Functioneren van de huisartsenwachtpost: Evaluatie van de doorverwijzingen vanuit de huisartsenwachtpost

Khalid Khan, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

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

Inleiding

Huisartsenwachtposten bestaan ondertussen al meer dan 10 jaar en bereiken 60% van de bevolking in België. Ze staan in voor de continuïteit van de zorg tijdens weekends en feestdagen. De artsen in de wachtpost hebben globaal drie mogelijke beleidskeuzes: vaak komen patiënten met zelflimiterende aandoeningen waar geen verdere follow-up voor nodig is, een kleinere groep zal toch verdere opvolging door de eigen huisarts nodig hebben en bij nog een kleiner deel is de presentatieklacht in die mate ernstig dat er direct een verwijzing naar de spoedopname nodig is. Als huisarts van wacht zie je de patiënt enkel op het moment van de ziekte en is er dus geen informatie over het verdere verloop van het ziekteproces. De bedoeling van deze masterproef is om te evalueren of het ingestelde beleid op de huisartsenwachtpost al dan niet correct is.

Onderzoeksvraag

Was het beleid dat werd ingesteld op de huisartsenwachtpost het correcte beleid?

Methode

Het gaat om een prospectieve cohortestudie waarbij patiënten die op de huisartsenwachtenpost werden gezien, na een 14-tal dagen telefonisch werden bevraagd of het beleid correct was en hoe het ziekteproces verder is verlopen. Er werd zowel een kwantitatieve als kwalitatieve analyse van de gegevens uitgevoerd.

Resultaten

In totaal konden 65 deelnemers bevraagd worden en bij 84,6% was het initieel beleid correct. Bij 10 deelnemers bleek het initieel beleid verkeerd. Bij 4 deelnemers was er een overschatting van de klachten, bij 6 deelnemers een onderschatting. Vooral in de groep waar verdere follow-up door de huisarts nodig was, bleek het verloop van de klachten het moeilijkst in te schatten. De 6 patiënten die op huisbezoek werden doorverwezen naar de spoedopname bleken terecht doorverwezen te zijn.

Conclusie

Er kon het best ingeschat worden wanneer een aandoening zelflimiterend was. Vooral een hogere leeftijd (ouder dan 75 jaar) en de vraag naar een huisbezoek zorgt voor een toenemende kans dat de patiënt een verder follow-up contact door de eigen huisarts nodig heeft of naar de spoedopname moet verwezen worden

INHOUD

ABSTRACT 3
INLEIDING 6
Buitenland 6
Geschiedenis 7
Infrastructuur 8
Verschillen klassieke wachtdienst/spoed 8
Doel/onderzoeksvraag masterproef 9
METHODE 10
Literatuur 10
Onderzoek 10
RESULTATEN 12
Kwantitatieve analyse: 12
Algemene beschrijvende statistiek: 12
Resultaten van het initieel beleid in de wachtpost of op huisbezoek: 13
Telefonische evaluatie na 14 dagen: 14
Globale evaluatie van de correctheid van het initieel gevoerde beleid: 15
Evaluatie van de patiënten bij wie het initieel beleid verkeerd was: 17
Kwalitatieve analyse: 17
Evaluatie van de deelnemers bij wie initieel beleid foutief was: 18
Evaluatie van de deelnemers die naar de spoedopname werden doorgestuurd: 21
DISCUSSIE 24
1. Algemene vaststellingen 24
2. Sterktes en zwaktes 25
3. Vergelijking met andere studies 26
4. Verschil met spoedopname 27
5. Suggesties voor de wachtpost 28
CONCLUSIE 30
DANKWOORD 31
REFERENTIES 32
BIJLAGES 35
Bijlage 1: Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten 35

Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier voor minderjarige deelnemers vanaf 12 jaar 37

Bijlage 3: Registratieformulier wachtpost 38

Bijlage 4: Statistiek correctheid beleid voor geslacht, leeftijd en plaats: 39

Bijlage 5: Protocol ethisch comité 42

Bijlage 6: Goedkeuring ethisch comité 48

INLEIDING

De continuïteit van de hulpverlening en patiëntenzorg is een belangrijke pijler van de eerstelijnsgeneeskunde. Om deze continuïteit te kunnen garanderen, bestaat er een klassiek wachtsysteem om medische dienstverlening buiten de vaste werkuren en in de weekends of feestdagen te kunnen voorzien. De huidige tendens is om dit klassieke wachtsysteem meer en meer te optimaliseren in de richting van een huisartsenwachtpost. Dit is een samenwerking met meerdere huisartsen binnen dezelfde huisartsenkring die op een vaste locatie en volgens een beurtrolsysteem de weekendwachten organiseren.

Buitenland

Huisartsenwachtposten bestaan al langer in landen zoals Nederland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk.[1-9] De praktische organisatie verschilt onderling en zelfs binnen hetzelfde land zijn er verschillen in het functioneren. In Nederland zijn de huisartsen zich rond het millennium beginnen organiseren in de vorm van huisartsenwachtposten. In Nederland houden huisartsen toezicht op de wachtposten. Zij hebben medisch personeel in dienst (verpleegkundigen en assistenten). Vandaag zijn er in Nederland meer dan 130 huisartsenwachtposten waar ongeveer 90% van de Nederlandse bevolking een beroep op doet. Onderzoek in Nederland toonde bijvoorbeeld aan dat zowel artsen als patiënten tevreden zijn met de oprichting van de huisartsenwachtposten en dat het ook een efficiënte manier blijkt te zijn om het wachtsysteem te organiseren.[1-3]

In Denemarken bestaat er sinds 1992 zoiets als een huisartsenwachtpost. Momenteel wordt daar onderzocht of het zinvol is de (telefonische) triage door medisch geschoold personeel (verplegend personeel) in plaats van door administratieve medewerkers te laten gebeuren om zo beter de ernst van de aanmeldingsklacht (reason for encounter) in te schatten. Meer en meer gebeurt de triage door huisartsen in Denemarken en voeren de verpleegkundigen en het administratief personeel andere taken uit.[4-6]

Verder wordt er daar ook onderzoek verricht naar wat de meerwaarde kan zijn van het plaatsen van een huisartsenwachtpost nabij de spoedopname om zo de efficiëntie van doorverwijzing nog te verhogen. Dit is een idee dat momenteel in verschillende landen wordt onderzocht. Ook in België zijn er al enkele huisartsenwachtposten die vlakbij de spoedopname gelokaliseerd zijn onder meer in Antwerpen-Noord, Oudenaarde en Brugge.[7-8]

In het Verenigd Koninkrijk is de organisatie van de zorg buiten de werkuren iets complexer. Daar is men rond 1990 beginnen onderzoeken hoe de continuïteit van de zorg kon gewaarborgd blijven. In het VK zijn er de ‘NHS walk-in centers’ die enigszins vergelijkbaar zijn met de huisartsenwachtpost alhier. Deze zijn vrij toegankelijk voor de patiënt. Meestal zijn er verschillende soorten medewerkers in dienst zoals telefonisten, managers,

verpleegkundigen en spoedartsen. De mix van vaardigheden verschilt van wachtpost tot wachtpost: bij sommige werken enkel huisartsen, andere hebben ook verpleegkundigen in dienst.[9]

Ook in Noorwegen onderzoekt men hoe ze de eerstelijnszorg en wachtdienst beter kunnen organiseren, zonder hierbij de spoedopname te overbelasten. Want in tegenstelling tot ons land kan in Noorwegen niet direct gebruik gemaakt worden van de spoedopname, maar moeten de patiënten eerst door een huisarts gezien worden in een soort van gemeentehospitaal. Die huisarts neemt al dan niet de beslissing of iets urgent is of niet. Ook voor levensbedreigende aandoeningen zou er eerst een triage door een huisarts noodzakelijk zijn. Een grote studie toonde aan dat ongeveer 3% van de contacten die door de huisartsen werden gezien als urgent of als potentieel levensbedreigend werden geclassificeerd.[10]

Geschiedenis

Bij ons werd in 2003 de eerste huisartsenwachtpost opgericht als een proefproject in de regio Deurne-Borgerhout.[11] De voornaamste redenen tot de oprichting van dit project waren:

- De veroudering van het artsenkorps in deze regio: 75% van de artsen in de regio Deurne-Borgerhout was op dat moment ouder dan 40 jaar.
- De jongere artsen waren overwegend vrouwen en werkten dus minder frequent voltijds.

Andere redenen voor huisartsen om zich in een huisartsenwachtpost te organiseren waren:

- Een dalend aantal huisartsen dat bereid en beschikbaar was om de wachtdienst te verzorgen, vooral in landelijke en achtergestelde gebieden, waardoor de druk op de overige huisartsen steeds meer toenam.
- Negatieve invloed van de wachtdiensten op de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts.
- Het specifieke probleem van de uren “in het holst van de nacht” wanneer een huisarts de wachtpermanentie moet verzekeren voor een beperkt aantal oproepen.
- Andere problemen zoals veiligheid, onbetaalde rekeningen en onredelijke eisen van de patiënten.[7-8,12]

Het project in Deurne-Borgerhout kende een positieve evaluatie en vervolgens werd in 2006 een wettelijk kader gecreëerd waardoor de huisartsenwachtpost uit de experimentele fase verdween.[11] Zowel door de arts als de patiënt wordt het gebruik van een huisartsenwachtpost positief ervaren. Huisartsenwachtposten verlagen de werklast, vergroten het gevoel van veiligheid tijdens de wachtdienst en zorgen voor een betere

levenskwaliteit en werkvoldoening bij de huisarts. De meeste literatuur toont aan dat ook de patiënten tevreden zijn. Een aandachtspunt is dat het oneigenlijk gebruik van de wachtdienst toeneemt.[13]
Momenteel zijn er een 70-tal huisartsenwachtposten in België en deze dekken ongeveer 60% van de Belgische bevolking. De kost aan het Riziv voor deze wachtposten bedroeg 23,265 miljoen euro in 2015.[14]

Infrastructuur

Algemeen gesteld hebben de meeste huisartsenwachtposten gelijkaardige kenmerken zoals de infrastructuur met onder meer consultatieruimtes, keuken- en ontspanningsruimte, slaapkamers voor de artsen en/of chauffeur. Verder is er een georganiseerd/gestandaardiseerd rapporteringssysteem van de patiënten en is er een chauffeur beschikbaar om de huisbezoeken te doen. Een normale wachtdienst binnen de huisartsenwachtpost duurt 12 uur.[7-8] Ten slotte hebben huisartsenwachtposten in België onthaalmedewerkers die, in tegenstelling tot andere landen (bijvoorbeeld Nederland), niet medisch geschoold zijn. Onderzoek toont aan dat telefonische triage door onthaalmedewerkers zonder medische scholing gevaarlijk kan zijn doordat de foute urgentiegraad aan de aanmeldingsklacht wordt gekoppeld.[15] In België is er momenteel geen opleiding voor praktijkondersteunend personeel of voor eerstelijnsverpleegkundigen én er zijn geen protocollen beschikbaar voor het beantwoorden van huisartsgeneeskundige oproepen, waardoor we hier opmerkelijk slechter scoren dan in Nederland.[2-3, 16]

Verschillen klassieke wachtdienst/spoed

De klassieke wachtdienst of rota heeft toch een paar opvallende verschillen in vergelijking met de huisartsenwachtpost. De rota is een vaste samenwerking tussen huisartsen waarbij elke huisarts van een bepaalde kring of regio om beurt buiten de kantooruren de permanentie voor alle patiënten uit die regio verzorgt. Kenmerken van deze rota zijn dat de wachten in de eigen praktijk worden georganiseerd, de arts eigen vervoer moet gebruiken, de wachtdienst vaak 24 tot 48 uur duurt en dat er ook een verschillende rapportering van de patiëntencontacten is. Voor de patiënt betekent dit dat de locatie van de wachtdienst wisselend zal zijn naargelang welke arts er van wacht is.[14-16]
Naast de klassieke wachtdienst en huisartsenwachtpost is in België ook de spoedopname voor iedereen toegankelijk. Deze is dus ook toegankelijk zonder doorverwijzing door een huisarts. Er zijn in België ook meer spoedgevallendiensten dan huisartsenwachtposten (139 tegenover 70). Gezien de spoedopname 24 op 24 uur en 7 op 7 dagen beschikbaar is, wordt ook daar veel pathologie gezien die perfect in de eerste lijn kan worden opgevangen. Meer

dan 60% van de klachten waarmee patiënten zich op de Belgische spoedgevallendienst presenteren, zijn aandoeningen die door de huisarts kunnen worden behandeld.[7-8, 17-18]

Doel/onderzoeksvraag masterproef

Een ander verschil met de klassieke wachtdienst is de opvolging van de patiënten achteraf. Waar er in de klassieke wachtdienst vaak patiënten uit eigen praktijk of patiënten van collega's uit de buurt worden gezien, is er op een huisartsenwachtpost duidelijk een schaalvergroting. Dit kan als gevolg hebben dat de wachtarts minder zicht heeft op de opvolging achteraf bij de patiënten die tijdens de wachtdienst werden gezien omdat: wachtartsen op een huisartsenwachtpost significant meer patiënten zien dan op een klassieke wachtdienst en het gebied waarin de wachtarts werkt groter is dan bij de klassieke wachtdienst.[13]

Doel van deze masterproef is om te achterhalen of het beleid op de huisartsenwachtpost correct was of niet. De onderzoeksvraag is dus: Was het beleid dat ik als wachtarts in de huisartsenwachtpost heb gesteld het correcte beleid of niet? Dit beleid werd opgevolgd door middel van een telefonische bevraging achteraf (ongeveer 14 dagen na de eerste presentatie op de huisartsenwachtpost) waarbij de patiënten werden opgebeld met de vraag hoe hun ziekte verder evolueerde.

