Primary care availability and socio-economic characteristics predict the utilization of the emergency department by older patients



Liselotte Van Deun, Universiteit Antwerpen

Promotor: Dr. Roy Remmen, Universiteit Antwerpen
Co-Promotor: Dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde 2017-2018

Inhoudsopgave

Achtergrond 4

Abstract 5

Introduction 6

Methods 6

Population of the study 7

Follow-up 7

Primary and secondary outcome measures 7

Statistical analysis 8

Ethics committee 8

Results 8

Sociodemographic characteristics 8

Primary care availability and emergency department use 10

Predictors of self-referring to the emergency department by the older patient 11

Discussion 13

Limitations 14

Conclusion 14

References 15

Dankwoord 18

Bijlagen 19

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol 19

Bijlage 2: Gunstig advies Ethische Commissie 26

Bijlage 3: Informatieformulier voor de deelnemer 28

Bijlage 4: Toestemmingsformulier voor de deelnemer 30

Bijlage 5: Vragenlijsten 31

Achtergrond

In het kader van mijn masterthesis wilde ik graag werken rond de organisatie van de eerstelijnsgeneeskunde. Mijn interesse in de organisatie en de praktijkvoering van de geneeskunde is ontstaan doordat ik als student zowel in België als in Nederland gestudeerd heb en daar duidelijke verschillen in de beide systemen heb kunnen vaststellen.

Tussen deze twee landen bestaan er bijvoorbeeld grote verschillen in de organisatie van de gezondheidszorg. Wat mij als HAIO in België erg opviel is het ontbreken van de poortwachtersfunctie als huisarts. Sommige patiënten gaan volledig aan hun huisarts voorbij en richten zich rechtsreeks tot de spoedgevallendienst. Hierdoor bestaat het risico dat patiënten niet voldoende worden opgevolgd waardoor men geen overzicht kan houden. Dit gaat ten koste van de continuïteit van de zorg en is voornamelijk nefast voor patiënten met chronische ziekten, oudere patiënten en patiënten met sociale problematiek. Als huisarts-in-opleiding ben ik bijzonder geïnteresseerd en gemotiveerd om de samenwerking tussen de eerste lijn en de tweede lijn te verbeteren. Om dit aan te pakken is er een betere samenwerking nodig tussen de eerste lijn en de spoedgevallendienst.

De laatste jaren is er een toename van het gebruik van de dienst spoedgevallen in België. Het afgelopen jaar zijn er 4% meer aanmeldingen dan het jaar voordien (25). Voornamelijk de oudere patiënten zijn de snelst groeiende groep die zich aanmelden op de spoedgevallendiensten (5, 6, 9). De overbevolking van spoeddiensten leidt tot langere wachttijden, moeizamere ziekenhuisopnames en hogere kosten (12). Door de vergrijzing van de bevolking zal het aantal consultaties op de spoedgevallendienst alleen maar toenemen.

In mijn masterthesis zal de focus liggen op de oudere patiënt op de spoedgevallendienst. Oudere patiënten worden gekenmerkt door verschillende co-morbiditeiten en polyfarmacie. Voor deze groep van patiënten is continuïteit van de zorg erg belangrijk. De huisarts kan hier een belangrijke rol in spelen. Hij of/zij is op de hoogte van de medische gegevens en de psychosociale voorgeschiedenis van de patiënt. Daarom is het belangrijk om de beweegredenen van de oudere patiënt die kiest voor een spoedvisite te onderzoeken. Hierdoor kunnen er in de toekomst betere interventies plaatsvinden. Welke patiënten melden zich aan op de spoed? Wat zijn de persoonlijke kenmerken van deze patiënten? Wat zijn de onderliggende beweegredenen voor een consultatie op de spoed? Hebben de patiënten eerst contact opgenomen met hun huisarts? Wat zijn hun ervaringen met de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg? Konden ze wel bij hun huisarts terecht?

Ik besloot deze thesis aan te bieden als een Engelstalig artikel dat zal worden aangeboden aan een internationaal tijdschrift met peer review.

Abstract

Introduction

Over the last decade, there has been an increase in the utilization of the emergency department (ED) in many developed countries. Older adults, especially the ones over 75, are the fastest growing group at the ED. Studies in the general population appeared in which insufficient availability of primary care and socioeconomic background positively correlates with use of the ED. Therefore this study intended to examine the relationship between the recent experiences of patients (≥ 75 year) with the availability of primary care, their socioeconomic characteristics and the utilization of the ED. This is especially important as Western societies are rapidly ageing.

Methods

1181 patients (≥ 75 year) who visited the ED between 14/07/2017 and 08/10/2017 were informed about this prospective exploratory study. Patients who consented in writing filled in a questionnaire about their experiences with the primary care and socioeconomic characteristics. This study was conducted in a Belgian hospital with 647 beds serving an area off 180.000 inhabitants.

Results

159 patients consented in writing to participate in the study. 68.6% of the patients approached their general practitioner (GP) before they went to the ED. 31.4% of the patients were self-referrals. The most important reason to go directly to the ED was that patients thought that the ED could help them better than the GP because of the seriousness of their health problems (68%). The second most important reason was that patients thought that additional examinations were required (32%). Patients who did not contact their GP in the preceding week were more likely to go directly to the ED (OR = 4.051, p = 0.000). Other significant predictors of self-referrals to the ED by the older patients were the following: “The GP is not working so I could not go” (OR = 27.692, p = 0.000), nighttime (OR = 2.584, p = 0.020), weekend (OR = 6.068, p = 0.000), “Because of the seriousness of my health problem, I think the ED can help me better than the GP” (OR = 24.033, p = 0.000), “I think that additional examinations are required” (OR = 49.091, p = 0.000), age (75-84 y) (OR = 3.063, p = 0.004), living in the city (OR = 2.551, p = 0.010) and monthly net income < 1000 euro (OR = 2.680, p = 0.021).

Conclusion

Primary out-of-hours care should be better organized and more accessible in the future as it may help to reduce the overcrowding of the ED. Subsequently, GPs should better inform patients in the low socioeconomic group and those who live in the city, about the primary health care they offer. Furthermore in Belgium a triage system seems necessary to ascertain the seriousness of the health problem of the elderly patients and to asses if additional investigations are required at the moment of their problem. As western societies are aging, more elderly patients will seek help and will go directly to the ED. This probably will lead to overcrowding of the ED, greater costs and hampers the sustainability of the health system.

