oost (HAKAO) in het weekend en waarbij de patiënt en de arts de enquête hebben ingevuld. We voeren het onderzoek gedurende 3 weekends uit en het objectief is om 400 patiënten te recruteren.

1. INTRODUCTIE

Tijdens wachten op spoed tijdens ons stagejaar merkten we dat veel patiënten ook door een huisarts verder geholpen konden worden. In de huidige economie, met besparingen, is het belangrijk dat de middelen binnen de gezondheidszorg zo efficiënt mogelijk gebruikt worden.
Aangezien er in België nog geen triage is vóór het contact met de gezondheidzorg, kiest de patiënt zelf bij wie hij zich aanbiedt binnen het bestaande zorgaanbod (apotheker, spoeddienst, huisarts).
In onze masterproef zullen wij ons toespitsen op de gezondheidszorg buiten de kantooruren in het weekend (van vrijdag 19u tot maandag 7u). De HWP van HAKAO wordt gebruikt in een pilootproject rond sensibilisering en op latere termijn pre-triage. Onze studie past binnen dit grotere project.

2. DOEL VAN DE STUDIE

Het primair objectief is om te zien of een patiënt, buiten de kantooruren tijdens het weekend op de juiste plek is beland binnen het zorglandschap van de eerste lijn. Dit door te beschrijven of er een verschil is tussen de graad van ernst en dringendheid van het probleem door de ogen van de patiënt met deze van de arts na de consultatie. Ook kijken we of een patiënt na consultatie op de HWP alsnog doorverwezen wordt door de arts. Indien dit het geval is, bevragen we naar waar en op welke termijn de patiënt wordt verwezen.

Als secundair objectief willen we nagaan met welke soort klachten een patiënt naar de huisartsenwachtpost gaat. Op deze manier kunnen we onze sensibiliseringsactie naar de patiënten beter afstemmen op de klachten waarmee hij zich buiten de kantooruren tot een arts wendt.
We hopen ook een zicht te krijgen op de beweging van de patiënten van spoed richting de HWP. Hadden patiënten eerst de intentie om naar spoed te gaan? Indien de sensibiliseringsactie reeds gestart is, kunnen we bevragen of ze de infobrochures van de sensibiliseringsactie op spoed gezien hebben?

3. STUDY DESIGN

We voeren een semi-kwantitatieve, niet-gerandomiseerde studie uit. De studie maakt een vergelijking van de ernst en dringendheid die de patiënt aan zijn klacht toeschrijft en deze van de arts.

De studie is semi-kwantitatief, want ze wordt uitgevoerd met een semi-gestructureerde vragenlijst. De vragenlijst is door de onderzoekers zelf opgesteld. *Deze is gebaseerd op expertise binnen de groep en op literatuur.* Onze steekproef wordt bepaald door de patiënten die de vragenlijst invullen en dus bereid zijn om deel te nemen. De vragenlijst wordt ook ingevuld door de arts. De combinatie van de antwoorden van arts en patiënt zijn gekoppeld.

4. STUDIEPOPULATIE

a. Populatie

De populatie wordt gevonden bij de mensen die gebruik maken van de huisartsenwachtpost van Antwerpen Oost (HAKAO) in het weekend.
We verzamelen patiëntcontacten gedurende 3 weekends, we streven naar een minimum van 400 beantwoorde enquêtes.

b. Inclusie criteria

De patiënt moet met een medisch probleem naar de huisartsenwachtpost zijn gegaan. Hij moet hiervoor ook onderzocht geweest zijn.
De patiënt moet antwoord kunnen geven op de vragen in de vragenlijst in het Nederlands. Indien dit niet kan, omwille van leeftijd, bepaalde medische situaties, vragen we de persoon die de patiënt vergezelde de vragenlijst te beantwoorden.
bv het betreft een kind (-18jaar), kan de ouder die het kind vergezelde gevraagd worden om de vragenlijst in te vullen.

c. Exclusie criteria

Als de patient niet in staat is de vragenlijst te beantwoorden omwille van medische redenen of taalproblemen.
Indien de persoon niet voor zichzelf contact opnam met de wachtpost. Als hij bijvoorbeeld een ziek familielid vergezelde.