METHODE

Literatuur

De literatuur opgezocht aan de hand van de volgende databases: Medline, PubMed en Embase. Als trefwoorden werd er gezocht naar ‘out-of-hours care’ in combinatie met de trefwoorden ‘primary cooperatives’ en ‘general practice’. Aan de hand van deze zoektermen werden er in de Embase database 25 artikels gevonden. In PubMed werd enkel de term ‘GP cooperatives’ ingevuld en hier werden 57 beschikbare artikels gevonden.
Voor de literatuur in het kader van de discussie werd gezocht op de trefwoorden ‘general practitioner’, ‘after-hours care’ en ‘follow-up and evaluation’.
Verder werd er ook in de ICHO database op zoek gegaan naar reeds bestaande masterproeven of scripties omtrent dit onderwerp. Ook werd op de website van de overheid en het RIZIV gezocht naar rapporten over de huisartsenwachtpost (KCE rapporten).

Onderzoek

De oorspronkelijke opzet van de studie was een kwantitatief onderzoek in de vorm van een prospectieve cohorte studie: daarin zouden de patiënten die vanuit de huisartsenwachtpost werden doorgestuurd naar de spoedopname achteraf worden opgebeld met de vraag of hun verwijzing al dan niet terecht was. Al snel bleek dat slechts een heel beperkt aantal patiënten per wachtdienst naar de spoed werd doorgestuurd en gezien de collega’s in de praktijk tijdens de periode van de gegevensverzameling geen wachtdiensten hadden, werd in samenspraak met mijn promotor beslist om alle patiëntencontacten te registreren. Ook werden alle patiënten of familieleden achteraf opgebeld voor een evaluatie van het ingestelde beleid op de wachtpost.

Het onderzoek vond plaats in de drie verschillende huisartsenwachtposten van Gent (Martelaarslaan, Baudelokaai en Gentbrugge) van begin juli 2017 tem eind januari 2018. Er werd een informatiebrief opgesteld met een korte beschrijving van het onderzoek en een informed consent formulier voor zowel kinderen als voor volwassenen (zie bijlage 1 en 2). Inclusiecriteria waren iedereen die zich op de huisartsenwachtpost aanmeldde. Er waren drie opties die als initieel beleid op de wachtpost of tijdens het huisbezoek mogelijk waren:

1. Zelflimiterende aandoening en dus spontane verbetering te verwachten of beterschap te verwachten met ingestelde therapie.
2. Aandoening waarvoor een verdere evaluatie door de eigen huisarts noodzakelijk is, dit kan bijvoorbeeld gaan om het verwijderen van hechtingsdraadjes of opvolging bij patiënten na een forse infectieziekte.

3. Aandoening is in die mate ernstig dat patiënt moet worden doorgestuurd naar de spoedopname.

Aan de patiënten werd mondeling gevraagd of ik hen mocht opbellen ongeveer 14 dagen na de presentatie op de huisartsenwachtpost en hun telefoonnummer werd geregistreerd op het standaardgegevensformulier van de wachtpost (zie bijlage 3).

Na een 14-tal dagen werden de patiënten telefonisch gecontacteerd met de vraag hoe het ziekteverloop verder was geëvolueerd. Het ziektebeeld kon op 3 mogelijk manieren verlopen: een eerste mogelijkheid was dat het ingestelde beleid tijdens de wachtpost correct was, een tweede mogelijkheid was dat de patiënt in de week erna nog contact heeft moeten opnemen met de eigen huisarts omdat de klachten niet of te traag beterden, een laatste mogelijkheid was dat de klachten in die mate verergerden dat de patiënt rechtstreeks naar de spoedopname moest gaan en eventueel tijdelijk in het ziekenhuis zou moeten opgenomen worden.

Voor de kwantitatieve analyse van deze gegevens werd gebruik gemaakt van SPSS statistics versie 25. Voor de algemene beschrijvende statistiek werd behulp gemaakt van de Codebook module in het programma. Voor de statistische analyse werd er gebruik gemaakt van de student’s t-test en de chi-kwadraattoests.

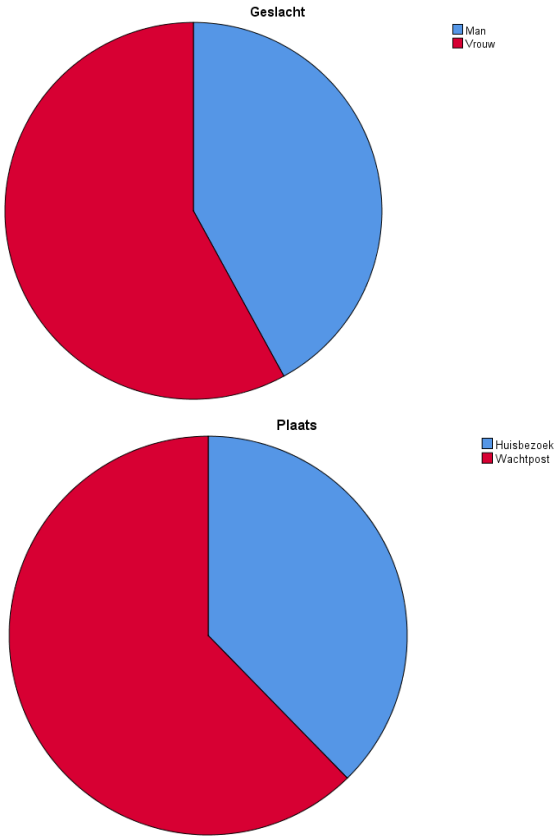
Dit onderzoek met referentie nummer B670201732201 werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent op 13/06/2017 (zie bijlage 6).

RESULTATEN

Kwantitatieve analyse:

Algemene beschrijvende statistiek:

In totaal werden 69 deelnemers op de huisartsenwachtpost of op huisbezoek gezien, waarvan 29 (42%) mannen en 40 (58%) vrouwen. De gemiddelde leeftijd van deze populatie bedroeg 40 jaar en 329 dagen. Hiervan waren er 22 deelnemers (31,9%) jonger dan 18 jaar, 26 deelnemers (37,7%) waren tussen de 18 en 65 jaar oud en 21 deelnemers (30,4%) waren ten slotte ouder dan 65 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke deelnemers was 35 jaar en 226 dagen, de gemiddelde leeftijd bij de vrouwelijke deelnemers bedroeg 46 jaar en 139 dagen, er was geen significant verschil in leeftijd tussen beide groepen.
Er waren 26 (37,7%) huisbezoeken en 43 (63,3%) mensen werden op de wachtpost gezien. Er was een significant ($p<0,001$) verschil in leeftijd van de patiënten die op huisbezoek werden gezien en de patiënten die op de wachtpost werden gezien. De gemiddelde leeftijd van de mensen die op huisbezoek werden gezien was 68 jaar en 55 dagen, de gemiddelde leeftijd van de mensen die op huisartsenwachtpost werden gezien was 24 jaar en 153 dagen.



Resultaten van het initieel beleid in de wachtpost of op huisbezoek:

In totaal konden 65 van de 69 deelnemers (94,2% van de doelpopulatie) telefonisch worden bevraagd. Gezien er van 4 patiënten geen gegevens beschikbaar waren over de evaluatie achteraf, werden zij ook niet opgenomen voor de verdere statistische verwerking. Van deze 65 deelnemers waren er 26 (40%) mannen en 39 (60%) vrouwen.

Algemeen:

Bij 33 (50,8%) patiënten was het initiële beleid dat er geen verdere opvolging nodig was, bij 25 (38,5%) patiënten werd een verdere opvolging door de eigen huisarts geadviseerd en 7 (10,8%) patiënten werden direct doorgestuurd naar de spoedopname.
Deze resultaten werden ook vergeleken voor geslacht, leeftijd onderverdeeld in 3 groepen (< 18 jaar, 18-65 jaar en > 65 jaar) en de plaats (wachtpost of huisbezoek).

Geslacht:

- Mannen: Bij 11 (42,3%) deelnemers was het initieel beleid dat er geen verdere opvolging nodig was, bij 11 (42,3%) werd een verdere follow-up door de eigen huisarts geadviseerd en 4 (15,4%) werden doorgestuurd naar de spoedopname.
- Vrouwen: Bij 22 (56,4%) deelnemers was er als initieel beleid dat er geen verdere opvolging nodig was, bij 14 (35,9%) werd er een verdere follow-up door de huisarts geadviseerd en 3 (7,7%) werden doorgestuurd naar de spoedopname.

Leeftijd:

- < 18 jaar: In deze groep zitten 12 (60%) mannen en 8 (40%) vrouwen. In deze groep werd er bij 11 (55%) deelnemers beslist dat ze geen verdere follow-up nodig hadden, bij 8 (40%) deelnemers was verdere follow-up door de huisarts nodig en 1 (5%) deelnemer werd doorgestuurd naar de spoedopname.
- 18 – 65 jaar: In deze groep zitten 7 (29,2%) mannen en 17 (70,8%) vrouwen. Bij 14 (58,3%) deelnemers werd er beslist dat ze geen verdere follow-up nodig hadden, bij 9 (37,5%) werd verdere follow-up door huisarts geadviseerd en 1 (4,2%) deelnemer werd doorgestuurd naar de spoedopname.
- > 65 jaar: In deze groep zitten 7 (33,3%) mannen en 14 (66,7%) vrouwen. Hier werd bij 8 (38,1%) deelnemers beslist dat ze geen verdere follow-up nodig hadden, bij 8 (38,1%) werd een follow-up door de eigen huisarts geadviseerd en 5 (23,8%) patiënten werden direct naar de spoedopname doorgestuurd.

Plaats:

- Wachtpost: Hier was het beleid bij 22 (56,4%) deelnemers dat er geen verdere follow-up nodig was, bij 16 (41%) werd een verdere follow-up door de eigen huisarts geadviseerd en 1 (2,6%) deelnemer werd doorgestuurd naar de spoedopname.
- Huisbezoek: Bij 11 (42,3%) deelnemers was het beleid dat er geen verdere follow-up nodig was, bij 9 (34,6%) werd een verdere follow-up door de huisarts geadviseerd en 6 (23,1%) deelnemers werden naar de spoedopname doorgestuurd.

Telefonische evaluatie na 14 dagen:

Na een 14-tal dagen werden de deelnemers telefonisch bevraagd hoe hun ziekteproces verder was verlopen. Daaruit bleek dat bij 34 (52,3%) deelnemers er spontane verbetering van de ziekte optrad, 22 (33,8%) had een verdere follow-up door de huisarts nodig en 9 deelnemers (13,8%) gingen naar de spoedopname.
Deze resultaten worden opnieuw besproken volgens geslacht, leeftijd en plaats.