Introduction

In the last decade, there has been an increase in the utilization of the emergency department (ED) in several western countries (1). Current research reports an annual increase from 3% to 7% (2-4). Older adults, especially the over-75, use the emergency department more than any other age group (5-9). This elderly population may often be characterized by a complex medical history, comorbidity and polypharmacy (10, 11).

The increase in patient visits at the ED results in overcrowding emergency rooms, more difficult hospitalizations, higher costs and probably a decrease in quality of care. More patients leave the ED without being seen by a doctor (1, 12).

The past few years more studies appeared in which the relationship between the primary care accessibility was compared with the use of the ED (13, 14). These studies demonstrate that an insufficient availability of primary care may be associated with a higher consumption of secondary hospital care (15, 16). Available primary care can reduce the amount of ED visits and ensures the continuity of care for the patients, which is especially important for elderly patients (17, 18). In addition, several other studies in the general population reported that low socioeconomic background positively correlates with use of the ED (16, 19).

Therefore the need was felt to better identify why patients (≥ 75 year) choose to visit the ED. This study investigates the relationship between the recent experiences of patients (≥ 75 year) with the availability of primary care, their socioeconomic characteristics and the utilization of the ED. This is especially important as Western societies are rapidly ageing.

Methods

The study was a prospective exploratory research on older patients (≥ 75 years) who visited the emergency department. It was conducted in a Belgian hospital in Turnhout, with 647 beds serving an area of approximately 180.000 inhabitants. In 2016, 43.717 emergency admissions were performed at this facility (20). At the centre of this area, the region of Turnhout contains 85.947 inhabitants, 9.0% of its population is older than 75 years, 19.2% is older than 65 years and 16.0% is younger than 18 years (21). In this region there is a relative shortage of general practitioners (GP) (22). In the weekends and on public holidays, patients can rely on the GPs' deputizing service from Friday evening at 8 pm till Monday morning at 8 am. For urgent health problems in the evening on business days, patients can sign up at the local post of GP's from 6 pm till 8 am next morning.

Belgian health care provides free entrance to primary, secondary and tertiary care facilities. There is no gatekeeper role of GP and no need for referral (23, 24). In Belgium there is an annual increase of 3.7% of patients who visit the ED (25). Seventy percent of which are patients without a referral by the GP (26). Each year the expenses for the emergency medicine rise. At the local GPs' deputizing service there is no increase of the number of patients seen over the last five years (27).

Population of the study

All patients 75 years or older who registered at the ED between 14/07/2017 and 08/10/2017 were informed about the nature of the study by means of an informative document. Patients who were interested in the study completed an informed consent form and were included. For patients who were inconsistent the patients' representative could fill in the documents. Exclusion criteria were: patients or representatives of patients who did not want to participate in the study and seriously ill patients who were unable to complete the questionnaires.

Follow-up

The informative document about the data collection, the declaration of consent and the questionnaire were handed out by a nurse when the patient left the waiting room and took place at the examination room. While they were waiting, the patients or their informed caregivers completed the questionnaires. These forms were then collected by the nurse and were stored in a special box.

Primary and secondary outcome measures

The baseline questionnaires consisted of two parts. Firstly, the survey inquired by means of eight statements about the experience that patients had with the primary care. We were interested if patients had a family doctor, how often patients had visited their GP in the last year, if patients had contact with their family doctor or their pharmacist in the past week before they went to the ED, if patient had a referral letter of their GP and if patients contacted their family doctor before they went to the ED.

Subsequently, we were interested in the need for patients to visit the ED after having had contact with their family doctor. To explore this further, responders could choose from the eight following options; 'the doctor sent me to the ED after he/she examined me', 'the doctor advised me over the phone to visit the ED after a few questions', 'I had requested a home visit, but could not go to my doctor', 'I could not get an appointment with the doctor at the same day', 'I have to wait too long in the GP waiting room', 'the doctor did not answer the phone', 'the doctor is not working so I could not go' and finally, 'I had no transportation'.

Furthermore we wanted to know the reasons why older patients went directly to the ED and did not contact their GP. Responders could choose from the three following options: 'for my health problems I usually contact the ED', 'because of the seriousness of my health problem, I think the ED can help me better than the GP', 'I believe that additional examinations are required (RX, CT-scan,…)'.

In the second part of the questionnaire we checked for patient characteristics such as age, sex, origin, co-morbidities, polypharmacy, level of education and monthly income. Furthermore we also inquired postal codes, the residence of the patient and his/her living situation, personal home care and with which complaint the patient came to the emergency department and finally which day of the week and what time it was.

Statistical analysis

The first hypothesis was that older patients who directly sought help at the ED had a suboptimal experience with primary health care accessibility. The second hypothesis was that older patients who directly sought help at the ED might belong to a particular socioeconomic group. Analyses were done with SPSS version 25.0. Descriptive statistics of the sociodemographic data of our sample were calculated. Means, standard deviations (SD) and 95% confidence intervals (CI) were used for quantitative variables, frequencies and percentages for categorical variables. X2 tests and Fisher exact tests were performed on nominal variables. $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Ethics committee

This research was approved by the medical ethics committee of the University of Antwerp and the local medical ethics committee of the hospital where the study was carried out: 17/10/109, 15/06/2017.

Results

Sociodemographic characteristics

A total of 159 patients (≥ 75 year) consented in writing to participate in the study. In total 1181 patients (≥ 75 year) contacted the ED during the time of the study (14/07/2017 - 08/10/2017). 1022 patients did not participate. The response rate was 13.5%. There is no documentation on which of these 1022 patients were seriously ill and therefore unable to complete the questionnaire and which of these patients refused to participate. The patient characteristics are listed in table 1.