5. METHODE

De studiepopulatie zal in de huisartsenwachtpost Antwerpen-Oost worden gezocht.
De onderzoekers zullen aanwezig zijn om deelnemers te recruteren. De patiënt vult bij aankomst een semi-gestructureerde vragenlijst in, deze geeft hij vervolgens af aan de arts. De arts is geblindeerd voor wat de patiënt zelf antwoordde en zal gelijkaardige vragen invullen. Volgende items komen aan bod: patiëntkarakteristieken, aanmeldingsklacht, ingeschatte ernst en dringendheid (volgens patiënt en arts), op de hoogte van sensibiliseringscampagne en de impact hiervoor op hun keuze (door patiënt), doorverwijzing (door arts).
Alle gegevens worden op anonieme wijze verwerkt. Er is geen link tussen de naam van de patiënt en de databank.
Het onderzoek zal gaan over een periode van ongeveer 3 weekends.
De gegevens worden verzameld via Excel en worden dan verwerkt via SPSS.

a. Studie procedure

De patiënten die de HWP bezoeken wordt gevraagd een vragenlijst in te vullen. De arts vult een andere vragenlijst, gelinkt aan deze van de patiënt, in na de consultatie.

b. Terugtrekking van patiënt uit de studie

De patiënt mag ten allen tijde zelf de studie verlaten.

c. Vervanging na terugtrekking van patient uit de studie

Er wordt geen vervanging voorzien. Het streefdoel is 400 geïnterviewde personen.

6. STATISTISCHE ANALYSE

Het betreft hier een semi-kwantitatieve studie. We gaan namelijk de graad van ernst en dringendheid na.
Bij enkele vragen wordt dit numeriek voorgesteld.
Statistische analyse zal voornamelijk bestaan uit het berekenen van gemiddelde scores. Ook zal
er met multivariaat analyse nagegaan worden of er verbanden zijn tussen verschillende variabelen (bv relatie tussen gepercipieerde dringendheid en uiteindelijke diagnose).
Dit is voornamelijk een beschrijvende studie.

7. ETHISCHE CONSIDERATIE

a. Recrutering en informed consent

De patiënt zal een document met informatie over de studie krijgen. Indien hij wenst deel te nemen kan hij de vragenlijst invullen en ondertekenen en dit geblindeerd aan de arts bezorgen. De arts vult dan een andere vragenlijst aan de keerzijde van het formulier in.

b. Kinderen of ongeschikte patiënten

Indien het gaat om een kind, of een volwassene met mentale achterstand of andere klinische oorzaak waardoor hij niet kan deelnemen, zal er gevraagd worden aan de persoon die de patiënt vergezelde om de vragenlijst te beantwoorden.

8. REFERENTIES

Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité

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

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Dr. H. Philips
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Eerstelijnszorg buiten de kantooruren in het weekend (Huisartsenwachtpost Antwerpen Oost), consulteert de patiënt de meest aangewezen hulpverlener?
(manama huisartsgeneeskunde Anneleen Huyghebaert & Hanne Van Camp)

Belgisch Registratienummer: B300201732118

datum	ons kenmerk	contact
3/04/2017	17/12/142	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 3/04/2017 .

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

- CV Onderzoeker UZA
  Anneleen Huyghebaert, Hanne Van Camp
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 28/02/2017
  versie 1
- Protocol dd. 28/02/2017
  versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:
1) De vragenlijst ontbreekt. Gelieve deze nog te bezorgen.