Geslacht:

- Mannen: Bij 10 (38,5%) deelnemers was er geen verdere follow-up nodig, 11 (42,3%) hadden een verdere follow-up door de eigen huisarts nodig en 5 (19,2%) deelnemers gingen naar de spoedopname of het ziekenhuis.
- Vrouwen: Bij 24 (61,5%) deelnemers ging het om een zelflimiterende aandoening, 11 (28,2%) hadden een verdere follow-up door de eigen huisarts nodig en 4 (10,3%) deelnemers gingen naar de spoedopname of het ziekenhuis.

Leeftijd:

- < 18 jaar: Bij 11 (55%) deelnemers ging het om een zelflimiterende aandoening en was geen verdere follow-up nodig, 9 (45%) deelnemers hadden verdere follow-up door de eigen huisarts nodig. De ene patiënt die naar de spoed werd doorgestuurd bleek foutief doorgestuurd te zijn, dus 0 personen uit deze groep hoefden naar de spoedopname.
- 18 – 65 jaar: Bij 14 (58,3%) deelnemers ging het om een zelflimiterende aandoening, 8 (33,3) personen hadden nog verdere follow-up door de huisarts nodig en 2 (8,3%) personen gingen naar de spoedopname of het ziekenhuis.
- > 65 jaar: In deze groep hadden 9 (42,9%) personen een zelflimiterende aandoening, 5 (23,8%) deelnemers hadden verdere follow-up door de huisarts nodig en 7 (33,3%) deelnemers contacteerden de spoedopname of het ziekenhuis.

Plaats:

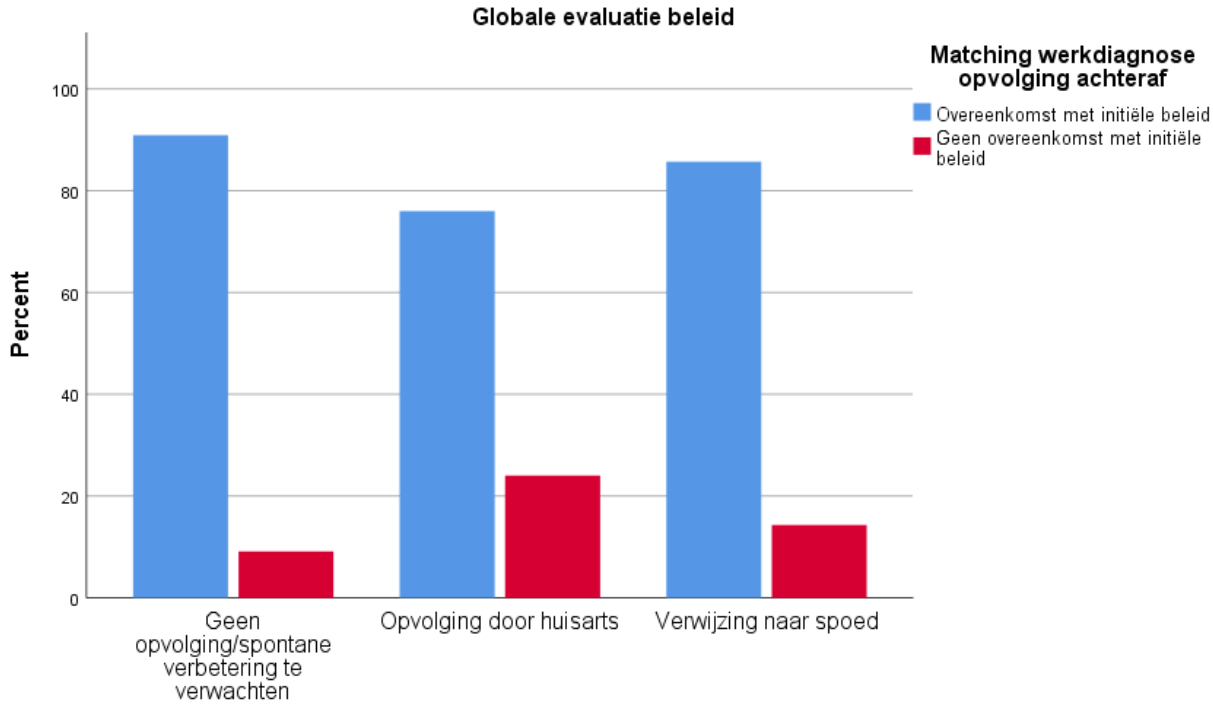
- Wachtpost: Bij 22 (56,4%) deelnemers bleek geen verdere follow-up nodig, 17 (43,6%) contacteerden hun huisarts nog achteraf, de ene persoon die naar de spoedopname werd doorgestuurd bleek achteraf foutief doorgestuurd te zijn, dus 0 personen hoefden naar de spoedopname.
- Huisbezoek: Bij 12 (46,2%) deelnemers ging het om een zelflimiterende aandoening, 5 (19,2%) hadden verdere follow-up door hun huisarts nodig en 9 (34,6%) patiënten besloten naar de spoedopname of het ziekenhuis te gaan.

Globale evaluatie van de correctheid van het initieel gevoerde beleid:

Algemeen zien we dat het ingestelde beleid bij 55 (84,6%) deelnemers correct was en dat er bij 10 (15,4%) deelnemers een verkeerde inschatting gebeurde. Bij 30 (90,9%) deelnemers kon correct ingeschat worden wanneer een aandoening zelflimiterend was of er geen verdere follow-up nodig was, 6 (85,7%) mensen werden correct naar de spoedopname doorgestuurd, bij 19 (76%) werd correct ingeschat dat verdere follow-up door de huisarts noodzakelijk was.

Globale evaluatie initieel beleid

		Beleid in wachtpost/ op huisbezoek			
		Geen opvolging	Opvolging door huisarts	Verwijzing naar spoed	Total
Overeenkomst met initieel beleid	Aantal	30	19	6	55
	% within Beleid in wachtpost	90,9%	76,0%	85,7%	84,6%
Geen overeenkomst met initieel beleid	Aantal	3	6	1	10
	% within Beleid in wachtpost	9,1%	24,0%	14,3%	15,4%
Totaal	Aantal	33	25	7	65
	% within Beleid in wachtpost	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Een volgende stap was nagaan of het geslacht, de leeftijd of de plaats (huisbezoek of wachtpost) een invloed had op het beleid (tabellen en grafieken zie bijlage 4).

Geslacht:

Op een totaal van 26 mannelijke deelnemers was het initieel beleid bij 19 (73,1%) correct, bij 7 (26,9%) was het initieel beleid dus foutief. Bij de vrouwen werd er op een totaal van 39 vrouwen bij 36 (92,3%) een correct initieel beleid gevoerd, bij 3 (7,7%) was er een verkeerd initieel beleid. Er konden geen significante verschillen tussen beide groepen worden aangetoond.

Leeftijd:

Bij de deelnemers onder de 18 jaar werd bij 16 (80%) deelnemers een correct beleid gevoerd, bij 4 (20%) was het initiële beleid foutief. In de groep tussen 18 en 65 jaar werd er bij 21 (87,5%) deelnemers een correct beleid gevoerd, hier was het beleid bij 3 (12,5%) foutief. Bij de 65-plussers werd er bij 18 (85,7%) deelnemers een correct initieel beleid gevoerd, bij 3 (14,3%) was het initiële beleid verkeerd. Er konden geen significante verschillen tussen de verschillende groepen worden aangetoond.

Plaats:

Er werden 26 mensen op huisbezoek gezien, hiervan was bij 22 (84,7%) het initiële beleid correct, bij 4 (15,3%) was het initiële beleid foutief. Op de wachtpost werden 39 mensen gezien, hier was bij 33 (84,7%) het initiële beleid correct, bij 6 (15,3%) bleek het initiële

beleid foutief te zijn. Er konden geen significante verschillen tussen beide groepen worden aangetoond.

Globale evaluatie Telefonische evaluatie * Beleid in wachtpost/huisbezoek

			Beleid in wachtpost/huisbezoek			
			Geen opvolging	Opvolging door huisarts	Verwijzing naar spoed	Total
Telefonische evaluatie na 14 dagen	Geen opvolging	Aantal	30	3	1	34
		% within Beleid in wachtpost	90,9%	12,0%	14,3%	52,3%
	Opvolging door huisarts	Aantal	3	19	0	22
		% within Beleid in wachtpost	9,1%	76,0%	0,0%	33,8%
	Contact spoed/ziekenhuisopname	Aantal	0	3	6	9
		% within Beleid in wachtpost	0,0%	12,0%	85,7%	13,8%
Totaal		Aantal	33	25	7	65
		% within Beleid in wachtpost	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Evaluatie van de patiënten bij wie het initieel beleid verkeerd was:

Bij 10 (15,4%) patiënten was het initieel beleid verkeerd. Hiervan waren er 7 mannen en 3 vrouwen. We zien dat er bij 4 patiënten een overschatting van de klachten was, aangezien zij geen verdere follow-up meer nodig hadden. Bij 6 patiënten was er een onderschatting van de klachten aangezien zij wel nog verdere follow-up bleken nodig te hebben of de spoedopname hebben gecontacteerd.

Van de 33 patiënten waarvan gedacht werd dat de aandoening zelflimiterend was, bleken er 3 (9,1%) een verdere opvolging door de huisarts nodig te hebben. Van de 25 patiënten bij wie het beleid een verdere opvolging door de eigen huisarts was er bij 3 (12%) een spontane verbetering van de klachten en zijn de klachten bij 3 (12%) patiënten in die mate verergerd dat zij naar de spoedopname zijn geweest. Van de 7 patiënten die naar de spoed werden verwezen, bleek 1 (14,3%) deelnemer onterecht doorgestuurd geweest te zijn.

Kwalitatieve analyse:

De bedoeling van de kwalitatieve analyse is om wat dieper in te gaan op enerzijds de 10 deelnemers bij wie het initieel beleid verkeerd was en ten tweede om een evaluatie te doen van de 7 deelnemers die naar de spoedopname/het ziekenhuis zijn doorverwezen.

Evaluatie van de deelnemers bij wie initieel beleid foutief was:

Eerst en vooral worden de 3 deelnemers besproken waarvan initieel geen verdere opvolging nodig was, maar die achteraf toch nog hun eigen huisarts hebben gecontacteerd.

1. *Aanmeldingsklacht*: Hoest en koorts bij een 3-jarig jongetje.
   Ideas, concerns and expectations (afgekort als ICE): Hier was er vooral een ongerustheid bij de ouders naar kinkhoest omdat hun zoontje voor de eerste maal zo'n zware hoest had en omdat de moeder opnieuw zwanger was. Klinisch onderzoek was geruststellend en werkdiagnose was een virale bovenste luchtweginfectie, normaal gezien dus zelflimiterend.
   Evaluatie achteraf: Ouders hebben na bezoek aan de wachtpost de week erop nog hun eigen huisarts gecontacteerd, de koorts was ondertussen verdwenen maar de ongerustheid over de hoest bleef aanwezig. Kindje heeft 1 week aerosoltherapie gekregen eerder in het kader van valse kroep, maar hoest is nog even blijven aanslepen.
2. *Aanmeldingsklacht:* Griepale verschijnselen bij 55-jarige man.
   ICE: De man was de week voorafgaand aan het bezoek op de wachtpost al bij de eigen huisarts geweest omwille van griepale verschijnselen met onder meer koortsig gevoel, spierpijnen en gewrichtspijnen. Hij kwam nu naar de wachtpost omdat de klachten nog niet verbeterd waren en hij een verlenging van zijn arbeidsongeschiktheid wou. Het klinisch onderzoek was geruststellend en het beleid op de wachtpost was dus symptomatisch, de arbeidsongeschiktheid werd met nog 2 dagen verlengd.
   Evaluatie achteraf: Bij de telefonische evaluatie achteraf bleek dat de man opnieuw zijn huisarts had moeten contacteren vooral in het kader van een aanslepende post-virale vermoeidheid waardoor hij nog wat langere arbeidsongeschiktheid wou. Verder gaf de patiënt ook aan met wat stressklachten te zitten, onder meer omwille van verbale agressie op het werk. Hij had van zijn huisarts 1 week verlenging gekregen en voelde zich op moment van de telefonische evaluatie al een stuk beter.
3. *Aanmeldingsklacht:* Koorts bij jongetje van 7 maand.
   ICE: De dag voor het bezoek aan wachtpost begon het kindje koorts te krijgen tot 39°C, te hoesten en had het last van diarree. De koorts beterde met geven van perdolan. Op de wachtpost zelf was er vooral ongerustheid omwille van conjuctivitisklachten t.h.v. rechter oogje. Het klinisch onderzoek toonde inderdaad een conjuctivitis en wat vaatinjectie t.h.v. rechtertrommelvlies. De werkdiagnose was een otitis media, vermoedelijk op basis van virus waarvoor een afwachtend/zelflimiterend beleid werd gekozen.