Table 1. Sociodemographic data (N= 159)	**%**
Sex	
Male	48.7
Female	51.3
Age	
75-84	60.0
85-94	38.1
≥ 95	1.9
Nationality	
Belgium	94.9
Other	5.1

Area of residence	
Urban	70.3
Rural	29.7
Living situation	
Living alone	35.0
Living with partner	47.1
Living with children	3.8
Living with others	2.5
Living in a care institution	9.6
Living with partner and children	1.9
Personal home care	69.0
Social network (family, neighbor, …)	36.6
Cleaning service	47.7
Home nursing	41.2
Family and elderly help	16.3
Meals at home	11.8
Co-morbidities	
Cardiovascular disease	58.8
Respiratory disease	16.9
Gastrointestinal disease	28.0
Diabetes mellitus	20.3
Thyroid disorder	6.9
Urogenital disorder	29.4
Neurological disorder	28.7
Immune disorder	4.1
Hematologic disease	9.9
Polypharmacy **(> 5 different kinds of medication)**	68.2
Highest degree	
No diploma	25.0
Primary school	42.1
Secondary school	22.4
Higher education	10.5
Socioeconomic status	
Low socioeconomic status **(net income 0 -1000 euro)**	24.6

Moderate socioeconomic status **(net income 1001 – 2000 euro)**	70.5
High socioeconomic status **(≥ 2001 euro)**	4.9

Of 159 analyzed patients, 51.3% were women, 60.0% were between 75 and 84 years old and 70.3% lived in the city. The majority of the patients lived with their partner (47.1%). 35% lived alone and 9.6% of the patients were accommodated in a nursing home. In the preceding month, 69% of the patients, who did not stay in a nursing home, received personal care at home. Cleaning service is most common (47.7%), followed by home nursing services (41.2%), social network (family, partner, neighbor …) (36.6%), family and elderly help (16.3%) and meals at home (11.8%). 58.8% of the patients had a cardiovascular disease and 29.4% had a urogenital disorder. 68.2% of the patients use more than five different kinds of medication. The highest degree is primary school for 42.1% of the analyzed patients. 70.5% of the patients had a net monthly income between 1001 and 2000 euros.

Monday (22.5%) is the busiest day of the week at the ED, followed by Thursday (21.8%), Tuesday (13.4%) and Sunday (13.4%). Most elderly patients contacted the ED in the week (79.6%) and most of the patients sought help at the ED during daytime (8.00 a.m. -7.59 p.m.) (77.5%). On the other hand 22.5% of the patients went to the ED in the evening/night (8 p.m. – 7.59 a.m.).

Primary care availability and emergency department use

The results demonstrate that 99.4% of the patients had a GP that they visited regularly. From these patients the majority of the group (49.4%) visited the doctor about two to ten times in the preceding year. 47.5% of the patients consulted the general practitioner more than ten times in the past year.

69.2% of the patients, who visited the ED, contacted their GP in the past week and 61.5% of the patients, who visited the ED, went to the pharmacy in the preceding week.

Other results demonstrate that 68.6% of the patients approached their GP before they went to the ED. 31.4% of the patients did not contact their GP and directly visited the ED. In general, 53.2% of the patients had a referral letter. Table 2 and 3 show the reasons why patients did or did not contact their GP before going to the emergency department. Multiple answers were possible.

Table 2. Reasons why older patients visit the ED after contacting the GP (N = 109)	Percentage
1. The doctor sent me to the ED after he/she examined me (N = 81)	74.3
2. The doctor advised me over the phone to visit the ED after a few questions (N = 23)	21.1
3. I have requested a home visit, but could not go to my doctor (N = 6)	5.5
4. I could not get an appointment with the doctor at the same day (N = 2)	1.8
5. I have to wait too long in the GP waiting room (N = 0)	0.0
6. The doctor did not answer the phone (N = 4)	3.7
7. The doctor is not working so I could not go (N = 11)	10.1
8. I had no transportation (N = 2)	1.8

Table 3. Reasons why the older patients directly visit the ED and did not contact the GP (N = 50)	Percentage
1. For my health problems I usually contact the ED (N = 1)	2.0
2. Because of the seriousness of my health problem, I think the ED can help me better than the GP (N = 34)	68.0
3. I think that additional examinations are required (RX, CT-scan, …) (N = 16)	32.0

Predictors of self-referring to the emergency department by the older patient

In this study 31.4% of the patients were self-referrals at the ED. We found that there was no significant correlation between elderly patients who go straight to the ED and who visit a GP regularly (p = 0.316), nor their number of visits at the GP in the preceding year (p = 0.186). There was also no correlation between patients who go directly to the ED and patients who visited their pharmacist in the last week (p = 0.329).

There was no significant association between older patients who visited the ED directly, without contacting their GP and following socioeconomic factors: gender (p = 0.974), nationality (p = 0.436), living situation (p = 0.070), having personal home care in the preceding month (p= 0.239), having comorbidities, such as cardiovascular disease (p = 0.837), respiratory disease (p = 0.056), gastro-intestinal disease (p = 0.524), diabetes mellitus (p = 0.049), thyroid disorder (p = 0.727), urogenital

disorder (p = 0.324), neurological disorder (p = 0.548), immune disorder (1.000) and hematologic disease (p = 0.548), polypharmacy (p = 0.221) and whether or not having a diploma (p = 0.687).

Table 4 demonstrates significant results in which patients choose to go directly to the ED without consulting the GP first. Results show that patients who think that additional examinations are required are most likely to go directly to the ED (OR = 49.091, p = 0.000). Other significant predictors of self-referrals to the ED by the older patients are the following: "The GP is not working so I could not go" (OR = 27.692, p = 0.000), "Because of the seriousness of my health problem, I think the ED can help me better than the GP" (OR = 24.033, p = 0.000), weekend (OR = 6.068, p = 0.000), patients who did not contact their GP in the preceding week (OR = 4.051, p = 0.000), age (75-84 y) (OR = 3.063, p = 0.004), monthly net income < 1000 euro (OR = 2.680, p = 0.021), nighttime (OR = 2.584, p = 0.020) and living in the city (OR = 2.551, p = 0.010).