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

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/12/142

datum	ons kenmerk	contact
3/04/2017	17/12/142	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. A. Huyghebaert, NVT, Londenstraat 6 - 2000 Antwerpen
Mevr. H. Van Camp, NVT, Eksterlaar 17 - 2100 Deurne

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

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 17/12/142

datum	ons kenmerk	contact
3/04/2017	17/12/142	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 1/01/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 3/04/2017.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	+
VERLOOY Joris	Pediater	M	-
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
Uitgenodigde Experten			
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
HENS Kristien	Ethicus	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	-
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 3: Vragenlijst

PATIENT

Datum : …….. Uur : ……

O man O vrouw
Leeftijd : ……
Ik kom : O voor mezelf
O om een ziek familielid te vergezellen
Leeftijd van de persoon die door de arts zal gezien worden: ……..
Nationaliteit : O Belg
O Niet Belg
Meest gesproken taal thuis :

Wat is uw hoofdklacht :……..

Waarom komt u naar de huisartsenwachtpost :
O administratie (werkongeschiktheid, voorschrift, andere …)
O diagnose
O behandeling
O geruststelling
O andere : ……

Hoe ernstig schat u uw probleem in : O 1 O 2 O 3 O 4 O 5
Hoe dringend schat u uw probleem in : O 1 O 2 O 3 O 4 O 5
(waarbij 1 niet ernstig/dringend is, en 5 zeer ernstig/dringend is)

Wie is er tijdens het weekend ter beschikking voor het probleem dat u nu heeft ?
……..
……..

Vrije opmerkingen :

ARTS

Hoe ernstig schat u het probleem in : O 1 O 2 O 3 O 4 O 5
Hoe dringend schat u het probleem in : O 1 O 2 O 3 O 4 O 5
(waarbij 1 niet ernstig/dringend is, en 5 zeer ernstig/dringend is)

Is de huisarts van wacht op dit moment de meest aangewezen persoon :

O JA
O NEEN

Diagnose/werkhypothese (zo mogelijk + ICPC-2) : ……

Doorverwijzing nodig : O JA O NEEN

Indien JA : naar waar ?: ……
Op welke termijn ? …….

Vrije opmerkingen :

Bijlage 4: Correlatie tussen de ingeschatte ernst door de patiënt en de taal.

			Nederlands - Niet-Nederlands		
			Nederlands	Niet-Nederlands	Total
Hoe schat de patiënt de ernst van zijn klacht in?	1	Count	13	2	15
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	6,5%	3,6%	5,9%
	2	Count	43	9	52
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	21,4%	16,4%	20,3%
	3	Count	98	20	118
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	48,8%	36,4%	46,1%
	4	Count	36	14	50
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	17,9%	25,5%	19,5%
	5	Count	11	10	21
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	5,5%	18,2%	8,2%
Total		Count	201	55	256
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage 5: Correlatie tussen de ingeschatte dringendheid door de patiënt en de taal.

			Nederlands - Niet-Nederlands		
			Nederlands	Niet-Nederlands	Total
Hoe schat de patiënt de dringendheid van zijn klacht in?	1	Count	9	1	10
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	4,5%	1,8%	3,9%
	2	Count	38	9	47
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	19,2%	15,8%	18,4%
	3	Count	81	17	98
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	40,9%	29,8%	38,4%
	4	Count	54	16	70
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	27,3%	28,1%	27,5%
	5	Count	16	14	30
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	8,1%	24,6%	11,8%
Total		Count	198	57	255
		% within Nederlands - Niet-Nederlands	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage 6: Correlatie tussen de ingeschatte ernst door de arts en doorverwijzing.

			Werd de patiënt doorverwezen?		
			neen	ja	Total
Hoe ernstig schat de arts het probleem in?	1	Count	39	2	41
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	15,2%	5,4%	13,9%
	2	Count	95	8	103
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	37,0%	21,6%	35,0%
	3	Count	105	18	123
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	40,9%	48,6%	41,8%
	4	Count	17	9	26
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	6,6%	24,3%	8,8%
	5	Count	1	0	1
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	0,4%	0,0%	0,3%
Total		Count	257	37	294
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage 7: Correlatie tussen ingeschatte ernst door de arts en nationaliteit.

			Nationaliteit dichotoom		
			Niet Belg	Belg	Total
Hoe ernstig schat de arts het probleem in?	1	Count	11	30	41
		% within Nationaliteit dichotoom	28,2%	11,8%	13,9%
	2	Count	10	93	103
		% within Nationaliteit dichotoom	25,6%	36,5%	35,0%
	3	Count	13	110	123
		% within Nationaliteit dichotoom	33,3%	43,1%	41,8%
	4	Count	4	22	26
		% within Nationaliteit dichotoom	10,3%	8,6%	8,8%
	5	Count	1	0	1
		% within Nationaliteit dichotoom	2,6%	0,0%	0,3%
Total		Count	39	255	294
		% within Nationaliteit dichotoom	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage 8: Correlatie tussen ingeschatte dringendheid door de arts en dag.

			Dag		
			zaterdag	zondag	Total
Hoe dringend schat de arts het probleem in?	1	Count	26	21	47
		% within Dag	15,6%	16,5%	16,0%
	2	Count	43	51	94
		% within Dag	25,7%	40,2%	32,0%
	3	Count	78	37	115
		% within Dag	46,7%	29,1%	39,1%
	4	Count	19	16	35
		% within Dag	11,4%	12,6%	11,9%
	5	Count	1	2	3
		% within Dag	0,6%	1,6%	1,0%
Total		Count	167	127	294
		% within Dag	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage 9: Correlatie tussen de ingeschatte dringendheid door de arts en nationaliteit.

			Nationaliteit dichotoom		
			Niet Belg	Belg	Total
Hoe dringend schat de arts het probleem in?	1	Count	13	34	47
		% within Nationaliteit dichotoom	33,3%	13,3%	16,0%
	2	Count	8	86	94
		% within Nationaliteit dichotoom	20,5%	33,7%	32,0%
	3	Count	9	106	115
		% within Nationaliteit dichotoom	23,1%	41,6%	39,1%
	4	Count	8	27	35
		% within Nationaliteit dichotoom	20,5%	10,6%	11,9%
	5	Count	1	2	3
		% within Nationaliteit dichotoom	2,6%	0,8%	1,0%
Total		Count	39	255	294
		% within Nationaliteit dichotoom	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage 10: Correlatie tussen de ingeschatte dringendheid door de arts en doorverwijzing.

			Werd de patiënt doorverwezen?		
			neen	ja	Total
Hoe dringend schat de arts het probleem in?	1	Count	44	3	47
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	17,2%	7,9%	16,0%
	2	Count	85	9	94
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	33,2%	23,7%	32,0%
	3	Count	99	16	115
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	38,7%	42,1%	39,1%
	4	Count	25	10	35
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	9,8%	26,3%	11,9%
	5	Count	3	0	3
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	1,2%	0,0%	1,0%
Total		Count	256	38	294
		% within Werd de patiënt doorverwezen?	100,0%	100,0%	100,0%

Bijlage11: Ingeschatte ernst door de patiënt versus de arts

		Hoe ernstig schat de arts het probleem in?					
		1	2	3	4	5	Total
Hoe schat de patiënt de ernst van zijn klacht in?	1	6	5	4	1	0	16
	2	6	24	23	1	0	54
	3	18	35	63	10	0	126
	4	5	23	20	6	0	54
	5	0	8	9	7	1	25
Total		35	95	119	25	1	275

Bijlage 12: Ingeschatte dringendheid door de patiënt versus de arts

		Hoe dringend schat de arts het probleem in?					
		1	2	3	4	5	Total
Hoe schat de patiënt de dringendheid van zijn klacht in?	1	3	2	5	0	0	10
	2	7	25	17	3	0	52
	3	18	29	49	9	0	105
	4	9	20	27	14	2	72
	5	3	11	12	8	1	35
Total		40	87	110	34	3	274

Bijlage 13: Ingeschatte ernst per doorverwijzing

		Hoe ernstig schat de arts het probleem in?					
		1	2	3	4	5	Total
Naar waar werd de patiënt doorverwezen?		39	94	106	18	1	258
	Dermatoloog	1	1	0	0	0	2
	Huisarts	1	1	5	1	0	8
	Kine	0	2	0	0	0	2
	Oogarts	0	0	1	0	0	1
	Oogarts van wacht	0	0	1	0	0	1
	Radiologie	0	1	4	2	0	7
	Spoed	0	2	6	5	0	13
	Tandarts	0	1	0	0	0	1
	Urologie	0	1	0	0	0	1
Total		41	103	123	26	1	294

Bijlage 14: Ingeschatte dringendheid per doorverwijzing

		Hoe dringend schat de arts het probleem in?					
		1	2	3	4	5	Total
Naar waar werd de patiënt doorverwezen?		45	84	100	26	3	258
	Dermatoloog	1	1	0	0	0	2
	Huisarts	1	1	4	2	0	8
	Kine	0	2	0	0	0	2
	Oogarts	0	0	1	0	0	1
	Oogarts van wacht	0	0	1	0	0	1
	Radiologie	0	2	4	1	0	7
	Spoed	0	2	5	6	0	13
	Tandarts	0	1	0	0	0	1
	Urologie	0	1	0	0	0	1
Total		47	94	115	35	3	294

REFERENTIES

1. *European Observatory on Health Systems and Policies, Belgium, in Health systems in transition profile.* WHO European Center for Health Policy 2007: p. 194.
2. Remmen, R.T., M.; Demerre, M.; van Hemelen, G.; Janvier, P., *Huisartsenwachtposten in Vlaanderen: wat zijn de randvoorwaarden?* Huisarts Nu, 2007. **36**(8): p. 397-401.
3. R. Renders, H.P., *Huisartsenwachtposten in België.* Bijblijven, 2008. **24**(10): p. 16-23.
4. Philips, H., et al., *Agreement on urgency assessment between secretaries and general practitioners: an observational study in out-of-hours general practice service in Belgium.* Acta Clin Belg, 2015. **70**(5): p. 309-14.
5. Wang, M., et al., *Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments.* J Eval Clin Pract, 2014. **20**(1): p. 20-6.
6. Ismail, S.A., D.C. Gibbons, and S. Gnani, *Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions.* Br J Gen Pract, 2013. **63**(617): p. e813-20.
7. van der Straten, L.M., et al., *Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational study.* Emerg Med J, 2012. **29**(11): p. 877-81.
8. Philips, H., et al., *Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call.* BMC Fam Pract, 2010. **11**: p. 88.
9. Moll van Charante, E.P., G. ter Riet, and P. Bindels, *Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics.* Patient Educ Couns, 2008. **70**(2): p. 256-65.
10. Chmiel, C., et al., *Walk-ins seeking treatment at an emergency department or general practitioner out-of-hours service: a cross-sectional comparison.* BMC Health Serv Res, 2011. **11**: p. 94.
11. Moll van Charante, E.P., P.C. van Steenwijk-Opdam, and P.J. Bindels, *Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services.* BMC Fam Pract, 2007. **8**: p. 46.
12. Neimanis, I., J. Kaczorowski, and M. Howard, *After-hours services in capitation-funded primary care practice: use and satisfaction.* Can Fam Physician, 2009. **55**(10): p. 1008-9 e1-6.
13. Howard, M., et al., *Emergency Department and Walk-in Clinic Use in Models of Primary Care Practice with Different After-Hours Accessibility in Ontario.* Healthc Policy, 2008. **4**(1): p. 73-88.
14. O'Kelly, F.D., et al., *Impact of a GP cooperative on lower acuity emergency department attendances.* Emerg Med J, 2010. **27**(10): p. 770-3.
15. Buckley, D.J., P.W. Curtis, and J.G. McGirr, *The effect of a general practice after-hours clinic on emergency department presentations: a regression time series analysis.* Med J Aust, 2010. **192**(8): p. 448-51.

16. Kelly, L.J. and R. Birtwhistle, *Is this problem urgent? Attitudes in a community hospital emergency room.* Can Fam Physician, 1993. **39**: p. 1345-52.
17. Bartholomeeusen Stephaan, P.H., Van Royen Paul, Remmen Roy, Coenen Samuel, *iCAREdata: Improving Care And Research Electronic Data Trust Antwerp.* 2017.