Evaluatie achteraf: Ouders hebben na 3-tal dagen hun huisarts gecontacteerd omdat de conjuctivitisklachten bleven aanhouden, de koorts en andere klachten waren verdwenen. Door de eigen huisarts werd met oogdruppels gestart in het kader van de conjuctivitisklachten.

Vervolgens is er de analyse van de 6 patiënten bij wie het initieel beleid een verdere opvolging door de eigen huisarts was. Hiervan was er bij 3 een spontane verbetering van de klachten, 3 mensen besloten toch nog naar de spoed te gaan.

4. *Aanmeldingsklacht:* Huisbezoek bij 81-jarige patiënte omwille van hoofdpijn en braken.
   ICE: In de ochtend hevige hoofdpijn en vertigo beginnen krijgen, in de loop van de dag is daar ook misselijkheid en overgeven bijgekomen. Nu vooral ongerustheid bij dochter omdat haar moeder coloncarcinoom heeft en nog maar net chemotherapie heeft gekregen. Klinische parameters waren geruststellend en er werd een intramusculaire injectie met primperan gegeven. Er werd afgesproken om zeker de huisarts te contacteren bij aanhouden of verergeren van de klachten.
   Evaluatie achteraf: Klachten zijn relatief snel verbeterd en de vrouw heeft geen contact met huisarts achteraf nodig gehad. Er was natuurlijk ook wel opvolging in ziekenhuis door oncoloog.
5. *Aanmeldingsklacht:* 33-jarige man met aanslepende keelpijn en algemeen ziek gevoel.
   ICE: Man had al 4 dagen last van keelpijn en gezien de klachten verergerden wou hij graag nazicht van de keel om te na te zien of het geen “angina” zou kunnen zijn. Er was een algemeen ziek voorkomen van de man en het klinisch onderzoek toonde eerder een faryngitis in kader van virale infectie. Er werden 2 dagen arbeidsongeschiktheid gegeven en het advies voor een hercontrole indien de patiënt nog altijd koorts zou hebben.
   Evaluatie achteraf: Man heeft zich nog 2 dagen ziek gevoeld, maar nadien zijn klachten verbeterd waardoor geen opvolging bij de huisarts noodzakelijk was.
6. *Aanmeldingsklacht:* Sufheid bij 3-jarig meisje.
   ICE: Vooral ongerustheid bij de moeder omdat haar dochter ’s ochtends opvallend suf was, geen energie en geen eetlust had. Ze was in die mate ongerust dat ze even twijfelde om direct naar de spoedopname te gaan. De moeder wou graag een klinische evaluatie van het kindje. Tijdens het klinisch onderzoek was kindje inderdaad iets rustiger en apathisch, maar neurologisch was alles geruststellend, buiten eventueel een beperkte fotofobie t.h.v. het linker oogje. Er werden duidelijke alarmsymptomen meegegeven en bij blijvende hinder moest zeker de eigen huisarts

gecontacteerd worden, momenteel waren er geen argumenten voor een verwijzing naar de spoed.

Evaluatie achteraf: Kindje is redelijk snel verbeterd en was de dag zelf nog vrolijk en actief, moeder heeft dus geen verder contact met de huisarts gehad.

7. *Aanmeldingsklacht:* Hypertensie bij 86-jarige vrouw.

   ICE: Dame vroeg een huisbezoek omdat ze zelf thuis haar bloeddrukken had gemeten en ze waarden van > 200 mm Hg systolische bloeddruk had. Verder had de patiënte ook wat last van dyspneu. Een recent bloedonderzoek en Rx thorax, aangevraagd door de huisarts, in het kader van die dyspneu bleek normaal. Klinisch werd enkel een verhoogde bloeddruk t.h.v. beide armen (190/80 mm Hg) vastgesteld, de andere parameters waren geruststellend. Als beleid werd gekozen voor een extra inname van haar antihypertensivum en een opvolging door de eigen huisarts bij blijvende hoge bloeddrukken.

   Evaluatie achteraf: De vrouw is de avond van het huisbezoek nog naar de spoedopname geweest, maar daar bleek alles geruststellend en zij kon de ochtend erop het ziekenhuis opnieuw verlaten.

8. *Aanmeldingsklacht:* Hypertensie bij 84-jarige man.

   ICE: Huisbezoek bij 84-jarige man omwille van hypertensie met thuisgemeten bloeddruk van 190/110 mm Hg en algemeen opgejaagd gevoel. Eigen huisarts was de dag ervoor nog geweest omwille van dezelfde klachten, maar patiënt voelde zich nog niet beter. Verwachting van de patiënt was nu om een verwijsbrief op te stellen dat hij naar spoedopname kon gaan, klinisch werd er enkel verhoogde bloeddruk van 170/80 mm Hg vastgesteld, maar was er overigens geen reden voor opname. Patiënt werd gerustgesteld en opvolging door huisarts werd aanbevolen.

   Evaluatie achteraf: Eigen huisarts heeft inderdaad nog moeten komen, maar een 10-tal dagen na het huisbezoek werd de patiënt toch opgenomen in het ziekenhuis voor verdere uitwerking.

9. *Aanmeldingsklacht:* Lage rugpijn bij 64-jarige man.

   ICE: Huisbezoek omwille van hevige rugpijn laag lumbaal, de man had hiervoor eerder in de week al de huisarts laten komen en was al gestart met sessies kinesitherapie omwille van die vastzittende rug. De verwachting was sterkere pijnstilling en een attest voor arbeidsongeschiktheid gezien de man weekendwerk deed en dat dit werk fysiek ook belastend was. Bij klinisch onderzoek viel op dat de mobiliteit van de man beperkt was, hij had het enorm moeilijk om een comfortabele positie aan te nemen. Er was geen wervelkloppijn of nierslagpijn, ook waren er geen tekens van neurologische uitval. Als beleid werd gekozen voor sterke pijnstilling in de vorm van tradonal met eventueel aanvullend NSAID en werd er 2 dagen

arbeidsongeschiktheid voorgeschreven met een verdere opvolging door de huisarts voor verlenging en evaluatie van de klachten.

Evaluatie achteraf: Man heeft inderdaad nog huisarts moeten laten terugkomen voor verlenging, maar hij heeft in het weekend erna opnieuw de huisarts van wacht moeten laten komen omdat hij zich algemeen zieker begon te voelen, niet meer kon plassen en enorm hevige rugpijn had. Patiënt werd naar het ziekenhuis doorgestuurd en daar werd de diagnose van multipele myeloom gesteld.

Ten slotte volgt de evaluatie van de enige deelnemer die onterecht naar de spoed werd doorverwezen.

10. *Aanmeldingsklacht:* Buikpijn bij jongetje van anderhalf jaar oud.

    ICE: Al 1 dag last van buikpijn, volgens vader eerder aanvalsgewijs, ook koorts gehad en verminderde eetlust met eenmalig diarree. Klinisch was er eerder een hypoperistaltiek, geen drukpijn t.h.v. abdomen. Op het einde van klinisch onderzoek begon kindje opnieuw zo hevig te huilen dat beslist werd om toch door te sturen gezien algemeen niet pluis gevoel.

    Evaluatie achteraf: Op de spoedopname werd een echo abdomen uitgevoerd, maar alles bleek geruststellend en kindje kon terug naar huis.

Evaluatie van de deelnemers die naar de spoedopname werden doorgestuurd:

De bedoeling is om een korte beschrijving te geven van de 6 mensen die correct naar de spoed werden doorgestuurd, de andere deelnemer die foutief werd doorgestuurd is hierboven al besproken.

11. *Aanmeldingsklacht:* Opgezet abdomen bij 89-jarige vrouw.

    ICE: Sinds 2 dagen koorts en beeld van overloopdiarree, nu beeld van misselijkheid met gedaalde eetlust en buikpijn. Klinisch kwam de dame algemeen verzwakt over, was er een verhard, opgezet en drukpijnlijk abdomen met hypoperistaltiek. In samenspraak met verpleging werd beslist om nog een fleet toe te dienen, indien dit geen resultaat gaf werd beslist om de patiënte door te sturen wegens vermoeden van gastro-intestinale obstructie.

    Evaluatie achteraf: Vrouw werd de dag zelf nog doorgestuurd en in het ziekenhuis was een beeld van fecaloombraken op basis van een gastro-intestinale obstructie.

12. *Aanmeldingsklacht:* Pijn aan de stuit bij 31-jarige vrouw.

    ICE: Vrouw werd 3 dagen geleden geopereerd omwille van een sinus pilonidalis en voelde zich nu algemeen flauw, duizelig en zwak. Verder had ze ook opnieuw pijn t.h.v. de stuit. Klinisch kwam de vrouw inderdaad verzwakt over met lage tensies,

maar geen koorts. T.h.v. operatiewonde was er een duidelijke vochtcollectie en uitbreidende roodheid te zien. Er werd beslist om de vrouw door te sturen om de vochtcollectie te laten evacueren.

Evaluatie achteraf: Vrouw werd opgenomen met septisch beeld in het kader van een postoperatieve wondinfectie. De vochtcollectie werd gedraineerd, er werd een wiek gestoken en de vrouw kreeg ook tijdelijk I.V. antibiotica.

13. *Aanmeldingsklacht:* Val bij 97-jarige man in rusthuis

    ICE: Man was 's nachts gevallen en sindsdien onmogelijk steunname, klaagde vooral van pijn t.h.v. linkerbeen. Tijdens klinisch onderzoek was er geen opvallende endorotatie, maar de patiënt kwam algemeen suf over en ook passieve mobilisatie van linkerbeen was pijnlijk. Verder was de bloeddruk aan de lage kant (90/40 mm Hg). Er werd beslist de man door te sturen om een heup- of dijbeenfractuur uit te sluiten.

    Evaluatie achteraf: Op de spoedopname werden geen fracturen vastgesteld, maar de man werd toch enkele dagen opgenomen ter evaluatie van de sufheid.

14. *Aanmeldingsklacht:* Acute urineretentie bij 83-jarige man.

    ICE: Man had al sinds de avond voordien geen mictie meer gehad. Hij had op eigen initiatief beslist om een vochtafdrijver te nemen in de hoop dan wel te kunnen plassen, maar sindsdien was er pijn in de onderbuik en sijpelden er constant fijne bloeddruppels uit de urethra. Klinisch was er inderdaad een opzetting suprapubicaal. Er werd beslist de patiënt door te sturen in het kader van een globus.

    Evaluatie achteraf: Beeld van globus en de man werd gesondeerd, maar onderzoek in ziekenhuis toonde ook letsels t.h.v. prostaat. Op moment van telefonisch contact was de patiënt nog altijd in ziekenhuis omdat hij ook een hartklepoperatie moest ondergaan.

15. *Aanmeldingsklacht:* Val bij 79-jarige man.

    ICE: Huisbezoek aangevraagd door dochter omdat haar vader verward en suf voorkomt en er het vermoeden is van een val de nacht voorafgaan aan het huisbezoek. Tijdens klinisch onderzoek kwam man inderdaad suf en verward over en waren er instabiele parameters waardoor er beslist werd om de MUG te bellen.

    Evaluatie achteraf: Op weg naar het ziekenhuis heeft de man een CVA met hemiplegie beeld ontwikkeld.

16. *Aanmeldingsklacht:* Algemene malaise bij 90-jarige vrouw.