Table 4. Significant predictors of self-referring to the ED without consulting the GP first

	P value	**OR**	**95% C.I. OR**		**RR**
			Lower	**Upper**	
I think that additional examinations are required (n = 16)	0.000	49.091	6.248	385.721	4.006
The GP is not working (n = 11)	0.000	27.692	3.432	223.439	3.427
Because of the seriousness of my health problem, the ED can help me better than the GP (Yes) (n = 34)	0.000	24.033	8.811	65.552	5.065
Weekend (n =29)	0.000	6.068	2.529	14.559	2.922
No contact with the GP last week (n = 49)	0.000	4.051	1.970	8.328	2.432
Age (75-84 y) (n = 93)	0.004	3.063	1.415	6.634	2.242
Monthly net income < 1000 euro (n = 30)	0.021	2.680	1.145	6.723	1.840
Nighttime (n = 32)	0.020	2.584	1.142	5.845	1.842
Living in the city (n = 46)	0.010	2.551	1.235	5.268	1.843

Discussion

The first hypothesis was that older patients who directly sought help at the ED had a suboptimal experience with primary health care accessibility. First of all, elderly patients chose to go directly to the ED instead of calling the GP on call, when their GP was not working. Secondly, the results demonstrated that patients who need help during the night or in the weekend will choose quickly to visit the ED, instead of the GP on call or going to the general practitioners' deputizing service.

Furthermore results showed that patients, who did contact their GP in the last week, will be more inclined to contact the GP before they go to the ED. People tend to choose the service which they are already acquainted with, which is also demonstrated in previous studies (24). This could demonstrate that a regular visit with the GP could probably reduce urgent visits at the ED, resulting in decreased ED utilization (17, 18).

This study also showed that many of the elderly patients did not contact the GP because they think the ED is more suited given the subjectively perceived seriousness of their health problems or they think that additional investigations are required. In Belgium, patients can go to the ED on their own initiative. In other studies it was found that patients overestimate the severity of their problems and think additional examinations are necessary (28-30). A Dutch study, were triage before visiting the ED is needed, concluded that the percentage of appropriate ED visits by self-referred patients ranges from 48.1 to 58.8% (31). No triage system exists in Belgian health care, and this may add to the problem of overcrowding of the ED.

The aforementioned results suggest that patients have a suboptimal experience with primary care accessibility, mainly during out-of-hours (night, weekend). When the GP is not working, patients are inclined to go directly to the ED, without contacting the GP on call. A possible underlying reason may be that patients are insufficiently informed of other facilities of primary care when their GP is not working. This could result in an increase in consultations at the ED. Other studies have also shown that patient's experience of a low availability of the primary care and barriers to timely access primary care is highly associated with the risk of using the ED (19, 32). Improving the continuity of primary care can probably reduce the overcrowding ED (11, 17, 33). In the future more education is necessary to explain what patients have to do when their GP is not working.

The second hypothesis was that older patients who directly sought help at the ED might belong to a particular socio-demographic en -economic group. The results showed that patients with a low socio-economic status (monthly net income < 1000 euro) and patients who live in the city more often visit the ED, without first contacting their GP. A low socioeconomic status has been suggested as one indicator for frequent ED utilization in the general population (19). Furthermore, hospital location could also be a predictive factor of frequent ED use (8). Some studies demonstrate that patients living in urban areas were at higher risk of becoming frequent ED users (34, 35). Other investigations showed that living close to the ED (less than 10 km away) increased the risk of frequent ED use (36). In the future GPs can make progress by patients with a low socioeconomic status and who live in the city. Extra attention is needed to inform these patients that they have the option to go to their GP for their health problems.

Limitations

This study has several limitations. Firstly, the study was performed in one single region with one ED. Furthermore, patient's inclusion was for a short period of three months (July- October). This period includes a part of the summer holiday, as a result of which more GPs were probably on holiday. Secondly, in this study we did not check if the patient was hospitalized after consulting the ED, which could indicate that a visit to the ED was indeed useful. Thirdly, we did not check if patients had additional examinations. This had been a good addition to estimate the health status of the patient. And lastly, the response rate of the questionnaire was 13.5%. According to the staff some people (mostly the self-referred patients) did not want to participate in the study.

Conclusion

Primary out-of-hours care must be better organized and more accessible in the future as it may help to reduce the overcrowding of the ED. Nowadays the older patients are probably insufficiently aware of other possibilities that primary care offers them when their own GP is not working. Instead of contacting the GP on call, elderly patients go directly to the ED. Now it is important for the GP to inform their patients what they have to do in case of out-of-hours health problems. Subsequently, GPs should better inform patients in the low socioeconomic group and those who live in the city, about the primary health care they organize.

Furthermore a triage system is necessary to ascertain the seriousness of the health problem of the elderly patients and to assess if additional investigations are required at the moment of their problem. In the Belgian health care system, patients can go to the ED on their own initiative. As western societies are aging, more elderly patients will seek help and will go directly to the ED. This leads to overcrowding of EDs, greater costs and hampers the sustainability of the health system.

References

1. Ko M, Lee Y, Chen C, Chou P, Chu D. Prevalence of and Predictors for Frequent Utilization of Emergency Department: A Population-Based Study. Medicine (Baltimore). 2015 Jul; 94(29):e1205.

2. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNeil JJ. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. Emerg Med J. 2011 May;28(5):373-7.

3. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. Emerg Med J. 2003 Sep;20(5):402-5.

4. Banerjee A, Mbamalu D, Hinchley G. The impact of process re-engineering on patient throughput in emergency departments in the UK. Int J Emerg Med. 2008 Sep;1(3):189-92.

5. Hervé Avalosse, Agnès Chapelle, Fabienne van Sloten. Toevlucht tot de spoeddienst van een ziekenhuis: exploratie van de gegevens van CM. CM-Informatie 262. december 2015. Available from: https://www.cm.be/media/CM-Informatie-gezondheidszorgconsumptie_tcm47-26048.pdf. Consulted on 2018 April 10

6. Palmer E, Leblanc-Duchin D, Murray J, Atkinson P. Emergency department use: is frequent use associated with a lack of primary care provider? Can Fam Physician. 2014 Apr;60(4):e223-9.

7. Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. Health Policy. 2016 Dec;120(12):1337-49.

8. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2016 Oct 20;16(1):594.

9. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. Med Care Res Rev. 2011 Apr;68(2):131-55.

10. Mian O, Pong R. Does better access to FPs decrease the likelihood of emergency department use? Results from the Primary Care Access Survey. Can Fam Physician.2012 Nov;58(11):e658-66.

11. Hunold KM, Richmond NL, Waller AE, Cutchin MP, Voss PR, Platts-Mills TF. Primary care availability and emergency department use by older adults: a population-based analysis. J Am Geriatr Soc. 2014 Sep;62(9):1699-706.

12. Eichler K, Hess S, Chmiel C, Bogli K, Sidler P, Senn O, et al. Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study. Emerg Med J. 2014 Oct;31(10):818-23.

13. Benjamin TB Chan, Howard J Ovens, Frequent users of emergency departments, Do they also use family physicians' services?, Can Fam Physician 2002;48:1654-1660

14. Weisz D, Gusmano MK, Wong G, Trombley J. Emergency department use: a reflection of poor primary care access? Am J Manag Care. 2015 Feb 01;21(2):e152-60.

15. Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. Arch Intern Med. 2008 Aug 11;168(15):1705-10.

16. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med. 2004 Dec;11(12):1302-10.

17. Chaiyachati KH, Gordon K, Long T, Levin W, Khan A, Meyer E, et al. Continuity in a VA patient-centered medical home reduces emergency department visits. PLoS One. 2014;9(5):e96356.

18. Coleman EA, Eilertsen TB, Kramer AM, Magid DJ, Beck A, Conner D. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. Eff Clin Pract. 2001 Mar-Apr;4(2):49-57

19. Hudon C, Sanche S, Haggerty JL. Personal Characteristics and Experience of Primary Care Predicting Frequent Use of Emergency Department: A Prospective Cohort Study. PLoS One. 2016;11(6):e0157489.

20. AZ Turnhout in cijfers. Jaarverslag 2016. Available from: http://www.azturnhout.be/Pub/Jaarverslag2016/AZ-Turnhout-in-cijfers.html. Consulted on 2018 April 10

21. Stadsregio in cijfers: dashboard Available from: https://stadsregioturnhout.incijfers.be/dashboard. Consulted on 2018 April 10

22. Prioritaire zones huisartsen. Overzicht prioritaire zones periode van 1 juni 2017 tot en met 31 december 2018. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/prioritaire-zones-huisartsen. Consulted on 2018 April 10

23. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblick M, Geudens L, Bronckaers M, Meeuwis H. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. BMC Health Serv Res. 2010 Jul 30;10:222.

24. 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 Nov 15;11:88.

25. Spoeddiensttoerisme kost het Riziv handenvol geld. De Standaard. 31/07/2015. Available from: http://www.standaard.be/cnt/dmf20150731_01798742. Consulted on 2018 April 10

26. Veerle Caerels, François Rémy. 4.6 miljoen patiënten op spoeddienst. Artsenkrant. 05/08/2016. Consulted on 2018 April 10.

27. Jaarverslag Huisartsenwachtpost Regio Turnhout 2017. Consulted on 2018 April 22.

28. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. Emerg Med J. 2001 Nov;18(6):430-4.

29. Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, Edwards M. Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first-a questionnaire study. Int J Emerg Med. 2015 Dec;8(1):46.

30. Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2016 Dec 9;16(1):685.

31. Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, van Dijk N, Edwards M. Self-referrals in a Dutch Emergency Department: how appropriate are they? Eur J Emerg Med. 2016 Jun;23(3):194-202.

32. Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. Arch Intern Med. 2008 Aug 11;168(15):1705-10.

33. Feng D, Zhang D, Li B, Zhang Y, Serrano R, Shi D, Liu Y, Zhang L. Does having a usual primary care provider reduce patient self-referrals in rural China's rural multi-tiered medical system? A retrospective study in Qianjiang District, China. BMC Health Serv Res. 2017 Nov 28;17(1):778.

34. Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, Derksen S. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. Ann Emerg Med. 2012;60(1):24–32.

35. Pines JM, Buford K. Predictors of frequent emergency department utilization in Southeastern Pennsylvania. J Asthma. 2006;43(3):219–23.

36. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, Daeppen JB, Bodenmann P. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. Acad Emerg Med. 2012;19(1):63–8.

Dankwoord

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, Roy Remmen, bedanken die het mij mogelijk gemaakt heeft om over dit interessant onderwerp te kunnen schrijven. Ik heb altijd veel zin gehad om onderzoek te doen op de spoedgevallendienst en kijk met een tevreden blik terug hoe heel het proces verlopen is.

Verder wil ik ook iedereen bedanken op de spoed van het AZ Turnhout, aangezien zij mij de kans hebben gegeven om dit onderzoek te kunnen uitvoeren en voor hun participatie om elke dag opnieuw de vragenlijsten uit te delen aan de patiënten.

Mijn co-promoter, Hilde Philips, wil ik bedanken om mee te helpen, de statistiek na te kijken en mijn teksten te verbeteren.

Als laatste wil ik mijn vriend, Rens, bedanken voor de ondersteuning en het nalezen van mijn Engelse tekst.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol

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

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Oudere patiënten op de spoedgevallendienst
Persoonlijke kenmerken en ervaringen met de eerste lijn

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

Promotor
Naam: Roy Remmen
Functie:

- Voorzitter van de vakgroep Eerstelijns-en Interdisciplinaire zorg (ELIZA)
- Hoogleraar huisartsgeneeskunde
- Voorzitter onderwijscommissie master huisartsgeneeskunde UA

Universiteit: Universiteit Antwerpen
Faculteit/Vakgroep: Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg
Telefoonnummer: 0326522922
E-mail: roy.remmen@uantwerpen.be

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

Naam: Liselotte Van Deun
Universiteit van inschrijving: Universiteit Antwerpen
Faculteit: geneeskunde
Opleiding: master huisartsgeneeskunde
Telefoonnummer: 0032/494.26.03.95
E-mail: liselotte.vandeun@student.uantwerpen.be

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

Naam praktijkopleider: Frans Sas
Adres: Neerstraat 45 2360 Oud-Turnhout
Telefoonnummer: 014/45.34.56
E-mail: Frans.Sas@skynet.be
Type-praktijk: solo-praktijk

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

/

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

Start onderzoek: 1/07/2017
Einde onderzoek: 1/05/2018

7. SOORT ONDERZOEK

Prospectief observationeel onderzoek

- verzamelen van patiëntengegevens, die klinisch standaard gegeven zijn (=geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)
- vragenlijsten

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL

Doelstelling
In deze masterthesis wil ik onderzoeken welke patiënten (≥ 75 jaar) zich aanmelden op de spoed. Wat zijn de persoonlijke kenmerken van deze patiënten en wat zijn hun ervaringen met de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg?