    ICE: Huisbezoek aangevraagd door nicht van de vrouw omdat ze zich zorgen maakte. Vrouw zou al 3-tal weken gastro-intestinaal bloedverlies gehad hebben. Had al enkele jaren geen huisarts meer gecontacteerd. Aangezien ze zich enorm verzwakt voelde, gaf ze aan dat ze niet meer thuis kon blijven. Tijdens klinisch

onderzoek maakte vrouw een zwakke en een bleke indruk. Verder was het abdomen enorm gevoelig. Er werd beslist om de vrouw door te sturen via spoed.
Evaluatie achteraf: Vrouw had slokdarmvarices veroorzaakt door pancreaskopcarcinoom.

DISCUSSIE

1. Algemene vaststellingen

Bij 84,6% van de deelnemers was het initieel beleid correct. Als initieel beleid was er bij 50,8% van de deelnemers geen verdere opvolging nodig en ging het dus om een zelflimiterende aandoening. Bij telefonische bevraging achteraf bleek dat er bij 52,3% van de deelnemers geen verdere opvolging nodig was. Bij 38,5% van de deelnemers was het initieel beleid een verdere opvolging door de eigen huisarts. Na telefonische evaluatie zien we dat 33,8% van de deelnemers effectief een verdere opvolging door de eigen huisarts nodig had. Tenslotte werden er initieel 10,8% van de deelnemers naar de spoed doorgestuurd, bij de telefonische bevraging achteraf bleek dat 13,8% van de deelnemers naar de spoedopname moest gaan.

Algemeen kunnen we zeggen dat ongeveer de helft van de patiënten die werden gezien op de wachtpost of op huisbezoek een zelflimiterende aandoening had, bij één op drie patiënten bleek verdere follow-up door de huisarts nodig en ongeveer één op zes patiënten contacteerde de spoedopname.

Als we kijken naar de leeftijd zien we dat er een gelijkaardige verdeling is tussen de drie groepen: 30,8% is jonger dan 18 jaar, 36,9% van de deelnemers heeft een leeftijd tussen de 18 en 65 jaar en 32,3% van de ondervraagde populatie is ouder dan 65 jaar. In de groep ouder dan 65 jaar zien we dat een minderheid (ongeveer 43%) een zelflimiterende aandoening had en dat de meerderheid (ongeveer 57%) verdere follow-up nodig had. Dit is ook de groep met de meeste doorverwijzingen naar de spoedopname en het ziekenhuis. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat naarmate de leeftijd toeneemt er meer kans er is op comorbiditeiten. Deze comorbiditeiten kunnen ervoor zorgen dat er meer kans is op het krijgen van complicaties of dat het krijgen van een ernstige aandoening groter wordt, waardoor vaker follow-up door de huisarts of een verwijzing naar het ziekenhuis wordt aanbevolen.

Er werden meer vrouwen dan mannen gezien, de verhouding was ongeveer 60/40. Dit komt overeen met wat enkele jaren geleden in de masterproef van Jolien Verzelen werd geconstateerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is de “vervrouwelijking” van de huisartsgeneeskunde, waardoor meer vrouwelijke patiënten zich vertrouwd voelen met de huisarts en zich daarom meer op de wachtdienst presenteren dan mannen.[19]

Bij de vrouwen was het initieel beleid wel vaker correct dan bij de mannen, namelijk 92,3% tegenover 73,1% bij de mannen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat er bij de vrouwelijke deelnemers vaker de diagnose van een zelflimiterende aandoening werd gesteld, namelijk bij 61,5% tegenover 38,5% bij de mannen. Het zou dus kunnen dat mannen langer met hun aandoening wachten om naar de huisarts te gaan, waardoor zij

vaker een follow-up nodig hebben of waardoor een verwijzing naar het ziekenhuis nodig is. Een andere mogelijkheid zou kunnen zijn dat er meer mannen in de oudere groep zitten, maar dit kan weerlegd worden gezien er slechts 33,3% mannen in de groep van 65-plussers zit.

Ten slotte kijken we nog of er opvallende verschillen zijn tussen de mensen die gezien werden in de wachtpost en de mensen die werden gezien op huisbezoek. Een eerste vaststelling hier is dat de mensen die werden gezien op huisbezoek significant ouder waren dan de mensen die werden gezien op de wachtpost. Dit lijkt logisch aangezien hoe ouder de mensen zijn, hoe beperkter ze worden in hun mobiliteit waardoor ze makkelijker om een huisbezoek zullen vragen. Een andere vaststelling is dat de 6 deelnemers die correct werden doorgestuurd naar de spoedopname op huisbezoek werden gezien. De enige persoon die via de wachtpost naar de spoedopname werd doorgestuurd, was een jong kindje met hevige buikpijn, maar dit bleek achteraf een onterechte doorverwijzing te zijn. Algemeen gesteld zou de vraag naar een huisbezoek bij een oudere persoon een extra alertheid bij de arts moeten geven daar de kans op een doorverwijzing naar de spoed groter wordt.

Als we naar het kwalitatieve onderzoek kijken, zien we dat bij de personen die werden doorgestuurd meestal toch een ernstige onderliggende aandoening aanwezig was of de klacht evolueerde naar een ernstige aandoening zoals pancreaskopcarcinoom, uitgebreide wondinfectie met sepsis, darmobstructie, globus omwille van onderliggende prostaatlijden en CVA. Daarnaast waren er nog 3 deelnemers die besloten naar de spoedopname te gaan, zij werden ook alle drie op huisbezoek gezien. Hier was de reden om naar de spoed te gaan bij twee bejaarde vrouwelijke deelnemers ongecontroleerde hypertensie en nervositas, waar achteraf wel geruststellende bevindingen werden vastgesteld. Bij de mannelijke deelnemer ging het om hevige lage rugpijn, waar later de diagnose van multipele myeloom werd vastgesteld. De vraag die hier gesteld kon worden is of deze man direct zou moeten doorgestuurd worden naar de spoedopname of niet, gezien het de eerste maal was dat de man zo'n hevige rugpijn had. Er was wel geen vermagering of nachtzweten aanwezig.

2. <u>Sterktes en zwaktes</u>

Dit onderzoek heeft zowel zijn sterktes als beperkingen.

Een sterkte van het onderzoek is de telefonische bevraging bij de deelnemers achteraf. Op deze manier vonden er 2 evaluaties plaats van dezelfde deelnemer. Eén evaluatie op het moment dat de deelnemers op de wachtpost of huisbezoek werden gezien en een tweede evaluatie ongeveer 14 dagen na de eerste evaluatie door middel van een telefonische bevraging. Op deze manier kon een goede inschatting gebeuren of het initiële beleid correct

was of niet. Aan de andere kant was het ook wel interessant om te horen hoe het ziekteproces verder is verlopen, onafhankelijk van wat het initiële beleid was.
Een andere sterkte is de telefonische respons achteraf, slechts 4 van de 69 deelnemers konden telefonisch niet bevraagd worden. Dus ongeveer 95% van de deelnemers werd bevraagd. Verder waren er geen inclusie of exclusiecriteria, iedereen die toestemde kon deelnemen aan het onderzoek.
Een beperking van het onderzoek is de grootte. Er werden slechts 69 deelnemers geïncludeerd, waarvan bij 65 deelnemers verdere statistische uitwerking kon gebeuren. Deze populatie was te klein om duidelijke significante verschillen te geven. Om statistisch significante resultaten te krijgen was het beter geweest een prospectieve cohorte studie uit te voeren met 200 of meer deelnemers. Een andere beperking is dat er geen registratie gebeurde of de patiënt al dan niet antibiotica heeft gekregen, wat op zich ook wel interessant kon zijn. Een Britse studie toonde namelijk aan dat er tijdens de wachtdienst significant meer antibiotica wordt voorgeschreven.[20]

3. Vergelijking met andere studies

Een Nederlandse studie voerde een cross-sectioneel onderzoek uit bij patiënten die werden gezien in verschillende huisartsenwachtposten tussen 2009 en 2011. Door middel van een enquête werden de deelnemers bevraagd en daaruit konden de karakteristieken van de deelnemers worden geanalyseerd. Er werden 5.678 patiënten geanalyseerd, waarvan 41% mannen en 59% vrouwen. Bij 47% van de bevraagden was een verdere follow-up nodig, bij ongeveer 36% van de totale populatie gebeurde dit door de huisarts, 11% van de deelnemers had verdere follow-up nodig in de spoedopname of in het ziekenhuis. Het onderzoek toonde onder meer aan hoe hoger de leeftijd van de patiënt die wordt gezien op de wachtpost, hoe meer waarschijnlijk het is dat de patiënt een follow-up contact door de eigen huisarts zal nodig hebben. Ook als de patiënt een huisbezoek kreeg of enkel telefonisch advies in de wachtpost door een verpleegster was de kans op een follow-up contact door de huisarts hoger.[21]
Deze bevindingen komen overeen met wat er in dit onderzoek ook werd vastgesteld, namelijk hoe ouder de patiënt is en als er vraag naar een huisbezoek is, hoe hoger de kans op een follow-up contact door de huisarts of de spoedopname. Verder is ook de man/vrouw verhouding gelijkaardig, en ook de verdeling van het aantal patiënten die verdere follow-up (33,8% verder follow-up door huisarts, 13,8% naar de spoed) nodig had vertoont grote gelijkenissen met het Nederlandse onderzoek.
Een andere studie evalueerde 2.805 patiënten die werden gezien op de huisartsenwachtpost. De bedoeling van deze studie was om na te gaan of de patiënten binnen de week nog een follow-up contact door de eigen huisarts nodig hadden en wat de

reden hiervoor was. De deelnemers ontvingen een vragenlijst met als voornaamste vraag of ze hun huisarts nog contacteerden binnen de week na een contact op de huisartsenwachtpost. De response rate bedroeg 42%, ook in deze studie was de man/vrouw verhouding ongeveer 40/60. Het voornaamste resultaat in dit onderzoek was dat 48% van de bevraagden nog een vervolgcontact door de eigen huisarts kreeg de week na het bezoek aan de wachtpost, hoewel er slechts bij 20% van de patiënten advies was gegeven voor verdere opvolging door de huisarts. De voornaamste reden voor een follow-up contact bij de huisarts was twijfel over de initiële diagnose die werd gesteld op de huisartsenwachtpost. Andere oorzaken waren het verergeren van de klachten of het feit dat de patiënten enkel telefonisch advies hadden gekregen. Gegevens over verdere doorverwijzing naar de spoedopname waren in dit onderzoek niet gekend.[22]

Een Britse studie analyseerde het voorschrijfgedrag van artsen in de wachtposten en daaruit bleek dat er meer antibiotica voor acute bovenste luchtweginfecties, in principe meestal zelflimiterende aandoeningen, werd voorgeschreven in vergelijking met de klassieke eerstelijnsgeneeskunde. Bij navraag bleken de oorzaken voor dit voorschrijfgedrag vooral een gebrek aan opvolging achteraf bij de patiënten, de hoge tijdsdruk en een gebrek aan persoonlijke kennis van de patiënt, meer specifiek door geen duidelijk medisch dossier van de patiënt ter beschikking te hebben.[20] In deze huidige masterproef werd het antibioticagebruik niet geanalyseerd, maar dit kan zeker in de toekomst een interessante insteek zijn voor verder onderzoek in Vlaanderen of België.