Onderzoeksvragen

- Is er een relatie tussen persoonlijke kenmerken van patiënten ≥ 75 jaar en het gebruik van de spoedgevallendienst?
- Is er een relatie tussen de ervaringen i.v.m. de toegankelijkheid met de eerstelijnszorg en het gebruik van de spoedgevallendienst?

Onderzoeksopzet
Deze studie is een beschrijvende explorerend prospectief onderzoek dat zich richt op de oudere patiënt (≥ 75 jaar) op de spoedgevallendienst van het AZ Turnhout.

Studiepopulatie
Alle oudere wils(on)bekwame patiënten (≥75 jaar) die zich in een bepaalde periode op de spoedgevallendienst melden zullen informatie krijgen over het onderzoek. De wilsbekwame patiënten kunnen vervolgens beslissen tot deelname. Voor de wilsonbekwame patiënten zal de vertegenwoordiger, mantelzorger beslissen voor eventuele deelname. Indien deelname gewenst zal het toestemmingsformulier ondertekend worden.

Steekproef grootte en duur van de studie

In deze pilot studie wil ik 150 patiënten includeren. Op de spoed in Turnhout komen ongeveer 40 oudere patiënten (≥75 jaar) per week. Gedurende 1 maand zouden dat ongeveer 150 patiënten zijn. Om zeker te spelen zullen we gedurende 2 maanden patiënten includeren (bv: juli en augustus 2017) totdat er voldoende patiënten geïncludeerd zijn.

Methode

Studie procedure:

Alle patiënten ≥75 jaar die op de spoedgevallendienst komen van het AZ Turnhout worden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Via vragenlijsten worden de gegevens van patiënten verzameld. De vragenlijsten kunnen via het secretariaat worden uitgedeeld of tijdens het wachten kunnen patiënten/ mantelzorgers/ vertegenwoordigers deze invullen en terugbezorgen bij de verpleging.

- Uitkomstmaat/ afhankelijke variabele:
    - Spoedconsultatie

- Determinanten/ onafhankelijke variabelen:
    - Persoonlijke kenmerken van de patiënt
        - Geslacht, Leeftijd, Nationaliteit, Sociaaleconomische status, Co-morbiditeiten, Polyfarmacie, Afstand tot de spoed, Uur en dag in de week van aanmelding, Klacht icpc, Verwijsbrief van de huisarts of niet

    - Beschikbaarheid van de eerste lijn
        - Vaste huisarts
        - Aantal consultaties per jaar bij de huisarts
        - Contact met de huisarts voorafgaand aan spoed visite
        - Ervaren van belemmeringen i.v.m. de toegankelijkheid van de huisarts
            - Geen opname van telefoon
            - Kon geen vroegere afspraak krijgen
            - Te druk bij de huisarts
            - Huisarts was niet open

Data analyse

Om de relatie te onderzoeken tussen persoonlijke kenmerken van patiënten ≥ 75 jaar en het gebruik van de spoed wordt er gebruikt gemaakt van univariate analyses.

Om de relatie te onderzoeken tussen de beschikbaarheid van de eerste lijn en het gebruik van de spoed wordt er gebruikt gemaakt van univariate analyses.

Om de relatie te onderzoeken tussen diverse onafhankelijke variabelen en de uitkomstmaat (spoed visite) wordt er gebruikt gemaakt van multivariaat analyses.

De statistische analyses zullen via SPSS software verwerkt worden.

Ethische overwegingen- veiligheid

De gegevens van patiënten worden via vragenlijsten verzameld. Deze gegevens van patiënten zullen gecodeerd worden en door de hoofdonderzoeker bewaard

9. IS HET ONDERZOEK

Het onderzoek is epidemiologisch.

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

Er is één ziekenhuisdienst betrokken, namelijk het AZ Turnhout.
Adres: Rubensstraat 166 2300 Turnhout
Tel: 014/40.60.11
Fax: 014/40.68.71
Email: INFO@AZTURNHOUT.BE

Contact medische ethisch comité
Tel: 014/44.41.97 tussen 13.30 en 16.00u op dinsdag en donderdag
Mail: wendy.diels@azturnhout.be

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

De faculteit geneeskunde, universiteit Antwerpen

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN:

Kenmerken van de proefpersonen:

- 'Gezonde' proefpersonen op de spoedgevallendienst
- Geen zwangere vrouwen of vrouwen die tijdens het onderzoek zwanger kunnen worden
- Aantal proefpersonen: 150 patiënten
- Leeftijd: ≥ 75 jaar
- Geslacht: man en vrouw
- Hoe worden ze gerekruteerd?

  Alle patiënten ≥ 75 jaar die zich aanmelden op de spoedgevallendiensten krijgen een vragenlijst die ze moeten invullen.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. Gaat het om wilsbekwame volwassenen?

- ja

Wordt de toestemming van de proefpersonen bekomen na een klare en objectieve uiteenzetting van het doel van het onderzoek?

- Schriftelijk: ja
- Mondeling: neen

Zo neen, waarom niet? Onderzoeker kan zelf niet altijd aanwezig zijn.

Wordt in dit laatste geval de toestemming gegeven door anderen dan de proefpersonen? neen

B. Gaat het om wilsonbekwame volwassenen? (= sommige psychiatrische patienten, personen in de onmogelijkheid hun wil te uiten, ...)

- ja

Wordt de toestemming gegeven door anderen dan de proefpersonen ?

- ja

Zo ja, door wie?

- Mantelzorgers van de patiënt die meekomen naar de spoed.

C. Gaat het om kinderen?

- Neen

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- Ja (zie bijlage)

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

- Ja (zie bijlage)

16. VERZEKERING

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent.

Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis bij te voegen.

Er is geen andere verzekering afgesloten.

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

Dit prospectief onderzoek naar de beschikbaarheid van de eerste lijn werd nog niet eerder uitgevoerd in België. In internationale studies (Canada, VSA, …) is er al wel reeds gekeken naar het verband tussen de beschikbaarheid van de eerste lijn en het gebruik van de spoed, maar nog niet volgens deze methode.

Onderzoek omtrent de persoonlijke kenmerken van patiënten en het gebruik van de spoed werd al wel eerder uitgevoerd in België, maar nog niet specifiek voor de leeftijdsgroep ≥ 75 jaar.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. Heeft het experiment een diagnostisch of therapeutisch doel dat onmiddellijk voordeel aan de onderzochte zal brengen ?

- Neen

B. Maakt het experiment deel uit van een diagnostisch en therapeutisch plan waarvan men mag verwachten dat de resultaten binnen afzienbare tijd voor andere zieken nuttig zullen zijn ?

- Neen

Maakt het experiment deel uit van een geheel van onderzoeken waarvan het diagnostisch of therapeutisch belang niet onmiddellijk duidelijk is, maar waarvan mag worden verwacht dat de resultaten later tot diagnostische of therapeutische toepassingen of tot een betere kennis van de fysiopathologische mechanismen zullen leiden ?

- Ja

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

A. Meent u dat deze studie:

- waarschijnlijk geen enkel risico inhoudt

B. Welke zijn de meest voorkomende bijwerkingen van het preparaat onder studie ?

(de bijwerkingen moeten eveneens duidelijk vermeld worden in het informatie- en toestemmingsformulier van de deelnemer)

- Er zijn geen bijwerkingen verbonden aan deze studie

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

- Neen

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

Huisarts-in-opleiding

Datum: 17-02-2017
Naam: Liselotte Van Deun
Handtekening:



Praktijkopleider

Datum: 22-02-2017
Naam: Fran Sas
Handtekening:



Promotor

Datum: 22-02-2017
Naam: Roy Remmen
Handtekening:



Diensthoofd vakgroep huisartsgeneeskunde universiteit waaraan promotor verbonden (voor akkoord)

Datum: 22-02-2017
Naam: Roy Remmen
Handtekening :



Bijlage 2: Gunstig advies Ethische Commissie

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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. R. Remmen
UA
Huisartsgeneeskunde
gebouw R317
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Oudere patiënten op de spoedgevallendienst Persoonlijke kenmerken en ervaringen met de eerste lijn (manama huisartsgeneeskunde Liselotte Van Deun)

Belgisch Registratienummer: B300201732793

datum	ons kenmerk	contactpersoon
15/06/2017	17/10/109	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Katelijne Bovée ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen werd aangesteld als Centraal Ethisch Comité voor het uitbrengen van het enkel advies voor bovenvermelde studie wat betreft de punten 3, 4, 6 en 7 van §4, art 11 van de wet van 7 mei 2004.

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

- CV onderzoeker
  Dr. Van Deun
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 1/03/2017
  versie 1
- Protocol dd. 1/03/2017
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 1/03/2017
  versie 1

De volgende lokale Ethisch Comités en het centraal Ethisch Comité UZA/UA geven een gunstig advies over de bekwaamheid van de onderzoeker en medewerkers en over de geschiktheid van de faciliteiten:

- AZ Turnhout - Turnhout

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

Universiteit Antwerpen

datum
15/06/2017

ons kenmerk
17/10/109

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Katelijne Bovée
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 UZ Antwerpen

Cc: AZ Turnhout - Ethische Commissie, Steenweg op Merksplas 44 - 2300 Turnhout
FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. L. Van Deun, NVT, Antwerpse steenweg 38 - 2350 Vosselaar

Bijlage 3: Informatieformulier voor de deelnemer

Informatiebrief

Deelname medisch wetenschappelijk onderzoek

Oudere patiënten (≥ 75 jaar) op de spoedgevallendienst: *Persoonlijke kenmerken en ervaringen met de eerste lijn*

Geachte Heer/ Mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om deel te nemen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u wilt deelnemen. Voordat u deze beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Indien u besluit deel te nemen aan het onderzoek, verzoeken wij u bijgevoegde verklaring tot deelname aan het onderzoek (toestemmingsformulier) te ondertekenen. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet deel te nemen, hoeft u niets te ondertekenen. Als u wel zou willen deelnemen, kunt u zich tijdens het invullen van de vragenlijsten steeds bedenken en heeft u het recht om de deelname te beëindigen.

1. Waarom dit onderzoek?

De laatste jaren is er een toename van het gebruik van de dienst spoedgevallen in België. Voornamelijk de patiënten (≥ 75 jaar) zijn de snelst groeiende groep die zich aanmelden op de spoedgevallendiensten. Dit komt door de vergrijzing van de bevolking en het ziet ernaar uit dat deze trend zich zal voortzetten.

De overbevolkte spoeddiensten leiden tot langere wachttijden, moeizamere ziekenhuisopnames, hogere kosten een mindere kwaliteit van zorg. Om dit tegen te gaan is het noodzakelijk om te onderzoeken waarom bepaalde mensen kiezen voor de spoeddienst.

2. Wat houdt het onderzoek in en wat gebeurt er met mijn gegevens?

Voor dit onderzoek hebben we alleen uw gegevens nodig, die we via vragenlijsten verzamelen. Deze verzamelde gegevens worden aangeduid met een codenummer. Alleen dit nummer zal worden gebruikt voor studiedocumentatie. Alleen de onderzoeker weet wie de patiënt achter dit nummer is. De gegevens zijn dus niet herleidbaar tot u persoonlijk. Uw gegevens zullen volledig anoniem verwerkt worden. Het invullen van de vragenlijsten zou in principe niet langer mogen duren dan vijftal minuten.

3. Wat zijn mogelijke voor-en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Voordelen

U kan meewerken aan een studie die meer inzicht geeft waarom mensen voor de spoeddiensten kiezen. Door uw hulp kan er iets gedaan worden aan de lange wachttijden op de spoed en dit zorgt voor een betere kwaliteit van zorg.

Nadelen

Er zijn nagenoeg geen nadelen aan deelname aan het onderzoek.

4. Zijn er extra kosten/ is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er is geen vergoeding voor deelname aan dit onderzoek

5. Heeft het ethisch comité dit onderzoek goedgekeurd?

Het Ethisch comité heeft dit onderzoek goedgekeurd.

Vragen:

Voor vragen omtrent het bovenstaande onderzoek kunt u terecht bij onderstaande onderzoeker

Dr. L. Van Deun, arts – onderzoeker
Neerstraat 45, 2360 Oud-Turnhout
014/ 45.34.56

Bijlage 4: Toestemmingsformulier voor de deelnemer

Toestemmingsverklaring

Betreft: Deelname onderzoek "Oudere patiënten (≥ 75 jaar) op de spoedgevallendienst: Persoonlijke kenmerken en ervaringen met de eerste lijn"

- ✓ Ik heb de informatiebrief over deelname aan het onderzoek gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen.
- ✓ Ik weet dat deelname volledig vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan besluiten om toch niet deel te nemen.
- ✓ Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan
- ✓ Ik geef toestemming om mijn onderzoeksgegevens 15 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren.

Ik wil deelnemen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer (of vertegenwoordiger):

Handtekening: Datum: _ / _ / _

Bijlage 5: Vragenlijsten

Vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit 2 delen. Het eerste deel omvat 8 vragen en het tweede deel omvat 13 vragen. Het invullen van de vragenlijst neemt een vijftal minuten van uw tijd in beslag. Wij willen u van harte bedanken voor uw medewerking.
Dr. L. Van Deun, Prof. Dr. R. Remmen

Deel 1

1. Heeft u een vaste huisartspraktijk die u bezoekt voor uw gezondheidsproblemen?
    - Ja
    - Neen

2. Hoe vaak bent u het afgelopen jaar bij de huisarts geweest?
    - Ik ben het afgelopen jaar niet bij de huisarts geweest
    - Een keer
    - Tussen 2-10 keer
    - > 10 keer

3. Heeft u de afgelopen week contact gehad met uw huisarts?
    - Ja
    - Neen

4. Heeft u de afgelopen week contact gehad met uw apotheek?
    - Ja
    - Neen

5. Heeft u een verwijsbrief van de huisarts?
    - Ja
    - Neen

6. Heeft u contact opgenomen met uw huisarts voordat u naar de spoedgevallendienst bent gegaan?
    - Ja
    - Neen

7. Indien u **ja** heeft geantwoord, waarom bent u naar de spoedgevallendienst gegaan?
    - De huisarts heeft mij doorgestuurd nadat hij/zij mij heeft onderzocht
    - De huisarts heeft mij na een aantal vragen via de telefoon aangeraden om naar de spoed te gaan
    - Ik heb een huisbezoek aangevraagd, maar kon niet terecht bij mijn huisarts
    - Ik kon dezelfde dag geen afspraak meer krijgen
    - Ik moet te lang wachten in de huisartsenwachtzaal

- De huisarts nam de telefoon niet op
- Mijn huisarts was niet open dus ik kon niet gaan
- Geen vervoer

8. Indien u **neen** heeft geantwoord, waarom heeft u rechtstreeks voor de spoedgevallendienst gekozen?
    - Ik kom meestal met mijn gezondheidsproblemen naar de spoed
    - Gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoed mij beter kan helpen dan de huisarts
    - Ik denk dat er extra onderzoeken nodig zijn (bijvoorbeeld RX, CT-scan, …)

<u>Deel 2</u>

1. Geslacht: **Man / Vrouw**

2. Wat is uw leeftijd in jaren?
   ……. jaar

3. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

   Postcode cijfers: ……

4. Bent u van oorsprong Belg?
    - Ja
    - Neen
    - weet niet/ wil niet zeggen

5. Wat is uw woonsituatie?
    - Alleenwonend
    - Met partner
    - Met kinderen
    - Met …….
    - Verblijvend in een zorginstelling

6. Kreeg u de laatste maand hulp thuis?
    - Neen
    - Ja, welke? (omcirkel het antwoord)
        - Mantelzorg (familie, partner, buurman, …)
        - Poetsdienst
        - Thuisverpleging
        - Gezin –en bejaardenhulp
        - Maaltijden aan huis

7. Welke dag van de week is het vandaag?

   ……..

8. Welk uur is het nu?

   ……

9. Met welke klacht bent u naar de spoed gekomen?

   ……..

10. Lijdt u aan één of meerdere van hieronder vermelde ziektes of aandoeningen? Indien ja, omcirkel de welke

    - Hart- of vaatziekte? JA / NEEN
      (hoge bloeddruk - hartinfarct - vernauwing van de kransslagaders - spataders - hartritmestoornissen - hartkleplijden - pacemaker)

    - Ademhalingsstoornissen/ longziekten? JA/ NEEN
      (astma - chronische bronchitis - emfyseem - slaapapneusyndroom - zuurstoftherapie)

    - Spijsverteringsproblemen - maaglast? JA/ NEEN
      (maagzweer - maagbloeding - slokdarmontsteking - maagbreuk - maagring - gastric bypass - lever - gal - pancreas)

    - Diabetes (suikerziekte) JA/ NEEN
      (behandeling: dieet - tabletten - insuline)

    - Problemen met de schildklier JA/ NEEN

    - Problemen met de urinewegen – nierziekte? JA/ NEEN
      (prostaatvergroting - nierstenen)

    - Ziekte van het zenuw- en / of spierstelsel JA/ NEEN
      (epilepsie (vallende ziekte) - migraine - depressie - hersenbloeding - hersentrombose - verlamming - multiple sclerose - ziekte van Parkinson - ziekte van Alzheimer

    - Infectieziekten – immuunziekte JA/ NEEN
      (HIV - AIDS - Hepatitis (geelzucht) - reuma - lupus

    - Bloedziekte/ bloedstollingsstoornissen? JA/ NEEN
      (Factor V Leiden, hemofilie, longembolie, trombose, leukemie)

11. Gebruikt u 5 of meer verschillende soorten medicijnen?
    - Ja
    - Neen

12. Wat is u hoogst behaalde diploma?
    - geen diploma
    - lager onderwijs
    - secundair onderwijs
    - Hoger onderwijs (hogeschool en/ of universiteit)

13. Wat is het maandelijkse netto inkomen (na aftrek van belastingen)?
    - geen inkomen
    - tot 500 euro
    - 500 tot 1000 euro
    - 1000 tot 1500 euro
    - 1500 tot 2000 euro
    - 2000 tot 2500 euro
    - 2500 tot 3000 euro
    - 3000 euro of meer