4. <u>Verschil met spoedopname</u>

Verschillende studies tonen aan dat een merendeel van de patiënten zonder doorverwijzing zich op de spoed aanmeldt. In België is dit percentage bijna 71% en hierin scoren we hoger dan in onze buurlanden zoals Nederland (41%) en Engeland (64%). Uit het KCE-rapport van de spoedgevallendienst bleek dat ongeveer 77% van deze populatie de dag zelf nog het ziekenhuis kan verlaten en deze populatie zou dus ook door de huisarts op de wachtpost kunnen gezien worden.[7,17] Een Nederlandse studie deed een vergelijkende studie tussen de patiënten die zich presenteerden op een huisartsenwachtpost en patiënten die op de spoedopname werden gezien. De meerderheid van de patiënten op de wachtpost had geen verdere follow-up nodig, 37% had verdere follow-up bij de huisarts nodig en 5% onderging diagnostische tests. Ongeveer 78% van de patiënten die op de spoedopname werden gezien, werden beschouwd als niet-urgente patiëntencontacten. Dit wil zeggen dat ze ook perfect door de huisarts konden behandeld worden. Het grote verschil met de huisartsenwachtpost is echter dat de niet-urgente patiëntencontacten op de spoedopname veel meer diagnostische tests (ongeveer bij 50% van de populatie) ondergingen en dat ook twee derde van deze populatie een verdere follow-up in het ziekenhuis kreeg.[22]

Een bevraging leerde dat ongeveer 40% van de patiënten tijdens de wachtdienst de voorkeur geeft om een beroep te doen op de huisarts van wacht, dus heeft 60% de voorkeur om direct een beroep te doen op de spoeddiensten in het ziekenhuis. Hiervoor zijn zowel organisatorische redenen als patiënt gerelateerde factoren. Organisatorische redenen zijn onder meer het grote aanbod van spoedgevallendiensten in België, ongeveer dubbel zoveel als huisartsenwachtposten. Daarnaast zijn ook een beperkt aantal wachtposten gevestigd in de nabijheid (< 150m) van een ziekenhuis of geïntegreerd in de spoedgevallendienst. Factoren die voor de patiënt een rol spelen zijn onder meer de goede toegankelijkheid van de spoeddiensten, het feit dat de spoeddienst goed gekend is bij de mensen, problemen die door de patiënt vaak als te ernstig worden beschouwd om door de huisarts behandeld te worden, positieve ervaringen met de spoeddiensten, meer vertrouwen in de competentie van de spoeddiensten, de voorkeur voor een hoogtechnologische omgeving en de overtuiging bij de patiënt dat er medische beeldvorming zal nodig zijn.[7, 23]

Ook financieel heeft dit implicaties. Tijdens de wachtdienst kost een consult bij een geaccrediteerde huisarts met nomenclatuurnummers 101076 en 102410 € 38, met een eigen inbreng voor de patiënt zonder verhoogde tegemoetkoming van 4 tot 6 euro (afhankelijk of de patiënt een GMD heeft of niet). Bij een spoedbezoek bij een geaccrediteerde spoedarts met honoraria 590553 en 590833 kost dit € 46 met een eigen inbreng voor een patiënt zonder voorkeursregeling van € 26. Hier wordt nog geen rekening gehouden met het feit dat de kans op extra onderzoeken (labo of beeldvorming) hoger zal zijn op de spoedopname en het bedrag nog zal verhogen. Daarom lijkt het interessant om in de toekomst meer en meer huisartsenwachtposten te implementeren of te plaatsen in de nabijheid van een spoedgevallendienst.[17,24]

5. <u>Suggesties voor de wachtpost</u>

Eventueel kan het interessant zijn om in de huisartsenwachtpost elke wachtarts na een 14-tal dagen een paar patiënten te laten opbellen met de vraag hoe het ziekteproces verder is verlopen om op die manier het initiële beleid te evalueren. Zeker bij de patiënten bij wie initieel twijfel is over de aandoening en dus ook het verdere verloop van het ziekteproces kan dit zinvol zijn. Veertien dagen lijkt een goede periode omdat indien het om een zelflimiterende aandoening gaat, men toch zou verwachten dat de klachten tegen dan verdwenen zijn. Indien het om een aandoening met complicaties gaat, zou dit ook binnen een 14-tal dagen kunnen vastgesteld worden.
Een andere suggestie is om in de toekomst toch meer wachtposten te organiseren in de nabijheid van een spoedopname of eventueel te implementeren in het ziekenhuis zelf. Dit

zorgt voor een betere doorverwijzing waardoor de werkload in de spoed daalt en dit ook voor een daling van de kosten kan zorgen. Voor de patiënt kan dit betekenen dat hij of zij minder diagnostische onderzoeken moet ondergaan en op die manier sneller kan geholpen worden.

CONCLUSIE

In deze studie was het de bedoeling om het initiële beleid vanuit de huisartsenwachtpost te analyseren door middel van een telefonische bevraging 14 dagen na de eerste presentatie op de huisartsenwachtpost.

Globaal gezien was het initieel beleid in 84,6% van de gevallen correct. Het best kon ingeschat worden wanneer een aandoening zelflimiterend was. Ook de verwijzing naar de spoedopname werd in de meeste gevallen correct ingeschat. Het moeilijkste om in te schatten was wanneer een patiënt verdere follow-up door de eigen huisarts nodig had.

Vooral een hogere leeftijd en de vraag naar een huisbezoek zorgde voor een toenemende kans dat de patiënt een verder follow-up contact door de huisarts nodig had of werd verwezen naar de spoedopname. De 6 patiënten die vanuit het huisbezoek werden doorgestuurd naar de spoedopname, bleken correct te zijn doorgestuurd.

DANKWOORD

Graag wil ik een aantal mensen bedanken in het tot stand komen van deze masterproef. Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts bedanken voor het verder uitdiepen van de onderzoeksvraag en de onderzoeksmethode van deze masterproef, en voor de feedback en ondersteuning bij de verwerking van deze scriptie.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleider Jeroen Claeys bedanken voor de ondersteuning en ervoor te zorgen dat ik voldoende leermomenten had om deze masterproef te kunnen voltooien.

Ook had ik graag mijn ouders bedankt voor het nalezen van deze masterproef en te helpen met het op punt te stellen van de lay-out. Uiteraard wil ook mijn partner bedanken voor de morele steun de afgelopen 2 jaar.

REFERENTIES

1. Giesen P. , Smits. M , Huibers L , Grol R , Wensing M . Quality of afterhours primary care: a narrative review . Ann Int Med. 2011 ;155 : 108 – 13 .

2. Smits M., Rutten M,., Keizer E., et al. The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands A Narrative Review. Ann Intern Med. 2017;166:737-742.

3. Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Family Medicine 2006; 38: 565-9

4. Christensen MB, Skafte-Holm P. Weinicke HH, Greibe J, et al. General practioners' evaluation of the out-of-hours service in Copenhagen County. Ugeskr Laeger 2005; 167: 3412-5

5. Christensen MB, Christensen B., Mortensen JT, Olesen F. Intervention among frequent attenders of the out-of-hours service: a stratified cluster randomized controlled trial. Scan J Prim Health Care 2004; 22:180-6

6. Kjeld Møller Pedersen, John Sahl Andersen, Jens Søndergaard. General Practice and Primary Health Care in Denmark. JABFM maart-april 2012;25s (Denemarken)

7. Van Den Heede K., Dubois C., Devriese S., et al. Organisatie en financiering van de spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. KCE report 263 As. 2016

8. Jonckheer P., Dubois C., Verhoeven E., et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van huisartsen? KCE report 171 A. 2011

9. Hurst K. Britisch out-of-hours primary and community care: a review of the literature. Int J. Health Care Qual Assur Inc Leaders Health Serv 2006; 19; 42-59

10. Raknes and Hunskaar Reasons for encounter by different levels of urgency in out-of-hours emergency primary health care in Norway: a cross sectional study. BMC Emergency Medicine (2017) 17:19DOI 10.1186/s12873-017-0129-2 (Noorwegen)

11. Renders R, Ryckebosch Ph, Brouns J, Goris J, et al. Eindrapport van het project huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout 2003-2006. Antwerpen 2006

12. Smits M., Keizer E., Huibers L. and Giesen P. GPs' experiences with out-of-hours GP cooperatives: A survey study from the Netherlands. European Journal of General Practice, 2014; 20: 196–201

13. Van Wijnsberghe T. Tevredenheid en attitude van huisartsen over wachtdiensten en huisartsenwachtposten. Masterproef huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen. 2011

14. Website Domus Medica: Audit huisartsenwachtposten via volgende link: https://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/2017/Audit_HWP_Eindrapport_Appendix_2_web.pdf

15. Van Bergen J. Informele telefonische triage: hoe presteren secretaresses op huisartsenwachtposten in België wat betreft inschatting van de urgentie aan de telefoon? Masterproef huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen 2012.

16. R. Demmers, K. Van der Heyden, J. Van Bergen, e.a. Een vergelijking van huisartsenwachtposten in Vlaanderen en Nederland: Waarin stemmen ze overeen, waarin verschillen ze? Huisarts Nu januari-februari 2014; 43(1)

17. Gourbin C., Du Boullay D., Philips H., et al. Evaluatie van forfaitaire persoonlijke bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. KCE report 19(A). 2005

18. Bakeland J., Beerens AS., Elyn P., et al. Analyse van het zorggebruik van niet verwezen patiënten op de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst van Gent. Scriptie voorgedragen in de tweede master in het kader van de opleiding tot arts aan Universiteit Gent. 2009

19. Verzelen J. Huisartsenwachtpost: Evolutie van patiëntenbestand en type pathologie. Materproef huisartsgeneeskunde Universiteit Gent 2016.

20. Williams SJ., Halls AV., Moore MV., et al. General practitioner and nurse prescriber experiences of prescribing antibiotics for respiratory tract infections in UK primary care out-of hours services (the UNITE study). J Antimicrob Chemother 2018; 73: 795–803

21. Huibers L., Koetsenruijter J., Grol R., et al. Follow-up After Telephone Consultations at Out-of-Hours Primary Care. J Am Board Fam Med 2013;26:373–379.

22. Van Uden C., Zwietering P., Hobma S., et al. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care: A descriptive study. BMC Family Practice 2005, 6:23

23. Van Espen Stephanie. De impact van de huisartsenwachtpost op de activiteiten en workload van de spoeddienst. Scriptie in het behalen van de master in het management en het beleid van de gezondheidszorg

24. Website RIZIV: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/default.aspx#.Wsi5johuaUk

BIJLAGES

Bijlage 1: Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

Titel van de studie:

Functioneren van de huisartsenwachtpost: Evaluatie van de doorverwijzingen vanuit de huisartsenwachtpost.

Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie. Het doel van de studie is om na te hoeveel patiënten vanuit de huisartsenwachtpost worden doorverwezen naar de spoedopname en omwille van welke aandoeningen/ziektes het vaakst doorverwezen wordt.

Daarnaast is het ook de bedoeling om na te gaan of de mensen die vanuit de wachtpost naar huis werden gestuurd, wel terecht naar huis werden gestuurd.

Beschrijving van de studie:

Het gaat om een observationele studie waarbij aan de patiënten die zich presenteren op de wachtpost wordt gevraagd of ze na een 2-tal weken mogen gebeld worden met de vraag hoe de doorverwijzing naar de spoed of de terugkeer naar huis is geweest.

Er wordt in de studie geen interventie toegepast. De bedoeling is dus gewoon het natuurlijk verloop van de doorverwijzing te evalueren.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?

Er worden geen specifieke verwachtingen gesteld aan de deelnemers. Enkel als zij de toestemming geven om opgebeld te worden geven ze aan dat ze deelnemen aan het onderzoek en is er een kans dat ze nadien (ongeveer 14 dagen – 1 maand) worden opgebeld.

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Risico's en voordelen:

Het gaat om het achteraf registreren van hoe de doorverwijzing is verlopen dus er is geen invloed op de verzorging van de deelnemer. Er zijn noch risico's of voordelen te verwachten aan dit onderzoek.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als er letsel optreedt tengevolge van de studie, of als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Dr. Khalid Khan

09/ 226 08 80

Bijlage 2: Informatie- en toestemmingsformulier voor minderjarige deelnemers vanaf 12 jaar

Hallo

Op de huisartsenwachtpost, waar je momenteel bent, willen we een onderzoek opstarten bij zowel kinderen als volwassenen. Het is de bedoeling om, indien je bijvoorbeeld naar de spoedopname werd doorverwezen, na te gaan of deze verwijzing al dan niet terecht was of om na te gaan hoe de ziekte verder is geëvolueerd en of het nadien nodig was om nog contact met de eigen huisarts op te nemen.

De evaluatie gebeurd door middel van een korte telefonische bevraging, waarin ik je vraag hoe het nu met je gaat en hoe de ziekte waarmee je op de wachtpost bent gekomen verder is geëvolueerd. Dit telefoontje mag je ongeveer na 14 dagen tot 1 maand na je bezoek aan de wachtpost verwachten. Je bent vrij om te kiezen of je zelf wil antwoorden op de vragen die de onderzoeker stelt of je mag de vragen ook altijd door één van je ouders laten beantwoorden.

Voor deze studie hebben we je leeftijd, geslacht, enkele algemene gegevens over je ziekte. Deze gegevens vinden we gemakkelijk terug in je patiëntendossier.

Hierbij willen we je medewerking vragen om deel te nemen aan deze studie, waarbij we je vragen om bovenvermelde gegevens in je dossier te mogen verzamelen en te bekijken. De studie zal uitgevoerd worden door een huisarts in opleiding.

Je deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat je je op elk moment uit de studie kan terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor jezelf of je ouders.

Deelname aan deze studie zal geen voordeel voor jou meebrengen en er wordt geen extra inspanning van jou verwacht buiten de normale procedures. Al dan niet deelnemen heeft geen invloed op de verzorging.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt (niemand zal jouw naam weten), dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geef je je toestemming om deel te nemen aan deze studie. Wanneer je over het onderzoek nog iets meer wilt weten, kun je contact opnemen met je behandelende arts of de onderzoeker.

Dr. Khalid Khan

09/ 226 08 80

Bijlage 3: Registratieformulier wachtpost

WACHTVERSLAG

HUISARTSENWACHTPOST GENT

Datum:	
Uur:	
Huisbezoek	
Consultatie	

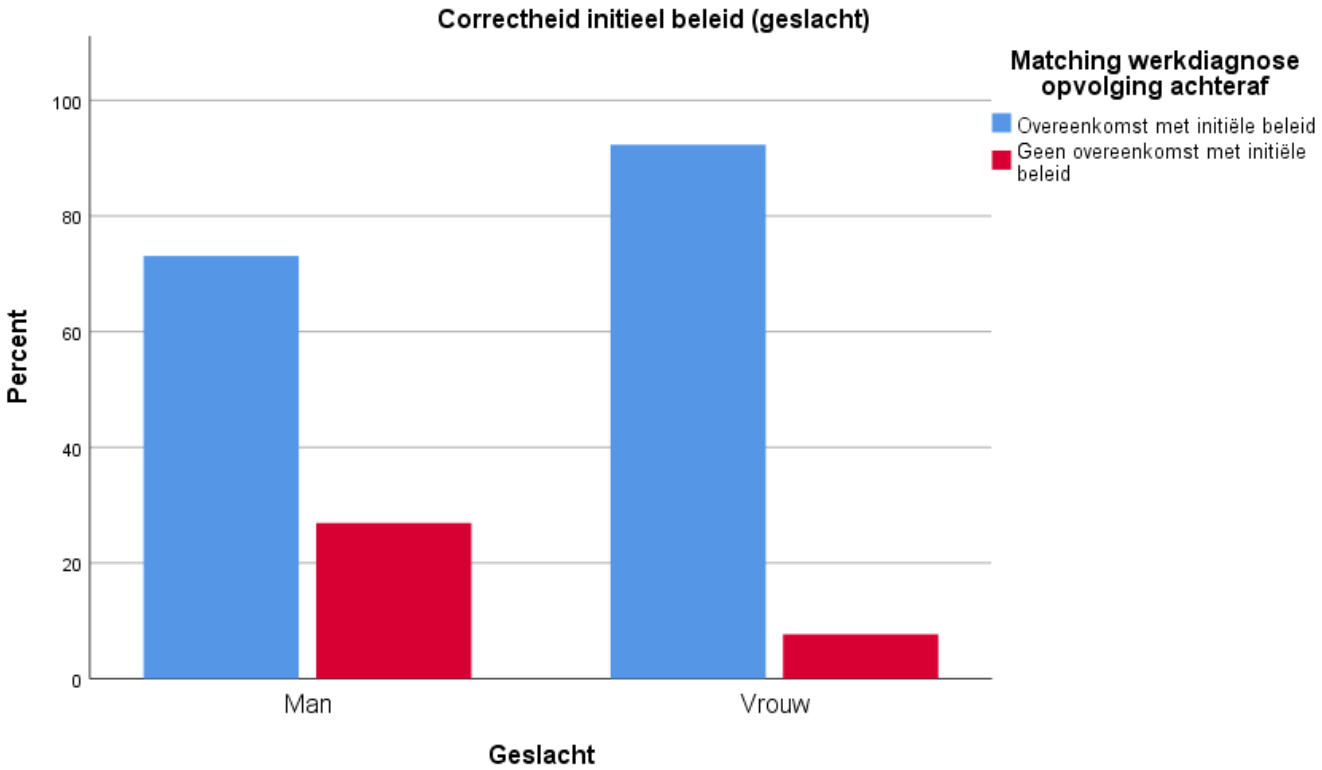
Wachtarts:	Vignet Mutualiteit
Patiënt:	
Adres:	
Telefoon:	Rijksregisternr. (nr achterzijde ID-kaart)
Geboortedatum:	
Huisarts:	

Reden: voor oproep (klachten):			
Klinisch onderzoek			
Evaluatie (mogelijke diagnose):			
Behandeling (therapie):			
Werkonbekwaamheid?		dagen Van:	Tot:
Verwijzing?	Spoedopname:		MUG?
	Huisarts?		

Bijlage 4: Statistiek correctheid beleid voor geslacht, leeftijd en plaats:

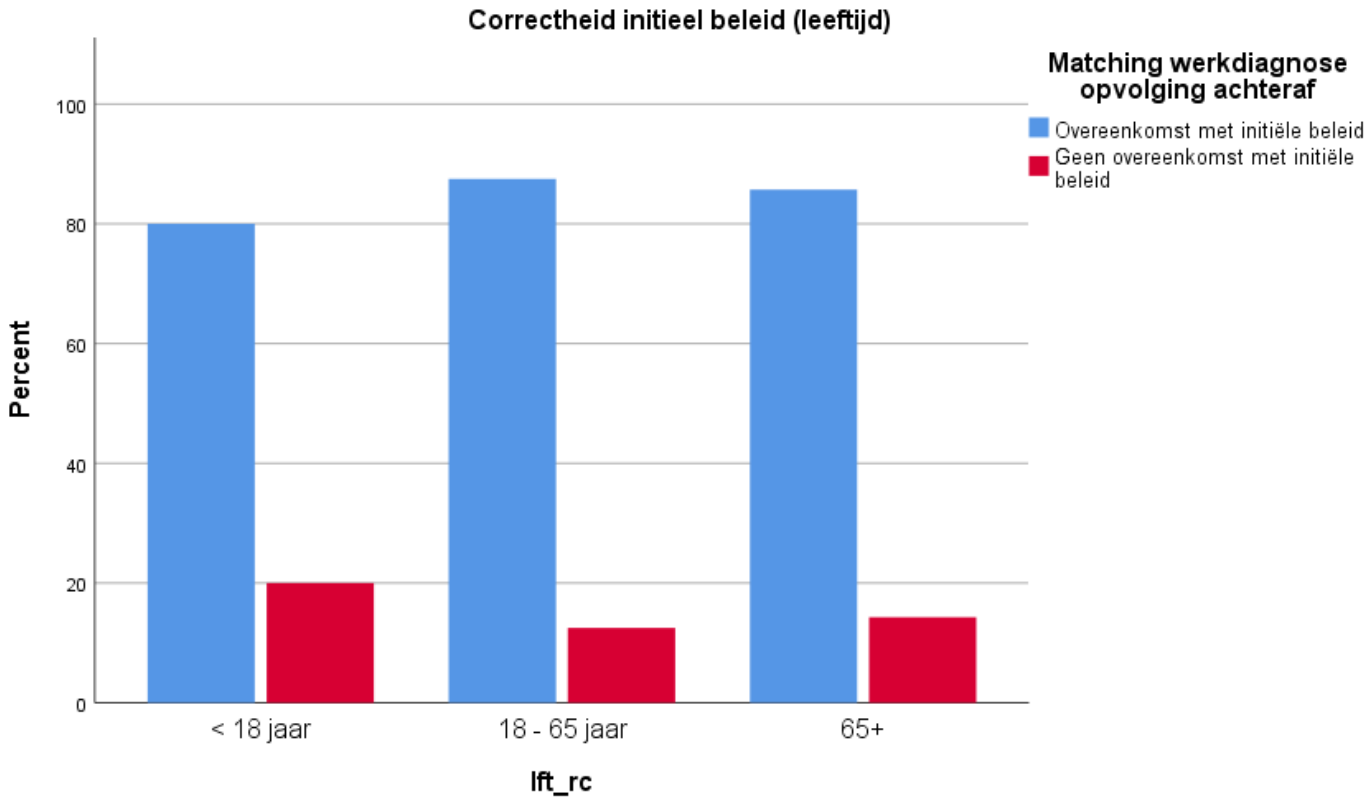
Correctheid initieel beleid (geslacht)

			Geslacht		
			Man	Vrouw	Total
Matching werkdiagnose opvolging achteraf	Overeenkomst met initiële beleid	Count	19	36	55
		Expected Count	22,0	33,0	55,0
		% within Geslacht	73,1%	92,3%	84,6%
	Geen overeenkomst met initiële beleid	Count	7	3	10
		Expected Count	4,0	6,0	10,0
		% within Geslacht	26,9%	7,7%	15,4%
Total		Count	26	39	65
		Expected Count	26,0	39,0	65,0
		% within Geslacht	100,0%	100,0%	100,0%



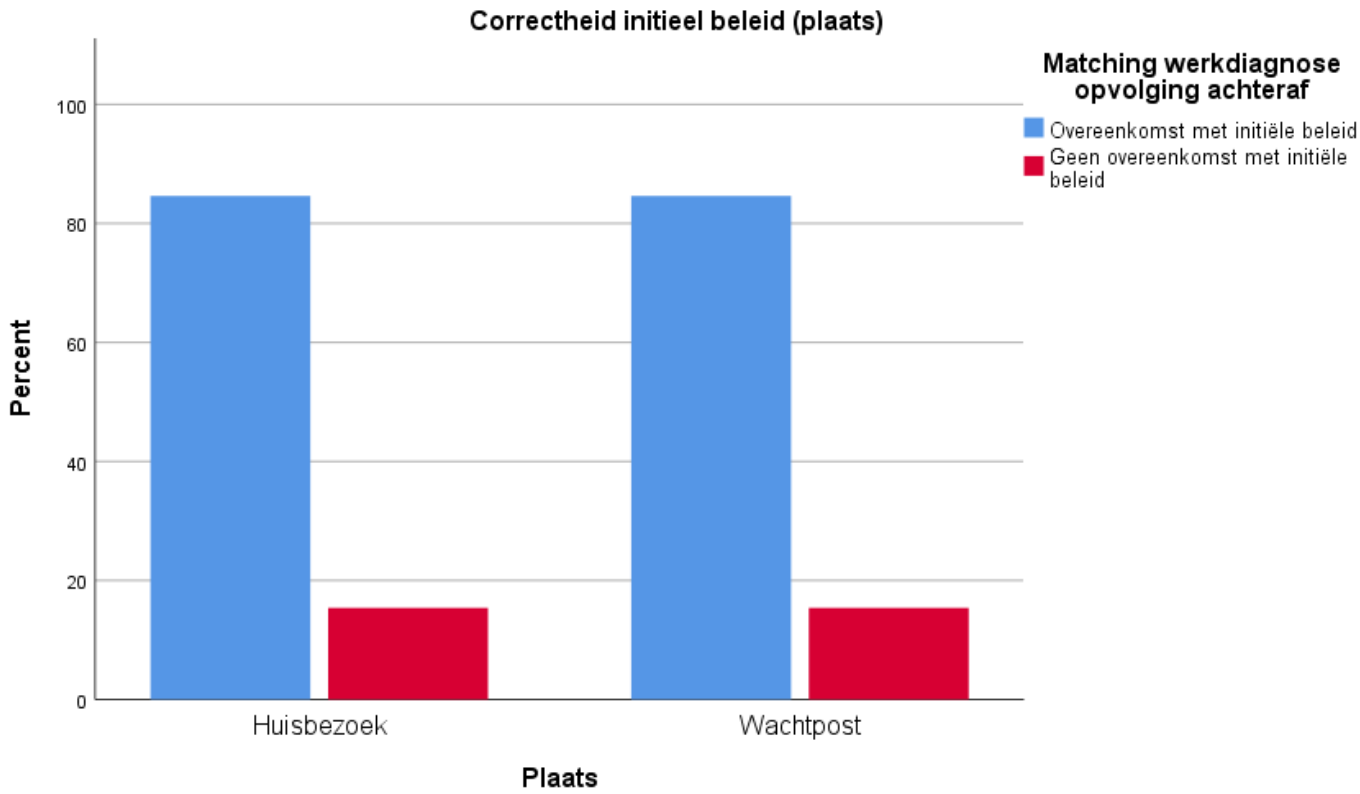
Correctheid initeel beleid (leeftijd)

			lft_rc			
			< 18 jaar	18 - 65 jaar	65+	Total
Matching werkdiagnose opvolging achteraf	Overeenkomst met initiële beleid	Count	16	21	18	55
		Expected Count	16,9	20,3	17,8	55,0
		% within lft_rc	80,0%	87,5%	85,7%	84,6%
	Geen overeenkomst met initiële beleid	Count	4	3	3	10
		Expected Count	3,1	3,7	3,2	10,0
		% within lft_rc	20,0%	12,5%	14,3%	15,4%
Total		Count	20	24	21	65
		Expected Count	20,0	24,0	21,0	65,0
		% within lft_rc	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Correctheid initieel beleid (plaats)

			Plaats		
			Huisbezoek	Wachtpost	Total
Matching werkdiagnose opvolging achteraf	Overeenkomst met initiële beleid	Count	22	33	55
		Expected Count	22,0	33,0	55,0
		% within Plaats	84,6%	84,6%	84,6%
	Geen overeenkomst met initiële beleid	Count	4	6	10
		Expected Count	4,0	6,0	10,0
		% within Plaats	15,4%	15,4%	15,4%
Total		Count	26	39	65
		Expected Count	26,0	39,0	65,0
		% within Plaats	100,0%	100,0%	100,0%



Bijlage 5: Protocol ethisch comité









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

FUNCTIONEREN VAN DE WACHTPOST: EVALUATIE VAN DE DOORVERWIJZINGEN NAAR DE SPOEDOPNAME.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKERS

PROMOTOR

- NAAM: …DIRK AVONTS
- FUNCTIE: …GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT: …UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: …VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: …09 332 33 12
- FAX: …09 332 49 67
- E-MAIL: …DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: …JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER

- NAAM: …KHAN KHALID
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: …UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: …+32 479 351230
- E-MAIL: …KHALID.KHAN@UGENT.BE OF KHALIDKHANODK@GMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: …JEROEN CLAEYS
- ADRES: …BEVRIJDINGSLAAN 208 A 9000 GENT
- TELEFOONNUMMER: …09/226 08 80
- E-MAIL: …ROOIGEMHUISARTSENPRAKTIJK@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. PERIODE (BEGIN-EN EINDDATUM MAAN/JAAR)

START ONDERZOEK: … MAART 2017

- EINDE ONDERZOEK: …31 DECEMBER 2018

6. SOORT ONDERZOEK

❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**

❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS:

❑ DOOR MIDDEL VAN ACTIEF CONTACTEREN (TELEFONISCH) VAN DE PROEFPERSOON.

7. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

HET DOEL VAN DEZE MASTERPROEF IS OM EEN BETER ZICHT TE KRIJGEN IN DE ACCURAATHEID VAN DOORVERWIJZEN VANUIT DE HUISARTSENWACHTPOST NAAR DE SPOEDOPNAME EN NA TE GAAN OMWILLE VAN WELKE KLACHTEN HET VAAKST WORDT DOORVERWEZEN. STUDIES TONEN AAN DAT NOG VAAK MENSEN OP EIGEN INITIATIEF DE SPOEDOPNAME CONTACTEREN OMWILLE VAN KLACHTEN DIE OOK DOOR EEN HUISARTS IN DE WACHTPOST KUNNEN BEHANDELD WORDEN.

OM DEZE OVERBELASTING OP DE SPOEDOPNAME TE VERHINDEREN IS ER AL IN EEN AANTAL WACHTGEBIEDEN VOOR GEKOZEN OM DE HUISARTSENWACHTPOST VOOR DE SPOEDOPNAME TE PLAATSEN. IN BELGIË WERD DOOR DE UNIVERSITEIT VAN ANTWERPEN AL ONDERZOEK UITGEVOERD WELK EFFECT DIT HEEFT VOOR ZOWEL DE SPOEDOPNAME ALS VOOR DE HUISARTSENWACHTPOST. DE STUDIE TOONDE AAN DAT EEN HUISARTSENWACHTPOST VOOR DE SPOED HET AANTAL ONNODIGE BEZOEKEN OP DE SPOEDOPNAME NIET REDUCEERT, MAAR DAT DE WERKDRUK OP DE WACHTPOST ZELF WEL TOENEEMT DOOR EEN STIJGING VAN DE PATIËNTEN. DAAROM IS HET BELANGRIJK OM VANUIT DE HUISARTSENWACHTPOST ENKEL NAAR DE SPOEDOPNAME TE VERWIJZEN INDIEN DIT ECHT NOODZAKELIJK WORDT GEACHT.
ANDERZIJDS TONEN STUDIES OOK AAN DAT BIJ PATIËNTEN DIE ZICH PRESENTEREN OP DE SPOEDOPNAME ONGEVEER 68% EEN DIAGNOSTISCHE TEST (BEELDVORMING OF BLOEDONDERZOEK) ONDERGAAT,TERWIJL DIT IN DE HUISARTSENWACHTPOST SLECHTS 5% IS.

EEN PAAR JAAR GELEDEN WERD AL EEN VERGELIKENDE STUDIE UITGEVOERD TUSSEN EEN HUISARTSENWACHTPOST EN EEN KLASSIEKE WACHTDIENST. DAARUIT BLEEK DAT EEN HUISARTSENWACHTPOST TOT 50% MEER PATIËNTEN ZIET DAN OP EEN KLASSIEKE WACHTDIENST. DEZE STUDIE TOONDE OOK AAN DAT DE MEEST VOORKOMENDE KLACHTEN/PATHOLOGIEËN KONDEN ONDERVERDEELD WORDEN IN DE CATEGORIEËN: 'ALGEMEEN EN NIET GESPECIFICEERD, LUCHTWEGEN EN SPIJSVERTERINGSSTELSEL.

DE BEDOELING VAN DEZE MASTERPROEF IS DUS OM NA TE GAAN OMWILLE VAN WELKE KLACHTEN HET MEEST WORDT DOORVERWEZEN NAAR DE SPOEDOPNAME EN OM NA TE GAAN OF DEZE DOORVERWIJZING AL DAN NIET TERECHT IS. OOK WORDT ER NAGEGAAN OF MENSEN DIE VANUIT DE WACHTPOST TERUG NAAR HUIS WORDEN GESTUURD EFFECTIEF TERECHT NAAR HUIS WERDEN GESTUURD.

DE GEGEVENSVERZAMELING GEBEURT DOOR MIDDEL VAN HET ACTIEF TELEFONISCH CONTACTEREN VAN DE PATIÊNT ONGEVEER 14 DAGEN TOT 1 MAAND NA ZIJN/HAAR BEZOEK AAN DE WACHTPOST. DE BEDOELING IS OM KORT TE BEVRAGEN OF DE VERWIJZING NAAR DE SPOEDOPNAME NOODZAKELIJK WAS EN OMWILLE VAN WELKE PATHOLOGIE. OOK MENSEN DIE NAAR HUIS WERDEN GESTUURD WORDEN BEVRAAGD MET DE VRAAG OF ZE NADIEN NOG EEN HUISARTS OF ZIEKENHUIS HEBBEN MOETEN CONTACTEREN OMWILLE VAN AANHOUDENDE KLACHTEN. DEZE GEGEVENS WORDEN GEREGISTREERD EN NADIEN STATISTISCH VERWERKT.

8. IS HET ONDERZOEK

❑ DIAGNOSTISCH

❑ **EPIDEMIOLOGISCH**

9. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA

PATIENTEN KUNNEN DOORVERWEZEN WORDEN NAAR HET ZIEKENHUIS ALS DIT NODIG WORDT GEACHT DOOR DE HUISARTS, MAAR OP ZICH IS ZIEKENHUIS NIET DIRECT BETROKKEN IN HET ONDERZOEK EN WORDT HET ZIEKENHUIS NADIEN OOK NIET GECONTACTEERD.

10. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE?

FACULTEIT GENEESKUNDE: UNIVERSITEIT GENT

11. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN

❑ GEZONDE PROEFPERSONEN ? **JA,** PATIËNTEN DIE ZICH OP DE HUISARTSENWACHTPOST PRESENTEREN OMWILLE VAN EEN KLACHT. MENSEN DIE DUS PER DEFINITIE EEN GEZONDHEIDSPROBLEEM ERVAREN.

A. AANTAL PROEFPERSONEN: ONGEVEER 200…

B. LEEFTIJD : ELKE LEEFTIJD…

C. GESLACHT : …M/V

D. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? …ALS PATIËNTEN ZICH AANMELDEN OP DE WACHTPOST EN HUN TOESTEMMING GEVEN VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK.

12. 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 :

❑ **JA**

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

❑ **NEEN**

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA, IS MOGELIJK

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ **JA**

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

❑ JA

13. IS HET FORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN DE BIJLAGE GEVOEGD?

❑ **JA**

14. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN DE BIJLAGE GEVOEGD?

❑ **JA**

15. VERZEKERING

NIET VAN TOEPASSING

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

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

EEN MASTERPROEF IN HET VERLEDEN ONDERZOCHT HET VERSCHIL TUSSEN EEN HUISARTSENWACHTPOST EN EEN KLASSIEKE WACHTDIENST IN VERSCHIL IN PATHOLOGIE. DE CONCLUSIES VAN DIT ONDERZOEK WAREN DAT EEN HUISARTSENWACHTPOST 50% MEER BEZOEKEN KRIJGT DAN EEN KLASSIEKE WACHTDIENST. OOK WERD EEN HUISARTSENWACHTPOST 'S AVONDS LAAT MEER BEZOCHT EN WERDEN MEER HUISBEZOEKEN GEREGISTREERD DAN OP EEN KLASSIEKE WACHTDIENST.

DE PATHOLOGIEËN ONDER 'ALGEMEEN EN NIET GESPECIFICEERD', 'SPIJSVERTERINGSORGANEN', EN 'LUCHTWEGEN' WERDEN HET MEEST GEREGISTREERD, ZOWEL OP DE KLASSIEKE WACHTDIENST ALS OP DE HUISARTSENWACHTPOST.

VERDER BLEEK DAT HET AANTAL SPOEDBEZOEKEN DOOR HET OPRICHTEN VAN DE HUISARTSENWACHTPOST REDUCEREN NIET EVIDENT BLEEK.

18. REKENING HOUDEN MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP

MEENT U DAT DEZE STUDIE:

❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**

19. ZULEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN?

❑ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …INDIEN OPVOLGING DOOR DE EIGEN HUISARTS NOODZAKELIJK IS, WORDT DIT MEEGEDEELD IN HET WACHTPOSTVERSLAG.

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

❑ JA

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

❑

JA

D. NAAM VAN DEZE ARTS: ARTS OP DAT MOMENT AANWEZIG IN DE WACHTPOST

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

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

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

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

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 21/02/2017
NAAM : Khalid Khan
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 28/02/2017
NAAM : CHRIS Jerca
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 28/2/2017
NAAM :
HANDTEKENING : D. AVONTS

COPROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Bijlage 6: Goedkeuring ethisch comité

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0488	14-jun-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Functioneren van de wachtpost: evaluatie van de doorverwijzing naar de spoedopname.
ManaMa: Khalid Khan

Belgisch Registratienummer: B670201732201

* Antwoord onderzoekers dd. 06/06/2017 (via mail dr. Khan Khalid ontv. 09/06/2017) op opmerkingen EC dd. 09/04/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 8/06/2017(versie 2)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 8/06/2017 voor minderjarige deelnemers vanaf 12 jaar (versie 2)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 8/06/2017 voor volwassen deelnemers

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 13/06/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/06/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/06/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/06/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/06/2017

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethiscn.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0488	14-jun-17	Zie "CC"

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg