Help, huisarts of spoedarts?

Hoe kiest de patiënt zijn zorgverlener buiten de reguliere werkuren van de huisarts?

Jolien Maes, huisarts-in-opleiding, K.U. Leuven

Promotor: prof. Dr. B. Schoenmakers, K.U. Leuven

Co-promotor: dr. C. Van der Mullen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017– 2019

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.

Inhoudsopgave

Abstract p. 4

Inleiding p. 5

Methode

- Vraagstelling p. 5
- Literatuurstudie p. 5
- Veldstudie p. 6

Resultaten

- Literatuurstudie p. 7
- Veldstudie p. 8
  - Beschrijving van de variabelen p. 8
  - Beschrijving van de casussen p. 11
  - Vergelijking tussen aanmeldingen in de wachtpost en op de spoedgevallendienst p. 11
  - Invloed van demografische gegevens p. 15

Discussie p. 15

Conclusie p. 17

Literatuurlijst p. 18

Bijlagen

1. Enquête p. 20
2. Protocol en goedkeuring K.U. Leuven p. 24
3. Goedkeuring ethische commissie Mariaziekenhuis p. 36
4. Goedkeuring Noord-Limburgse huisartsenwachtpost p. 37
5. Gaussiaanse curves m.b.t. subjectieve ernst p. 38
6. Gegevens bezoekersaantal spoedgevallendienst Mariaziekenhuis p. 39
7. Gegevens bezoekersaantal wachtpost p. 39

Help, huisarts of spoedarts?

Hoe kiest de patiënt zijn zorgverlener buiten de reguliere werkuren van de huisarts?

Auteur: Maes Jolien, huisarts-in-opleiding
In samenwerking met Joordens Pieter, huisarts-in-opleiding
Onder begeleiding van Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers en Dr. Chris Van der Mullen

---

Achtergrond– Medische hulp buiten de kantooruren om wordt in België voornamelijk verstrekt door twee diensten: de huisartsenwachtposten en de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen. Beiden zijn voor de patiënt direct toegankelijk, zonder de noodzaak van verwijzing, wat in de ons omringende landen wel zo is. Hierdoor is de keuze aan de patiënt om de juiste zorgverlener te kiezen voor zijn medisch probleem. Het aantal Belgen dat rechtstreeks naar de spoedgevallen gaat, neemt jaar na jaar toe (KCE) ondanks de 70 huisartsenwachtposten die de laatste jaren werden opgericht.

Onderzoeksvraag– Welke factoren bepalen de keuze voor een patiënt om naar de huisartsenwachtpost te gaan of naar de spoedgevallendienst? Er wordt hierin een onderscheid gemaakt tussen omgevingsfactoren en klachtgerelateerde factoren.

Methode– In de medische literatuur wordt gezocht naar artikels die relevant zijn voor het Belgische zorgsysteem. Verder worden artikels van het KCE en de FOD Volksgezondheid, persberichten van minister De Block alsook voorgaande thesissen uit de thesisdatabank van de Belgische universiteiten in het literatuuronderzoek opgenomen. Het veldonderzoek zelf is een cross-sectioneel observationeel cohortonderzoek, waarbij bezoekers van de spoedgevallendienst van het Mariaziekenhuis te Pelt en de Noord-Limburgse huisartsenwachtpost bevraagd worden via een enquête. Enkel patiënten die medische hulp zoeken tijdens de openingstijden van de huisartsenwachtpost zullen bevraagd worden. Dit geldt zowel voor patiënten die op de spoedgevallendienst komen als op de huisartsenwachtpost. Inclusiecriteria voor de studie zijn bezoekers van de huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst tussen vrijdagavond 19u00 en maandagochtend 08u00 en op feestdagen vanaf de dag voordien 19u00 tot de dag nadien 08u00. Exclusiecriteria zijn patiënten die de spoedgevallendienst op andere tijdstippen bezoeken. Patiënten die verwezen zijn naar de spoedgevallendienst worden geëxcludeerd. Onvolledig ingevulde enquêtes worden niet meegenomen in de analyse. Patiënten die met een ambulance- of MUG-interventie worden binnengebracht, krijgen geen vragenlijst aangeboden. Patiënten die bij triage in het ziekenhuis code rood krijgen, krijgen geen vragenlijst aangeboden. De vragenlijst werd afgenomen tussen vrijdag 14 december 2018 19u00 ‘s avonds en maandag 21 januari 2019 08u00 ‘s morgens. De resultaten werden geanalyseerd via uni-, bi- en multivariate regressieanalyse met Microsoft Excel 2018 en SAS 9.4.

Resultaten– De meeste aanmeldingen op spoed gaan over privé-ongevallen (51,4% en $p < 0,0001$) en problemen met ledematen (34,9%). Op de wachtpost komt men vooral met acute ziekte (74,7%), voornamelijk met klachten van de luchtwegen, neus-keel-oren en het maagdarmstelsel. Subjectief ingeschatte ernst is geen significante voorspeller van de keuze. Subjectief vermoeden van nood aan hospitalisatie toont na multivariaat analyse een anderhalf keer meer waarschijnlijke factor voor een bezoek aan spoedgevallen.

Conclusie– De reeds gekende factoren die bijdragen in de keuze werden bevestigd: mensen met ongevallen en musculo-skeletale problemen gaan sneller naar het ziekenhuis omdat verder onderzoek vaak gewenst is. De Wachtpost behandelt voornamelijk acute ziektes. Patiënten kunnen de ernst van hun probleem zelf vaak moeilijk inschatten. Een gespecialiseerd triagist kan hier een oplossing voor zijn. Triage en co-localisatie van wachtpost en spoedgevallen kan een oplossing bieden voor zowel de overbelasting van de spoed als voor de moeilijke zelfverwijzing van de patiënten.

INLEIDING

De continuïteit van medische zorg buiten de kantooruren om wordt in België voornamelijk verstrekt door twee diensten: de huisarts van wacht en de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen. Beiden zijn voor de patiënt direct toegankelijk, zonder de noodzaak van verwijzing. In de ons omringende landen is dit meestal wel het geval. Zo kan een patiënt in Nederland enkel op de spoedgevallendienst terecht na verwezen te zijn door een andere instantie. Wanneer de patiënt 's nachts, in het weekend of tijdens feestdagen een medische hulpvraag heeft, zijn er verschillende opties. Het noodnummer 112 is bereikbaar voor dringende medische hulp. De spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen zijn ook altijd en rechtstreeks toegankelijk voor iedereen. Daarnaast is er een georganiseerde wachtdienst voor huisartsen, waar men buiten de openingsuren van de huisartsenpraktijk naar kan bellen om een huisarts te bereiken. Deze wachtdienst is bereikbaar via een plaatselijk telefoonnummer of via 1733. Men kan uiteraard ook wachten tot de eigen huisarts bereikbaar is.
Hierdoor is de keuze aan de patiënt om de juiste toegangspoort te kiezen voor zijn medisch probleem, buiten de werkuren van zijn huisarts om. Door de invoering van het centrale nummer 1733 tracht men met gevalideerde protocollen een inschatting te maken van de ernst van de situatie en de patiënt naar een zo correct mogelijke hulpdienst te verwijzen. Op deze manier zou de eerste- en tweedelijnszorg meer optimaal gebruikt kunnen worden. Dit project wordt op dit moment uitvoerig getest in een aantal regio's verspreid over Vlaanderen en Wallonië.

Het aantal Belgen dat rechtstreeks naar de spoedgevallen gaat, neemt jaar na jaar toe ondanks het feit dat er 70 huisartsenwachtposten werden opgericht in de voorbije jaren (8). Dit betekent echter niet dat al deze patiënten zichzelf, medisch gezien, terecht naar het ziekenhuis hebben verwezen. De patiënt heeft een hulpvraag en zoekt hierop een voor hem/haar passend antwoord. De redenen van deze soms "foutieve" zelfverwijzing kunnen erg uiteenlopend zijn en in een groot deel van de gevallen had een huisarts deze patiënten even goed kunnen helpen (8). Minister De Block stelt bovendien dat, door de huidige financieringsmethode, de ziekenhuizen er alle belang bij hebben zoveel mogelijk mensen te zien op hun dienst spoedgevallen.

In dit onderzoek wordt getracht meer inzicht te verkrijgen in de factoren die bepalen of de patiënt kiest voor de wachtpost of de spoedgevallendienst. De onderzoeksvraag wordt opgesplitst in omgevingsgerelateerde en klachtspecifieke factoren.

METHODE

Vraagstelling

Welke factoren bepalen mee de keuze voor een patiënt om naar de huisartsenwachtpost te gaan of naar de spoedgevallendienst? We maken hierin een onderscheid tussen omgevingsfactoren en klachtgerelateerde factoren. Analyse van de omgevingsgerelateerde factoren valt buiten de inhoud van dit artikel.

Literatuurstudie

In een voorstudie wordt er gezocht naar beschikbare literatuur met betrekking tot factoren die bijdragen in de keuze tussen de spoedgevallendienst en de wachtpost. Er wordt geselecteerd op artikels die relevant zijn voor het Belgische gezondheidszorgsysteem maar ook vergelijkende literatuur met betrekking tot spoedgevallendiensten en/of wachtposten uit de omringende landen wordt geïntegreerd. Gebruikte zoektermen zijn 'out-of-hours service', 'emergency department', 'huisartsenwachtpost', 'wachtpost', 'wachtdienst', 'spoedgevallendienst', 'spoedgevallen', 'spoed', 'general practitioners cooperative', 'patient

characteristics', 'financiering ziekenhuizen', '1733', 'hervorming wachtdiensten', 'echelonnering'. Hiermee wordt gezocht in de medische databanken, voornamelijk in Medline via Pubmed. Verder worden artikels van het KCE en de FOD Volksgezondheid, artikels uit Huisarts Nu en Medi-sfeer doorgenomen. Persberichten van minister De Block alsook voorgaande thesissen uit de thesis-databank van de Belgische universiteiten worden in het literatuuronderzoek opgenomen.

Ook worden gegevens met betrekking tot het aantal aanmeldingen in de laatste jaren bekomen via de Noord-Limburgse huisartsenwachtpost en het Mariaziekenhuis te Pelt, alsook via de minimale ziekenhuisgegevens van de FOD volksgezondheid.

Veldstudie

Op basis van gegevens uit de literatuur wordt een vragenlijst opgesteld. Het doel van deze vragenlijst is om inzicht te verkrijgen in de factoren die de keuze bepalen voor spoedgevallen dan wel de huisartsenwachtpost, wanneer een patiënt nood heeft aan medische hulp in het weekend of op feestdagen.
De enquête (bijlage 1) bevat een korte uitleg over het onderzoek met een informed consent tot deelname. Vervolgens is er een lijst met vragen met algemene informatie over de patiënt betreffende leeftijd, geslacht, woonplaats, werksituatie en medische voorgeschiedenis. Vervolgens worden klachtgerichte vragen gesteld om te peilen naar de aard van de aandoening, de ernst, verwachtingen van de patiënt met betrekking tot hospitalisatie alsook wat de patiënt zelf denkt met betrekking tot de diagnose.
Vervolgens worden vragen en stellingen over de rol van enkele omgevingsfactoren die in de keuze kunnen meespelen geformuleerd, zoals de afstand tot beide diensten, het financiële aspect, ervaringen uit het verleden, voorkeuren van de patiënt voor specialist of huisarts, het hebben van een vaste huisarts en kennis over het contacteren van zorginstanties. De mening rond co-lokalisatie van een spoedgevallendienst en een wachtpost wordt bevraagd. Er wordt ook gepeild naar de interesse van patiënten voor het 1733-project. Er wordt bevraagd of een extra financiële toeslag bij onterecht gebruik van spoedgevallen de keuze zou beïnvloeden en of het tijdstip de keuze beïnvloedt (dag versus nacht). Tot slot worden enkele casussen voorgesteld, waarbij de respondent aanduidt of hij/zij daarmee onmiddellijk naar de spoedgevallendienst of naar de huisartsenwachtpost zou gaan, of dat hij/zij daarmee niet onmiddellijk medische hulp zou zoeken. De casussen beschrijven een beperkte verbranding van de hand, een baby met nachtelijke koorts, een gastro-enteritis/voedselintolerantie, een oorstop, een myocardinfarct en een wonde in het aangezicht.

De enquête bestaat uit 25 vragen, vijf stellingen en zes casussen. Er zijn enkele open vragen, alsook ja/nee- en meerkeuzevragen. De patiënt kan zijn toestemming geven om nadien gecontacteerd te worden met betrekking tot dit onderzoek of een vervolgonderzoek vanuit het Mariaziekenhuis. Onderaan de vragenlijst kan de patiënt in een vrij veld zijn/haar opmerkingen en contactgegevens invullen. De enquête werd verstrekt in vier talen: Nederlands, Engels, Frans en Turks (bijlage 1).

Het onderzoek zelf is een cross-sectioneel observationeel cohortonderzoek, waarbij bezoekers van de spoedgevallendienst van het Mariaziekenhuis te Pelt en de Noord-Limburgse huisartsenwachtpost bevraagd worden. De vragenlijst wordt op papier alsook digitaal ter beschikking gesteld in de desbetreffende centra, en zal bij aanmelding aan de inschrijvingen door de onthaalmedewerkers worden aangeboden. Enkel patiënten die medische hulp zoeken tijdens de openingstijden van de huisartsenwachtpost zullen bevraagd worden. Dit geldt zowel voor patiënten die op de spoedgevallendienst komen als op de huisartsenwachtpost. De enquête is afgenomen tussen vrijdag 14 december 2018 19u00 's avonds en maandag 21 januari 2019 08u00 's morgens.
Inclusiecriteria voor de studie zijn bezoekers van de huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst tussen vrijdagavond 19u00 en maandagochtend 08u00 en op feestdagen vanaf de dag voordien 19u00 tot de dag nadien 08u00. Exclusiecriteria zijn patiënten die de spoedgevallendienst op andere tijdstippen bezoeken. Patiënten die verwezen zijn naar de spoedgevallendienst worden geëxcludeerd (krijgen geen enquête).

Onvolledig ingevulde enquêtes of enquêtes waarvan de informed consent niet getekend is, worden niet meegenomen in de analyse. Patiënten die met een ambulance- of MUG-interventie worden binnengebracht, krijgen geen vragenlijst aangeboden. Patiënten die bij triage in het ziekenhuis code rood krijgen, krijgen geen vragenlijst aangeboden, evenals patiënten die door de huisarts (van wacht) verwezen zijn.

Zowel de enquête als het opzet van de studie werden voorgelegd aan en goedgekeurd door de Ethische Commissie van Biomedische wetenschappen MP004771 van de Katholieke Universiteit Leuven (bijlage 2), de Ethische Commissie en Medische raad van het Mariaziekenhuis te Pelt (bijlage 3) en het bestuur van de Noord-Limburgse huisartsenwachtpost (bijlage 4). De verkregen gegevens worden strikt vertrouwelijk en anoniem behandeld, conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens.
De resultaten worden geanalyseerd via uni-, bi- en multivariate regressieanalyse met Microsoft Excel 2018 en SAS 9.4.

RESULTATEN

Literatuurstudie

De niet-geplande zorg buiten de werktijden van de huisarts is erg versnipperd in België. De patiënt heeft diverse opties en kan zelf kiezen wat hij/zij doet. Men kan telefonisch het noodnummer 112, het nummer van de wachtdienst of het nieuwe centrale nummer 1733 bellen. Anderzijds kan men zich wenden tot de huisarts van wacht of de spoedgevallendienst. De patiënt kan ook wachten tot de eigen huisarts terug beschikbaar is.

Huisartsenwachtposten willen buiten de normale beschikbaarheid van de huisarts, een kwalitatief alternatief bieden vanuit een locatie die vlot bereikbaar is en vaak ook goed gekend is bij de bevolking (9, 10). Sinds 2003 werden er in België 70 huisartsenwachtposten opgericht met als doel een deel van het aantal spoedcontacten op te vangen, alsook om de werkomstandigheden tijdens de wachtdiensten van de huisarts te verbeteren. Dit is in ons land echter niet het geval gebleken (8). Het aantal aanmeldingen op spoedgevallen blijft stijgen. In 2009 waren er in België een ruime drie miljoen aanmelding op spoed, wat overeenkomt met zo'n 279 contacten per 1000 inwoners. In 2011 bezochten 287 patiënten per 1000 inwoners de spoedgevallendienst (15, 16). In 2011 lagen in Duitsland de cijfers op 88 spoedcontacten per 1000 inwoners, in Frankrijk 293 per 1000 (23). Het cijfer in 2012 stond op 290 aanmeldingen op spoedgevallen per 1000 (8, 16). In datzelfde jaar bezochten in Nederland 124 per 1000 inwoners de spoeddienst. In 2016 loopt deze stijgende lijn verder met 3,5 miljoen spoedcontacten en 311 aanmeldingen per 1000 inwoners in België (16). Dit fenomeen zet zich ook verder in het Mariaziekenhuis te Pelt. Tussen 2010 en 2018 is er een gemiddelde groei van 1,9% per jaar in aantal aanmeldingen. De oprichting van de Noord-Limburgse huisartsenwachtpost in 2013 heeft geen significant verschil kunnen realiseren in het aantal aanmeldingen ondanks dat het aantal aanmeldingen op de wachtpost jaar na jaar stijgt (bijlage 6-7). In de Vlaamse ziekenhuizen verloopt 81% van de patiëntcontacten zonder tussenkomst van ambulance, PIT of MUG. Het merendeel (63%) van de patiënten wordt ook ambulant behandeld. Slecht in 18% van de aanmelding op spoedgevallen gaat het om verwezen patiënten (15, 16, 24). Het aantal bezoeken op spoedgevallen groeide in België met 5% per jaar (2008-2011, 23).

In 1945 werd door Bakwin reeds het "threshold effect" beschreven: patiënten die zichzelf naar het ziekenhuis verwijzen, ondergaan een groter aantal onnodige onderzoeken en interventies dan verwezen patiënten. Deze procedures en onderzoeken hebben ook een risico op complicaties en laten de kosten bovendien oplopen. De eerste lijn heeft op die manier ook een rol als "gatekeeper" (17). Medisch gezien had een groot deel van de spoedpatiënten ook door een huisarts geholpen kunnen worden (8).

Er zijn diverse factoren die meespelen in de keuze voor de spoedgevallendienst in plaats van de huisarts. In Vlaanderen wordt de wachtdienst niet overal georganiseerd in wachtposten: in regio's zonder wachtpost voorziet een arts van wacht de dringende zorgen op een wisselende locatie. Niet iedereen is dus bekend met het concept wachtpost. De openingsuren zijn beperkt tot weekend en feestdagen en kunnen bovendien verschillen tussen de verschillende wachtdienst-regio's. Ziekenhuizen zijn daarentegen zeven dagen op zeven en 24 uur op 24 toegankelijk en situeren zich op een goed bereikbare locatie. Bereikbaarheid en bekendheid spelen dus mee. (8, 20, 22). Het type klacht speelt een rol. Traumata en musculoskeletale problematieken melden zich sneller aan op een spoedgevallendienst, onder andere omwille van de mogelijkheid tot technische onderzoeken, indien nodig. Op de wachtpost ziet men dan weer meer respitaroire en gastro-intestinale pathologie (22, 24). Ook wanneer het om jonge kinderen gaat, krijgt het ziekenhuis al sneller de voorkeur (8, 12). Patiënten hebben soms ook meer vertrouwen in een ziekenhuis: het grote aanbod aan technische onderzoeken en specialistische kennis speelt hier in mee. De verwachting van patiënten, bijvoorbeeld dat een radiografisch onderzoek nodig is, speelt ook mee in de keuze. De door de patiënt ingeschatte dringendheid, de medische voorgeschiedenis en ervaringen uit het verleden spelen ook mee in de keuze. Zo zullen mensen met een zeldzame aandoening of uitgebreide complexe pathologie zich sneller naar het ziekenhuis begeven waar hun dossier gekend is. Patiënten die zelf of via anderen een goede ervaring hadden op de wachtpost zijn nadien ook sneller geneigd deze opnieuw te kiezen (12, 20, 22).

Verder zijn er ook financiële overwegingen: er wordt achteraf een factuur voor het remgeld verstuurd vanuit het ziekenhuis. Dit kan leiden tot een idee dat je in het ziekenhuis goedkoper geholpen wordt. Bij de huisarts moet er dan weer onmiddellijk betaald worden. Voor de meeste patiënten betekent dit het volledige ereloon zelf voorschieten, waarbij het tarief bij een consult 's nachts of in het weekend behoorlijk kan oplopen (8, 12, 20, 24). Een ander betalingssysteem zou deze financiële drempel onderuit kunnen halen (22, 24).

Met de invoering van het centrale nummer 1733 tracht men een inschatting te maken van de ernst van de situatie. Triage maakt dat patiënten met een niet-geplande zorgvraag aan de hand van triage-protocollen naar de correcte hulpdienst worden verwezen. Op deze manier kan deze vaak moeilijke keuze uit handen worden genomen van de patiënt en zal de juiste pathologie op de juiste plaats terechtkomen (13, 14). In lijn hiermee ligt het model van de overheid, dat spoedgevallendiensten en huisartsenwachtposten wil integreren in een 'centrum van ongeplande zorg' (8,11). Via één centrale toegang kan dan een triage gebeuren van de patiënten die zich aanmelden. Dit model zou meer comfort betekenen voor de patiënten. De ligging van ziekenhuizen is doorgaans goed gekend, doorverwijzing naar het ziekenhuis gebeurd vlotter en veiliger en er kan eveneens bespaard worden op kosten van personeel, materiaal en infrastructuur (8, 11).

Veldstudie

- <u>Beschrijving van de variabelen</u>

Over de periode van zeven weekends en vijf feest- of brugdagen werden 604 enquêtes verzameld. In totaal zijn 421 enquêtes geïncludeerd in deze studie, 183 werden er geëxcludeerd op basis van onvolledige invulling, het niet ondertekend zijn van de informed consent of consultatie op een weekdag op de spoedgevallendienst.
414 Enquêtes werden ingevuld in het Nederlands, vijf in het Engels, één in het Frans en één in het Turks.
Van de 421 enquêtes zijn 312 er (74,1%) afkomstig van de Noord-Limburgse wachtpost en 109 (25,9%) van de spoedgevallendienst van het Mariaziekenhuis te Pelt. Achttien (4,3 %) enquêtes werd ingevuld op een vrijdag, 195 (46,3%) op een zaterdag en 148 (35,1%) op een zondag. Gezien de afnameperiode enkele feest- en brugdagen omvatte, werd ook in 60 gevallen de keuze weekdag (0,5%) of feestdag (13,8%) aangeduid.

Van de respondenten zijn er 172 mannen (40,8%) en 248 vrouwen (58,9 %). De leeftijd van de patiënten varieert tussen de nul jaar en de 89 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 29,8 jaar. Negentien (4,5%) patiënten zijn jonger dan één jaar, 109 (25,8%) patiënten zijn ouder dan één en jonger dan achttien, 266 (63,2%) personen zijn tussen achttien en 64 jaar en er zijn 27 (6,5%) 65-plussers (tabel 1).

303 (72%) deelnemende patiënten wonen binnen het wachtgebied van de Noord-Limburgse huisartsenpost, 51 (12, 1%) komen uit een andere gemeente en 67 (15,9%) wensen de verblijfplaats liever niet te vermelden.
Van de respondenten is 18,3% arbeider (n =77), 43,9% bediende (n = 185), 9,5% gepensioneerd (n = 40), 2,4% langdurig arbeidsongeschikt (n = 10), 17,1% is student (n = 72), mensen met vrij beroep (n = 24) vertegenwoordigen 5,7% en 13 personen (3,1%) zijn werkzoekend.

Tabel 1: demografische gegevens van de ondervraagde populatie, absolute aantallen en percentages

	WACHTPOST		**SPOED**		**TOTAAL**	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Leeftijd						
<1j	17	5,4	2	1,8	19	4,5
1-17j	83	26,6	26	23,9	109	25,8
18-64j	195	62,5	71	65,1	266	63,2
65+	17	5,4	10	9,2	27	6,5
Geslacht						
Man	117	37,5	55	50,5	172	40,8
Vrouw	195	62,5	53	48,6	248	58,9
X	0	0	1	0,9	1	0,2
Gemeente						
Andere	19	6,1	32	29,4	51	12,1
Wachtregio	243	77,9	60	55,0	303	72,0
x	50	16,0	17	15,6	67	15,9
Beroep						
Arbeider	53	17,0	24	22,0	77	18,3
Bediende	150	48,1	35	32,1	185	43,9
Gepensioneerd	24	7,7	16	14,7	40	9,5
Langdurig arbeidsongeschikt (invaliditeit, ...)	4	1,3	6	5,5	10	2,4
Scholier/student	50	16,0	22	20,2	72	17,1
Vrij beroep	20	6,4	4	3,7	24	5,7
Werkzoekend	11	3,5	2	1,8	13	3,1
Medische voorgeschiedenis						
Gezond	256	82,1	81	74,3	337	80,0
Cardiovasc. Lijden	13	4,2	12	11,0	25	5,9
Longproblemen	7	2,2	6	5,5	13	3,1
diabetes	4	1,3	1	0,9	5	1,2
kanker	5	1,6	1	0,9	6	1,4
andere	35	11,2	15	13,8	50	11,9

Als medische voorgeschiedenis wordt 337 keer gezond aangevinkt (80%). 25 patiënten lijden aan hart- en vaatziekten (5,9%), dertien patiënten hebben longproblemen (3,1%), zes personen hebben kanker (1,4%) en vijf patiënten lijden aan diabetes (1,2%). Er worden ook 50 andere aandoeningen benoemd (11,9%) zoals bijvoorbeeld de ziekte van Crohn, schildklierlijden, de ziekte van Bechterew, PCOS, maagklachten, trisomie 21, epilepsie , ...

96 (22,8%) patiënten zijn in de tien dagen voor hun bezoek aan de wachtpost of spoedgevallen reeds bij hun huisarts langs geweest voor hetzelfde probleem, 325 (77,2%) kwamen voor de eerste maal consulteren.
Het merendeel van de deelnemers zoekt hulp voor zichzelf (n = 272, 64,6%) of voor een kind (n =142, 33,7%). Zevenmaal werd hulp gezocht voor een kennis of familielid die zelf niet in staat was de enquête in te vullen (1,7%).

In 270 (64,1%) van de aanmeldingen gaat het om een acute ziekte, in 97 (23%) om een privé-ongeval, in 46 gevallen (10,9%) om verergering van een chronische aandoening en acht keer (2%) betreft het een arbeidsongeval. De frequentste aanmeldingsklacht is een probleem in het neus-keel-oor gebied (n = 69, 16,4%), gevolgd door 64 klachten van de ledematen (15,2%), 57 klachten van de luchtwegen (13,5%) en 54 van het maagdarmstelsel (12,8%, tabel 2). Wonden bedragen 7,4% van de aanmeldingsklachten (n = 31), algemene klachten zoals koorts of griepaal gevoel 6,2% (n = 26), klachten van de urinewegen 5,5% (n = 23), nek- en/of rugproblemen 5,2% (n = 22), huidproblemen anders dan wonden 5% (n = 21), Andere klachten betroffen minder dan 5% van de respondenten.
71 (16,9%) patiënten komen met een probleem dat plots is ontstaan en waarvoor ze onmiddellijk hulp hebben gezocht. Bij 133 (31,6%) mensen gaat het om een klacht die minder dan 24 uur aanwezig zijn. 168 (39,9%) personen boden zich aan met een klacht die langer dan 24 uur bestond maar minder dan één week. 49 (11,6%) patiënten zochten hulp voor een probleem dat al langer dan één week bestond (tabel 2).
De inschatting van de ernst van de problematiek kent een Gaussiaanse verdeling waarbij één betekent “niet ernstig” en tien “levensbedreigend” (tabel 2 en bijlage 5). Het merendeel van de patiënten (n = 280, 66,5%) is er vrij zeker van dat ze voor de aanmeldingsproblematiek niet gehospitaliseerd zal moeten worden. 56 respondenten (13,3%) duiden het antwoord “eerder niet” aan, 45 patiënten (10,7%) zijn niet zeker, 5% (n = 21) vermoedt “eerder wel” in het ziekenhuis te moeten blijven en 4,3% (n = 19) denkt dat een opname wel “erg waarschijnlijk” is.

Tabel 2: absolute aantallen en percentages van klachtgerelateerde factoren

	Aantal	**%**		**Aantal**	**%**
Specialisme			**Duur**		
Hoofdpijn	7	1,7	Plots	71	16,9
Nek-/rugpijn	22	5,2	< 1 dag	133	31,6
Ledematen	64	15,2	1 dag - 1 week	168	39,9
Bewustzijn	2	0,5	> 1 week	49	11,6
Wonde	31	7,4	**Ernst**		
Huidprobleem	21	5	1	9	2,1
Gastro-entero	54	12,8	2	35	8,3
Urinair	23	5,5	3	56	13,3
Gyn/obstetr.	5	1,2	4	62	14,7
Luchtwegen	57	13,5	5	73	17,3
Cardiovasc.	8	1,9	6	68	16,2
ALG	26	6,2	7	61	14,5
Psych.	1	0,2	8	42	10
Ogen	10	2,4	9	11	2,6
NKO	69	16,4	10	4	1
Andere	21	5	**Hospitalisatie**		
Type			1	19	4,5
Acute ziekte	270	64,1	2	21	5
Chron. ziekte	46	10,9	3	45	10,7
Privé-ongeval	97	23	4	56	13,3
Arbeidsongeval	8	1,9	5	280	66,5

- Beschrijving van de casussen

In de casus met een eerstegraads verbranding, zouden 152 personen (36,1%) naar de spoedgevallendienst gaan en 57 (13.5%) naar de huisarts van wacht. De overige 212 (50,4%) zou niet direct medische hulp zoeken.

Bij een kind met nachtelijke koorts zou 67,2% (n = 283) naar de huisarts van wacht gaan en 11,9% (n = 50) naar de spoedgevallendienst, 88 (20,9%) personen zouden niet direct hulp zoeken.

303 (72%) patiënten zouden met een oorstop een afwachtende houding aannemen, 109 (25,9%) zouden naar de huisarts van wacht gaan en negen (2,1%) naar spoedgevallen.

88 respondenten (20,9%) zouden met buikgriepklachten de huisarts van wacht raadplegen, 25 (5,9%) de spoedgevallendienst en 308 zouden een afwachtende houding aannemen (73,2%).

De casus die een hartinfarct beschreef werd in 68,6% beantwoord met spoedgevallen (n = 289), 27,3% met huisarts van wacht (n = 115) en zeventien personen (4,1%) zouden niet onmiddellijk hulp zoeken.

Voor een openstaande wonde in het aangezicht werden zowel huisarts van wacht, met 205 keer, (48,7%) als spoedgevallen, met 203 keer (48,2%), vaak aangeduid, slechts dertien personen (3,1%) zouden afwachten (tabel 3).

Tabel 3: casussen, absolute aantallen en percentages

	Verbranding		**Kind koorts**		**Oorstop**		**Buikgriep**		**Hartinfarct**		**Wonde**	
	Aantal	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Huisarts	57	13,5	283	67,2	109	25,9	88	20,9	115	27,3	205	48,7
Spoed	152	36,1	50	11,9	9	2,1	25	5,9	289	68,6	203	48,2
Afwachten	212	50,4	88	20,9	303	72,0	308	73,2	17	4,0	13	3,1

- Vergelijking tussen aanmeldingen in de wachtpost en op de spoedgevallendienst

Er werd onderzocht of er een verschil is tussen klachtgerelateerde factoren tussen de patiënten die zich aanmelden op de wachtpost en degenen die zich aanmelden op de spoedgevallendienst. Subanalyse van de omgevingsgerelateerde factoren valt buiten het bestek van dit artikel.

Van de patiënten die zich hebben aangemeld op spoed gaat het in het merendeel, zijnde 38 van de 109 gevallen (34,9%), om een probleem van de ledematen. Op de wachtpost is dit 8,3% (n = 26). Wonden vertegenwoordigen 11% van de aanmeldingsklachten (n = 12) op de dienst spoedgevallen, op de wachtpost 6,1% (n = 19). Op de wachtpost zijn de frequentst voorkomende klachten deze van neus-keel-oren met 60 aanmeldingen (19,2%) versus negen (8,3%) op de dienst spoedgevallen, luchtwegklachten met 47 gevallen (15,1%) ten opzichte van tien (9,2%) op spoedgevallen en maag-darmpathologie met 46 aanmeldingen (14,7%) tegenover acht (7,3%) op de dienst spoedgevallen. Andere pathologieën vertegenwoordigen zowel op de huisartsenwachtpost als op de spoedgevallendienst minder dan 10% van de aanmeldingsklachten (tabel 4).

Tabel 4: hoofdklacht bij aanmelding, absoluut aantal en percentage

	WACHTPOST		SPOED		TOTAAL	
Specialisme	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Hoofdpijn	5	1,6	2	1,8	7	1,7
Nek-/rugpijn	15	4,8	7	6,4	22	5,2
Ledematen	26	8,3	38	34,9	64	15,2
BWZ	1	0,3	1	0,9	2	0,5
Wonde	19	6,1	12	11,0	31	7,4
Huidprobleem	19	6,1	2	1,8	21	5,0
Gastro-entero	46	14,7	8	7,3	54	12,8
Urinair	20	6,4	3	2,8	23	5,5
Gyn/obstetr.	3	1,0	2	1,8	5	1,2
Luchtwegen	47	15,1	10	9,2	57	13,5
Cardiovasc.	4	1,3	4	3,7	8	1,9
ALG	23	7,4	3	2,8	26	6,2
Psych.	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Ogen	9	2,9	1	0,9	10	2,4
NKO	60	19,2	9	8,3	69	16,4
Andere	14	4,5	7	6,4	21	5,0

Het type aanmeldingsklacht is op de wachtpost in 74,7% van de gevallen gerelateerd aan acute ziekte, namelijk 233 aanmeldingen. Op spoedgevallen zijn 37 aanmeldingsklachten van acute ziekte (33,9%). Verergering van een chronische aandoening bedraagt 10,6% van de contacten op de wachtpost, ten opzichte van 11,9% op de spoedgevallendienst. Dit komt overeen met respectievelijk 33 en dertien aanmeldingen. Privé-ongevallen zijn verantwoordelijk voor 51,4% van de aanmeldingsklachten op spoed (n = 56), terwijl dit percentage op de wachtpost 13,1% bedraagt, wat overeenkomt met 41 patiënten. Arbeidsongevallen dragen zowel op spoed als op de wachtpost minder dan 5% bij aan de aanmeldingen (tabel 5).

Tabel 5: type aanmeldingsklacht, absoluut aantal en percentage

	WACHTPOST		SPOED		TOTAAL	
Type	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Acute ziekte	233	74,7	37	33,9	270	64,1
Chron. ziekte	33	10,6	13	11,9	46	10,9
Privé-ongeval	41	13,1	56	51,4	97	23,0
Arbeidsongeval	5	1,6	3	2,8	8	1,9

Op de wachtpost wordt in 46,8% van de gevallen hulp gezocht voor een klacht die langer dan één dag maar minder dan één week bestaat, op spoedgevallen is dit 20,2%. Dit gaat over respectievelijk 146 patiënten op de wachtpost ten opzichte van 22 patiënten op spoedgevallen. Klachten die minder dan 24 uur bestaan, bedragen 31,7% van de aanmeldingen op de wachtpost (n = 99) en 31,2% van de aanmeldingen (n = 34) op de spoedgevallendienst. Plots ontstane klachten waarbij onmiddellijk hulp wordt gezocht, wordt door 35 (32,1%) patiënten die zich op spoed hebben aangemeld aangeduid, dit tegenover 36 (11,5%) op de wachtpost. Klachten die langer dan één week bestaan, tellen achtien personen (16,5%) op spoed en 31 (9,9%) op de wachtpost (tabel 6).

Tabel 6: duur van aanwezigheid van de klacht, absoluut aantal en percentage

	WACHTPOST		Spoed		TOTAAL	
Duur	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Plots	36	11,5	35	32,1	71	16,9
< 1 dag	99	31,7	34	31,2	133	31,6
1 dag - 1 week	146	46,8	22	20,2	168	39,9
> 1 week	31	9,9	18	16,5	49	11,6

De subjectief ingeschatte ernst kent zowel op de wachtpost als op de spoedgevallendienst een Gaussiaanse verdeling (bijlage 5). Op beide locaties werd score 5/10 het frequentst aangeduid, 55 maal (17,6%) op de wachtpost en achttienmaal (16,5%) op spoed. Score één (niet ernstig) telde vijf meldingen (1,6%) op de wachtpost versus vier (3,7%) op de spoedgevallen. Score tien (levensbedreigend) werd door de patiënten op de wachtpost slecht éénmaal aangeduid (0,3%), op spoedgevallen driemaal (2,8%, tabel 7).

Tabel 7: subjectieve ernst van de klacht, absoluut aantal en percentage, waarbij 1 gelijk staat aan 'niet ernstig' en 10 aan 'levensbedreigend'.

	WACHTPOST		SPOED		TOTAAL	
Ernst	AantaL	%	Aantal	%	Aantal	%
1	5	1,6	4	3,7	9	2,1
2	23	7,4	12	11,0	35	8,3
3	42	13,5	14	12,8	56	13,3
4	51	16,3	11	10,1	62	14,7
5	55	17,6	18	16,5	73	17,3
6	52	16,7	16	14,7	68	16,2
7	48	15,4	13	11,9	61	14,5
8	28	9,0	14	12,8	42	10,0
9	7	2,2	4	3,7	11	2,6
10	1	0,3	3	2,8	4	1,0

Op de vraag of de patiënt dacht dat een hospitalisatie nodig was of niet, werd op de wachtpost 222 keer (71,2%) en op de spoedgevallendienst 58 keer (53,2%) geantwoord dat dit erg onwaarschijnlijk was. Een erg waarschijnlijke nood aan hospitalisatie werd op de wachtpost door twaalf ondervraagden aangeduid (3,8%), op de spoedgevallendienst door zeven ondervraagden (6,4%, tabel 8).

Tabel 8: nood aan hospitalisatie, absoluut aantal en percentage, waarbij 1 gelijk staat aan 'hospitalisatie is erg waarschijnlijk' en 5 aan 'hospitalisatie is erg onwaarschijnlijk'.

	WACHTPOST		SPOED		TOTAAL	
Hospitalisatie	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1	12	3,8	7	6,4	19	4,5
2	14	4,5	7	6,4	21	5,0
3	25	8,0	20	18,3	45	10,7
4	39	12,5	17	15,6	56	13,3
5	222	71,2	58	53,2	280	66,5

Er werd geen significante correlatie gevonden tussen de subjectieve inschatting van de ernst en de nood aan hospitalisatie (r = -0,26). Ook verdere subanalyse tussen de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst kwam tot dezelfde conclusie met r = -0,28 op de wachtpost en r = -0,21 op spoedgevallen. Er kon eveneens

geen significante correlatie worden aangetoond tussen de 16 mogelijke aanmeldingsklachten en de subjectieve inschatting van de ernst, met een r = -0,07 op de wachtpost en r = 0,21 op de spoedgevallendienst, alsook niet met de nood aan hospitalisatie met een r = 0,07 op de wachtpost en r = -0,27 op de spoedgevallendienst.
Er kon een zwakke negatieve correlatie worden gevonden tussen het type klacht (acute - , chronische ziekte of privé-, arbeidsongeval) voor de deelnemers op spoedgevallen met een r = -0,42. Op de wachtpost bedroeg de correlatie r = -0,03.

Er werd nagekeken of de zes casussen, die hoger reeds vermeld werden, anders aangepakt zouden worden door patiënten die de spoedgevallendienst of de wachtpost bezochten (tabel 9). In de casus over een eerstegraads brandwonde werd door beide groepen 'afwachten' het frequentst aangeduid: 51% (n = 159) op de wachtpost en 48,6% (n = 53) op dienst spoedgevallen. Respectievelijk 108 (34,6%) en 45 (41,3%) patiënten zouden een huisarts van wacht raadplegen, 45 (14,4%) en elf personen (10,1%) de spoedgevallendienst. Bij een kind met nachtelijke koorts werd door 66% van de ondervraagden (n = 206) van de wachtpost en 70,6% (n =77) van de spoedgevallendienst, een consult bij de huisarts van wacht gewenst. 72 ondervraagden (23,1%) van de wachtpost zou afwachten, 34 (10,9%) zouden naar het ziekenhuis gaan. Van de deelnemers van de spoedgevallendienst zou 14,7% (n = 16) afwachten en eveneens 14,7% (n = 16) de spoed bezoeken.

Tabel 9: casussen, absolute aantallen en percentage

		WACHTPOST		**SPOED**		**TOTAAL**	
Casus		Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Verbranding	WP	108	34,6	45	41,3	153	36,3
	Spoed	45	14,4	11	10,1	56	13,3
	Afwachten	159	51,0	53	48,6	212	50,4
Kind koorts	WP	206	66,0	77	70,6	283	67,2
	Spoed	34	10,9	16	14,7	50	11,9
	Afwachten	72	23,1	16	14,7	88	20,9
Oorstop	WP	68	21,8	43	39,4	111	26,4
	Spoed	3	1,0	4	3,7	7	1,7
	Afwachten	241	77,2	62	56,9	303	72,0
Buikgriep	WP	59	18,9	31	28,4	90	21,4
	Spoed	13	4,2	9	8,3	22	5,2
	Afwachten	240	76,9	69	63,3	309	73,4
AMI	WP	86	27,6	25	22,9	111	26,4
	Spoed	214	68,6	80	73,4	294	69,8
	Afwachten	12	3,8	4	3,7	16	3,8
Wonde	WP	162	51,9	43	39,4	205	48,7
	Spoed	139	44,6	64	58,7	203	48,2
	Afwachten	11	3,5	2	1,8	13	3,1

Voor een oorstop werd op de wachtpost door 241 personen (77,2%) 'afwachten' aangeduid, 68 (21,8%) zouden naar de wachtpost gaan en 3 (1%) naar spoedgevallen. De deelnemers van de spoedgevallendienst beantwoordden dit met respectievelijk 56,9% (n = 62), 39,4% (n = 43) en 3,7% (n = 4). De casus die een maagdarminfectie beschreef, kreeg op de wachtpost 'afwachten' 76,9% van de stemmen (n = 240), 18,9% zou een huisarts van wacht raadplegen (n = 59), 4,2% een spoedarts (n = 13). Voor de patiënten van spoedgevallen lagen de aantallen op respectievelijk 69 (63,3%), 31 (28,4%) en 9 (8,3%). Zowel wachtpost- als spoed patiënten zouden bij een verhaal van een acuut myocardinfarct voornamelijk naar de spoedgevallendienst gaan (n = 214,

68,6% versus n = 80, 73,4%), 27,6% van de wachtpostbezoekers zou naar de huisarts van wacht gaan (n = 86) en 3,8% (n = 12) zou afwachten. Op spoedgevallen liggen deze cijfers op 22,9% (n = 25) en 3,7% (n = 4). Bij de laatste casus over een wonde in het aangezicht werd op de wachtpost, zowel spoed (n = 139, 44,6%) als wachtpost (n = 162, 51,9%) frequent aangeduid. Op spoedgevallen lagen de cijfers op 39,4% wachtpost (n = 43) en 58,7% (n = 64) spoedgevallen. In beide gevallen was afwachten de minst gekozen optie met respectievelijk 3,5% (n = 11) en 1,8% (n = 2).

Er kon voor geen enkele casus een significante correlatie worden aangetoond tussen de keuze voor spoedgevallen of de wachtpost en de keuze die gemaakt werd in de verschillende casussen.

- Invloed van demografische gegevens

Er werd verder onderzocht of demografische gegevens zoals beroep en leeftijd een invloed hadden op het type aanmeldingsklacht, de duur en het ontstaan van de klachten, de subjectieve ernst en nood aan hospitalisatie. Een privé-ongeval heeft met een $p < 0,0001$ een significant grotere kans om op spoedgevallen te belanden dan op de wachtpost. Respondenten die arbeider zijn van beroep (OR 0.48, CI 0,24 - 0,98) zullen tweemaal sneller de spoedgevallen bezoeken dan een bediende. Wanneer patiënten een subjectieve nood aan hospitalisatie aangeven, betekent dit dat ze anderhalf keer waarschijnlijker voor deze klacht de spoedgevallen zullen bezoeken ($p = 0.0006$, CI 0,55 - 0,85) dan de wachtpost. Er werd verder ook onderzocht of er een effect was van demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht op de keuze van aanpak in de zes casussen. Bezoekers van de dienst spoedgevallen zullen 2,2 keer waarschijnlijker de spoedgevallendienst bezoeken met een brandwonde dan af te wachten ($p = 0.03$, CI 0.2 - 0.97). Met een oorstop is het 2,1 keer minder waarschijnlijk dat bezoekers van de dienst spoedgevallen hiervoor afwachten dan de huisarts van wacht raadplegen.

DISCUSSIE

Onderzoeksresultaten

Op basis van het onderzoek van de literatuur kan gesteld worden dat er diverse factoren bijdragen tot de keuze van de patiënt voor de huisarts of de spoedgevallendienst. Aan de hand van dit observationeel cohortonderzoek, waarbij patiënten op één wachtpost en de nabijgelegen spoedgevallendienst bevraagd werden, wordt getracht de bijdragende factoren voor deze keuze beter in kaart te brengen.
Uit het veldonderzoek blijkt dat een aantal factoren patiënten sneller naar de dienst spoedgevallen doen gaan. De mogelijke bijdrage van omgevingsgerelateerde factoren valt echter buiten het bestek van dit artikel. Er worden een aantal factoren bevestigd die reeds in de bovenstaande literatuursectie beschreven werden.

Wonden en problemen van de ledematen beslaan het merendeel van de aanmeldingsklachten op de spoedgevallendienst. Een privé-ongeval heeft een significant grotere kans om op spoedgevallen te belanden dan op de wachtpost. In het ziekenhuis is er immers toegang tot verdere technische onderzoeken en indien nodig specialistisch advies. Keuze voor de spoedgevallendienst voor dit type klachten heeft dus te maken met de verwachting van de patiënt en aan deze verwachting kan op een wachtpost niet voldaan worden. Zo zal bijvoorbeeld een patiënt die denkt beeldvorming nodig te hebben na een valpartij, direct naar het ziekenhuis gaan. Op die manier zal de patiënt ook dubbele kosten willen vermijden door niet eerst de huisarts te raadplegen. Dit voorbeeld illustreert de verwachting maar suggereert ook een financiële factor die bijdraagt in de keuze. Daarnaast gaat het in het merendeel van de aanmeldingen om een probleem dat minder dan 24 uur aanwezig is. Patiënten die zich aanmelden op spoed, gaan dus snel hulp zoeken voor hun probleem. Daar tegenover staat dan het merendeel van de patiënten op de wachtpost komen met een klacht die reeds één tot zeven dagen bestaat. Op de wachtpost zijn het vooral acute ziekten die worden aangemeld. Klachten van de luchtwegen, neus-keel-oren en het maagdarmstelsel worden hier het frequentst behandeld. Dit zijn klachten

waarmee patiënten normaliter naar de eigen huisarts zouden gaan indien deze beschikbaar was. De consultaties die normaal door de week bij de huisarts plaatsvinden, worden als het ware voortgezet op de wachtpost. Hierbij rijst dan ook de vraag waarom deze patiënten geen hulp hebben gezocht bij de eigen huisarts dan wel gewacht hebben tot deze terug beschikbaar is. Deze vraag is echter niet gesteld in dit onderzoek. Het niet bereikbaar of beschikbaar zijn van de huisarts net voor of na een weekend, subjectieve inschatting van ernst, nood aan werkverlet of medicatie zijn enkele mogelijke antwoorden op deze vraag.

De subjectieve inschatting van ernst en dringendheid van het probleem is echter geen significant voorspellende factor in de keuze qua hulpdienst. Op beide locaties kent de verdeling van de score een Gaussiaanse verdeling, wat betekent dat op beide locaties de klachten van niet ernstig tot vermoedelijk levensbedreigend worden aangeduid (bijlage 5). Dit toont aan dat het voor de patiënt erg moeilijk is om de ernst van het probleem juist in te schatten en bijgevolg de juiste zorgverlener in te schakelen. Anderzijds is het vermoeden van noodzaak tot hospitalisatie wel een voorspellende factor om voor de spoedgevallendienst te kiezen. De zes casussen die aan de deelnemers werden voorgesteld werden op beide locaties gelijkaardig beantwoord. Bezoekers van de dienst spoedgevallen zouden met een brandwonde eerder de spoedgevallendienst bezoeken dan afwachten en met een oorstop eerder de huisarts te raadplegen tijdens de wachtdienst dan hiermee af te wachten.

Door verschillende instanties (KCE, zorgnet Icuro) werd eerder al aanbevolen de co-locatie van wachtposten en spoedgevallendiensten te stimuleren, mits afbakening van beide beroepsgroepen zodat elke arts zijn autonomie wel behoudt. Triage zou idealiter via een gespecialiseerd verpleegkundige gebeuren, aan de hand van gevalideerde instrumenten. De invoering van het centrale 1733 nummer is reeds een stap in deze richting. Op deze manier kan de vaak moeilijke inschatting uit handen genomen worden van de patiënt en kan de juiste pathologie naar de juiste dienst verwezen worden. Dit maakt natuurlijk ook dat er beslist zal moeten worden of het advies van deze triagist, telefonisch dan wel direct op de co-locatie, een advies dan wel een verplichting zal worden. Huidig zijn alle hulpdiensten in België direct toegankelijk. Deze keuzevrijheid van hulpverlener maakt deel uit van de patiëntenrechten. Invoering van triage zou dus een moeilijke balans kunnen worden tussen het correct helpen sturen van de patiënt met zijn probleem en respect voor de wet patiëntenrechten.

Tekortkomingen

Door enkel de wachtpost Noord-Limburg en het Mariaziekenhuis in Pelt te bevragen is er in dit artikel sprake van een selection bias. De geografische spreiding van de patiënten die zich in deze regio aanbieden, is daarom mogelijk niet representatief voor de rest van Limburg en Vlaanderen. Verder werd ook niet aan alle patiënten een vragenlijst aangeboden of werd door bepaalde patiënten de vragenlijst niet ingevuld: patiënten die ernstig ziek leken of hun pathologie als zeer ernstig inschatten, patiënten die via ambulance/MUG/PIT werden binnengebracht, patiënten die de aangeboden talen niet vaardig waren, patiënten die zich presenteerden op rustige momenten of ’s nachts en dus snel werden geholpen, of op erg drukke momenten waardoor het personeel geen tijd vond om de enquête te overhandigen. Hoewel er over het algemeen een goede respons is qua aantal enquêtes, zijn er op de wachtpost bijna driemaal zoveel enquêtes geanalyseerd dan op de spoedgevallendienst. Hierdoor zouden de uitkomsten van deze laatste mogelijk minder representatief zijn voor de populatie die spoed bezoekt dan voor deze die de wachtpost bezoekt. De enquête en zijn vragen zijn opgesteld op basis van informatie uit de literatuur en aannames uit voorafgaand onderzoek. Analyses en conclusies zouden hierdoor slachtoffer kunnen zijn van een bevestigingsbias. Mogelijk is er ook sprake van respons bias. Er zijn vragen in de enquête waarop patiënten eerder een sociaal wenselijk antwoord geven, zoals bijvoorbeeld de financiële overweging of subjectieve ernst om hun bezoek te rechtvaardigen.
Door het grote aantal antwoordmogelijkheden bij de vraag rond aanmeldingsklacht kon hier geen verdere multivariate analyse gebeuren.

CONCLUSIE

Enkele van de reeds gekende factoren die bijdragen tot de keuze tussen wachtpost en spoedgevallen werden in dit onderzoek bevestigd. Er zijn echter geen nieuwe, significante factoren aan het licht gebracht die een aanknopingspunt zouden kunnen zijn voor verdere sensibilisatie. Zo gaan patiënten met privé-ongevallen, met wonden en met problemen t.h.v. de ledematen sneller de spoedgevallendienst bezoeken. Ook wanneer de patiënt denkt dat een ziekenhuisopname nodig zal zijn, wordt logischerwijze eerder voor het ziekenhuis gekozen. Op de wachtpost worden voornamelijk ziektes van de luchtwegen, neus-keel-oor gebied en het maagdarmstel gezien. Patiënten kunnen de ernst van hun probleem zelf vaak moelijk inschatten. Een gespecialiseerde triagist kan hen hierbij sturen terwijl de verantwoordelijkheid van deze keuze nu bij de patiënt zelf wordt gelegd. Verdere uitwerking en invoering van het 1733 project speelt hier reeds op in.
Meer bekendheid en uniformiteit van de wachtposten qua werking en openingsuren is wenselijk. Het nieuwe model van triage en co-localisatie van beide diensten zou een oplossing kunnen bieden voor het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst en deze moeilijke beslissing uit handen van de patiënt nemen. Op deze manier zal de huisarts als gatekeeper functioneren en zodoende de spoedgevallendienst ontlasten van oneigenlijk gebruik alsook de patiënt beschermen tegen onnodige onderzoeken. Of de beslissing via deze triage een advies dan wel een verplichting zal worden, zal een mogelijk hekelpunt zijn ten opzichte van het recht van de patiënt op vrije keuze van zijn zorgverlener.

LITERATUURLIJST

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Renders R, Ryckebosch PH, Brouns J, Goris J. et al. Eindrapport huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout 2003- 2006. Antwerpen, 2006.

6. Philips H, Renders R, Remmen R, Van Royen P et al. Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Hoe tevreden zijn de huisartsen? Huisarts Nu 2004; 33: 592-7.

7. Remmen R, Renders R, Teblick M, Demerre W et al. Huisartsenwachtpost in Vlaanderen. Wat zijn de randvoorwaarden? Huisarts Nu oktober 2007; 36-8.

8. Spoeddiensten en huisartspermanentie op één locatie: meer comfort en duidelijkheid voor patiënt. KCE reports; persbericht 24 maart 2016.

9. Noord-limburgse huisartsenwachtpost.
Beschikbaar via : https://www.huisartsenwachtpostnoordlimburg.be/

10. Domus medica (2014), Wachtposten Vlaanderen.
Beschikbaar via: www.wachtposten.be

11. M. L. Overheid licht tipje van de sluier op over audit wachtposten. Medisfeer, 15 december 2016.
Beschikbaar via : https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/overheid-licht-tipje-van-de-sluier-op-over-audit-wachtposten.html

12. De Nutte, Hilde et al. Wanneer zorg niet planbaar is. Toekomstvisie op de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten. Brussel: Zorgnet-Icuro.

13. FOD Volksgezondheid. Dokter van wacht nodig? Bel 1733. Artikel; 27/01/2016.
Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/wachtdiensten

14. M.L. Project 1733 in testfase. Medi-sfeer, 7 april 2016.
Beschikbaar via: https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/project-1733-in-testfase.html#

15. Cijfers: Aantal contacten op spoed naar opnametype. Agentschap Zorg en gezondheid. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-contacten-op-spoed-naar-opnametype

16. Minimale ziekenhuisgegevens: spoedgevallen. FOD Volksgezondheid; 6/02/2016 Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/mzg-spoedgevallendienst

17. Starfield, B. Is primary care essential? The Lancet, vol 344. 22 Oktober 1994.

18. Giesen P et al. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. Emerg Med J 2006; 23: 731-734.

19. Van Uden CJ et al. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emerg Med J 2003; 20: 184-187.

20. Afilalo J et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med; December 2004; vol 11, no 12.

21. Rutten M et al. Patient and care characteristics of self-referrals treated bij the general practitioner cooperative at emergency-care-access-point in the Netherlands. BMC Family Practice (2017); 18:62.

22. Gourbin, C., Du Boullay, D., Philips, H., Remmen, R., Buylaert, W., De Paepe, P., Moreels, R., Van de Voorde, C. & Leys, M. (2005). Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. KCE reports, 19(A).

23. Berchet C. Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. OECD Health working papers no 83, 2015.

24. Lippens A. Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost? Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in Management en Beleid van Gezondheidszorg; 2010-2011. Universiteit Gent.

BIJLAGE

Bijlage 1: Enquête, Nederlandstalige versie

Enquête: huisartsenwachtpost of spoedgevallen?

INLEIDING
Deze enquête maakt deel uit van een onderzoek van de K.U. Leuven.

In België kan u als patiënt zelf beslissen tot welke dienst u zich richt in geval van een medische hulpvraag buiten de reguliere werkuren van de huisarts.

Met behulp van deze vragenlijst proberen we te begrijpen hoe u als patiënt de keuze maakt om naar de dienst spoedgevallen of naar de huisartsenwachtpost te gaan. Met uw goedkeuring, kan u later dan ook gecontacteerd worden om te kijken hoe dit alles voor u is verlopen.

Wij bedanken u alvast voor uw medewerking!

INFORMED CONSENT TOT DEELNAME

1. Ik bevestig dat ik de informatie over deze studie heb gelezen en begrepen.

2. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

3. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd conform de Wet Verwerking Persoonsgegevens (8 december 1992).

4. Deze studie werd goedgekeurd door de begeleidingscommissie huisartsgeneeskunde van de K.U. Leuven.

5. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de ondervraagde te ondertekenen en persoonlijk te dateren:

Datum: ……

Handtekening: ……

Ik geef goedkeuring om later gecontacteerd te worden ter opvolging JA / NEE

ALGEMENE INFORMATIE OVER DE PATIËNT

Leeftijd:	……..
Geslacht:	O Man O Vrouw
Gemeente:	……
Welk beroep oefent u uit ?	O Arbeider

(de invuller van de enquête)

O Bediende lager kader
O Bediende hoger kader
O Vrij beroep
O Langdurig arbeidsongeschikt (invaliditeit, …)
O Werkzoekend
O Gepensioneerd

Medische voorgeschiedenis

O gezond
O hart- en vaatziekten
O longproblemen
O kanker
O suikerziekte
O andere : ……..

INFORMATIE OVER UW BEZOEK

U bezoekt

Spoedgevallen / Huisartsenwachtpost

Dag

O Vrijdag
O Zaterdag
O Zondag
O Feestdag
O Weekdag

Uur

……u……

Ik heb voor dit probleem mijn huisarts al geraadpleegd. (recent, minder dan 10 dagen geleden)

O Ja
O Neen

Ik kom hulp zoeken voor

O Mezelf
O Mijn/andermans kind
O Ouder familielid / kennis
O Andere: ……..

De <u>belangrijkste</u> reden waarom ik hier ben is (slechts 1 optie aanduiden):

O **Hoofdpijn**
O **Nek-** of **rug**pijn
O Probleem thv de **ledematen** (armen, benen, handen, voeten)
O **Bewustzijn**sprobleem (flauwvallen, epilepsie, …)
O **Wonde**
O **Huidprobleem**
O **Maagdarm**probleem (overgeven, diarree, buikpijn, …)
O Problemen met **urinewegen** (blaasontsteking, bloed plassen, niet kunnen plassen…)
O **Gynaecologisch** probleem / probleem met **zwangerschap**
O **Luchtweg**klachten (hoesten, kortademigheid, bronchitis, …)
O Pijn op de borst
O **Algemeen** probleem: **koorts**, algemeen onwelzijn)
O **Psychisch** probleem (depressie, zelfmoordgedachten, …)
O Probleem met de **ogen** (slecht zien, iets in de ogen gekregen)
O **Neus-, keel-, oor** probleem (bloedneus, oorpijn, verkoudheid…)
O andere: ……..

Wat denkt u zelf dat u (de patiënt) heeft? ……..

Verdere informatie over uw probleem:

O Arbeidsongeval
O Privé-ongeval
O Acute ziekte
O Chronische ziekte: verergering van klachten

Ontstaan van de klachten:

O Plots, ik heb onmiddellijk hulp gezocht
O Klacht is minder dan 1 dag bezig
O Probleem is al langer dan 1 dag bezig

Hoe ernstig schat u het probleem in op een schaal van 1 tot 10?

Niet erg Levensbedreigend

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welke factoren spelen een rol bij uw beslissing voor spoedgevallen / wachtpost?

"Ik kies voor de hulpdienst die het dichtst bij is"	O Ja O Neen
Het financiële aspect speelt mee in mijn keuze voor de zorgverlener (uitgestelde factuur op spoedgevallen versus direct betalen op de wachtpost)	O Ja O Nee
"ik kies voor de spoeddienst/wachtpost omdat ik daar de vorige keer goed geholpen ben"	O Ja O Neen
"Ik laat mij bij voorkeur door een specialist behandelen"	O Ja O Neen
Ik denk dat een huisarts me kan helpen met dit probleem	O Ja O Neen
Ik heb een vaste huisarts/huisartsenpraktijk	O Ja O Nee
Als ik mijn eigen huisarts kon bereiken, zou ik bij voorkeur daar heen gaan.	O Ja O Neen
Ik weet hoe ik de huisarts van wacht kan bereiken.	O Ja O Neen
Ik weet waar de huisartsenwachtpost gelegen is.	O Ja O Neen

STELLINGEN

Stel dat de huisartsenwachtpost naast de spoedgevallendienst zou liggen.

O Een goed idee: ik zou dan eerder een huisarts raadplegen
O Zou mijn keuze niet beïnvloeden: ik ga toch naar de wachtpost
O Zou mijn keuze niet beïnvloeden: ik ga toch naar spoedgevallen

1733 is een centraal werkend gratis telefoonnummer dat u ‘s avonds of in het weekend kan bellen. Wie ziek is, kan via dit telefoonnummer te weten komen of een bezoek aan de spoeddienst dan wel de huisarts aangewezen is.

Zou u van deze dienst gebruik maken? O Ja
O Neen

Zou u het advies dat u via deze weg krijgt volgen ? O Ja
O Neen

Indien er een bijkomende kost zou worden aangerekend, als blijkt dat uw bezoek aan spoedgevallen onterecht wordt beschouwd, zou u dan eerder naar de huisartsenwachtpost gaan?

O Ja
O Zou mijn keuze niet beïnvloeden

Als ik ‘s nachts een medisch probleem heb, geef ik de voorkeur aan

O Spoedgevallen
O Huisarts van wacht
O Maakt geen verschil met overdag

CASUSSEN

Het is zondagochtend. U bent gaan zwemmen en plots hebt u het gevoel dat uw linker oor dicht zit. U denkt dat u een oorstop heeft. Wat doet u?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zondagochtend. U stoot uw kop hete koffie om en u verbrandt hierbij uw onderarm. U ziet dat de helft van uw onderarm rood is, met in het midden van de roodheid een kleine blaar. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is vrijdagnacht. U bent de avond hiervoor uit eten geweest. U wordt om 03u00 wakker met hevige buikkrampen, u voelt zich misselijk en moet overgeven. Een half uur later heeft u ook diarree. U voelt zich ellendig. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zaterdagnamiddag. U bent aan het wandelen en plots krijgt u een hevige stekende pijn op de borst die doortrekt naar uw linkerarm. Na even rusten is dit nog niet voorbij gegaan en u bent ook misselijk geworden. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zondagnacht. Uw dochter van 4 maanden heeft sinds woensdag koorts tot 39°C. Ze heeft een verstopte neus en moet veel hoesten, waardoor u ook al 3 nachten niet goed slaapt. Ze is wel vrolijk, drinkt haar flesjes redelijk goed leeg. Deze nacht is de al de hele nacht aan het hoesten en huilen. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zaterdagmiddag. Tijdens het werken in de tuin krijgt u de steel van een schop tegen uw voorhoofd. Het is pijnlijk en bij het voelen merkt u bloed op uw hand. U ziet in de spiegel dat er een snede zit op het voorhoofd van ongeveer 4 centimeter. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Bijlage 2: protocol en goedkeuring K.U. Leuven

1. Protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

*Alhoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag. Bekijk de website voor voorbeelden en tekstsuggesties bij de verschillende onderdelen. Elke **herindiening of amendement** moet in **'track changes'** of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn.*

*This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application. See the website for examples and text suggestion for the various sections. **Every resubmission or amendment** should be done in **'track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes.*

Protocol - full title	Help, huisarts of spoedarts? Dringende medische hulp buiten de reguliere openingstijden van de huisartsenpraktijk: hoe kiest de patiënt zijn zorgverlener?
Version 1: Date submission	Date:9/03/2018
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name:Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers
	Telephone:
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:Dr. Chris Vandermullen
	Telephone:
	E-mail: chrisvandermullen@gmail.com
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Jolien Maes
	Student number: r0262422
	Telephone:

	E-mail: jolien.maes1@student.kuleuven.be
	Name: Pieter Joordens
	Student number: r0449458
	Telephone:
	E-mail: pieter.joordens@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project.

Achtergrond – Medische hulp buiten de kantooruren om wordt in België verstrekt door 2 diensten: de huisartsenwachtposten en de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen. Beiden zijn voor de patiënt direct toegankelijk, zonder de noodzaak van verwijzing zoals in de ons omringende landen wel zo is. Hierdoor is de keuze aan de patiënt om de juiste zorgverlener te kiezen voor zijn medisch probleem. Het aantal Belgen dat rechtstreeks naar de spoedgevallen gaat neemt jaar na jaar toe (KCE) ondanks de 70 huisartsenwachtposten die de laatste jaren werden opgericht.

Het is nog weinig gekend welke factoren bepalen of een patiënt de huisartsenwachtpost of de spoedgevallendienst consulteert voor medische hulpverlening buiten de reguliere werkuren van de huisarts. Wanneer hiervoor factoren geïdentificeerd zijn, kunnen deze als aangrijpingspunten gebruikt worden om de Vlaamse bevolking te sensibiliseren.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study.

Onderzoeksvraag – Welke factoren bepalen welke medische hulp een Vlaamse patiënt kiest buiten de reguliere openingstijden van de huisartsenpraktijk om?

4. RESEARCH METHOD

Present the methodologies and explain potential ethical implications of the planned methodologies.

Methode – Voorstudie en literatuuronderzoek: er wordt gezocht naar beschikbare literatuur met als zoektermen ‘out-of-hours service’, ‘ emergency department’, ‘huisartsenwachtpost’, ‘ wachtpost’, ‘wachtdienst’, ‘spoedgevallendienst’, ‘spoedgevallen’, ‘spoed’, ‘general practitioners cooperative’. Daarnaast worden

persberichten in Belgische vaktijdschriften alsook in de media meegenomen in het literatuuronderzoek.

Het onderzoek zal een cross-sectioneel observationeel cohortonderzoek zijn, waarbij bezoekers van de spoedgevallendienst van het Mariaziekenhuis te Overpelt en de Noord Limburgse huisartsenwachtpost bevraagd zullen worden via een enquête. Enkel patiënten die medische hulp zoeken tijdens de openingstijden van de huisartsenwachtpost zullen bevraagd worden, zowel voor patiënten die op de spoedgevallen komen als op de huisartsenwachtpost. De vragenlijst zal afgenomen worden tussen augustus 2018 en december 2018. De enquête zal een korte uitleg over het onderzoek bevatten met een informed consent tot deelname. Daarnaast bevat het enkele vragen met algemene informatie over de patiënt, klacht-specifieke vragen en vragen/stellingen over omgevingsfactoren die in de keuze meespelen, en tot slot enkele casussen.

Via een kwantitatief onderzoek in huisartsenwachtposten (HWP) en spoedgevallendiensten verspreid over Vlaanderen worden data verzameld.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate into the study. Informed consent to participate must be stated as an inclusion criterion. The study will require prior informed consent of the participants, or their legal representatives, to participate in the study. For all clinical studies, the investigators and participating sites shall obtain a signed informed consent form from all participants prior to their enrollment and participation in the study in compliance with all applicable laws, regulations and the approval of the OBC/Ethics Committee. The Investigators and participating sites shall retain such informed consent forms in accordance with the requirement of all applicable regulatory agencies and laws. The informed consent form must be integrated in this template.

De vragenlijst zal op papier alsook digitaal ter beschikking gesteld worden in de desbetreffende centra, en zal vrij ter beschikking staan alsook door de onderzoekers aangeboden worden.

Inclusiecriteria voor de studie zijn bezoekers van de huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst tussen vrijdagavond 19u00 en maandagochtend 08u00 en op feestdagen vanaf de dag voordien 19u00 tot de dag nadien 08u00. Exclusiecriteria zijn patiënten die de spoedgevallendienst op andere tijdstippen bezoeken. Patiënten die verwezen zijn naar de spoedgevallendienst worden geëxcludeerd. Onvolledig ingevulde enquêtes worden niet meegenomen in de analyse. Patiënten die met een ambulance- of MUG-interventie worden binnengebracht krijgen geen vragenlijst aangeboden. Patiënten die bij triage in het ziekenhuis code rood krijgen, krijgen geen vragenlijst aangeboden.

5.2 Expected duration

Specify the expected duration and define the end of the study for the study participant.

4 tot 5 maanden

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants and how and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent.

De enquête zal een korte uitleg over het onderzoek bevatten met een informed consent tot deelname. Daarnaast bevat het enkele vragen met algemene informatie over de patiënt, klacht-specifieke vragen en vragen/stellingen over omgevingsfactoren die in de keuze meespelen, en tot slot enkele casussen.
De vragenlijst zal op papier alsook digitaal ter beschikking gesteld worden in de desbetreffende centra, en zal vrij ter beschikking staan alsook door de onderzoekers aangeboden worden.
Inclusiecriteria voor de studie zijn bezoekers van de huisartsenwachtpost en spoedgevallendienst tussen vrijdagavond 19u00 en maandagochtend 08u00 en op feestdagen vanaf de dag voordien 19u00 tot de dag nadien 08u00.

6. ANALYSIS

Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases. Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size. Describe also methods for data analysis.

De resultaten worden geanalyseerd via een multivariate regressieanalyse met SAS 9.4.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. coding or anonymization), how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

De data zal verzameld en gecodeerd verwerkt worden aan de hand van een papieren vragenlijst (en mogelijks via dezelfde online vragenlijst). Er is een informed consent formulier aan toegevoegd. De data zal anoniem verzameld worden (er worden geen traceerbare persoonskenmerken bevraagd) en zal uitsluitend voor deze studie gebruikt worden.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information").

In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promoter who will be responsible for follow up. In the information letter to the participants the name of the Principal Investigator has also been integrated.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the unit(s) or department(s) where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study.

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references mentioned above

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

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

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

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

Renders R., Ryckebosch PH, Brouns J., Goris J. et al. Eindrapport huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout 2003- 2006. Antwerpen, 2006

Philips H., Renders R., Remmen R., Van Royen P. et al. Huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout. Hoe tevreden zijn de huisartsen? Huisarts Nu 2004; 33: 592-7

Remmen R., Renders R., Teblick M., Demerre W. et al. Huisartsenwachtpost in Vlaanderen. Wat zijn de randvoorwaarden? Huisarts Nu oktober 2007; 36-8

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Enquête: huisartsenwachtpost of spoedgevallen?

INLEIDING
Deze enquête maakt deel uit van een onderzoek van de K.U. Leuven en wordt gevoerd onder supervisie van prof. dr. B. Schoenmakers, huisarts en dr. C. Vandermullen, huisarts. Dit onderzoek maakt deel uit van de master-na-master in de huisartsgeneeskunde.

In België kan u als patiënt zelf beslissen tot welke dienst u zich richt in geval van een dringende medische hulpvraag buiten de reguliere werkuren van de huisarts. U heeft dan de keuze tussen een huisartsenwachtpost en een spoedgevallendienst. Het is belangrijk om te weten hoe u als patiënt beslist welke medische hulpverlening u kiest buiten de reguliere openingstijden van de huisartsenpraktijk om.

Met behulp van deze vragenlijst proberen we te begrijpen welke factoren voor u als patiënt de keuze beïnvloeden om naar de dienst spoedgevallen of naar de huisartsenwachtpost te gaan. Daarnaast leggen we u ook enkele stellingen en fictieve situaties voor, met als doel een beeld te hebben over hoe u in deze situaties zou reageren.

Wij bedanken u alvast voor uw medewerking!

Indien u vragen heeft kunt u ons mailen via vragenlijstwachtdienst@gmail.com.

Pieter Joordens en Jolien Maes, huisartsen in opleiding

Prof. Dr. B. Schoenmakers, huisarts, promotor verbonden aan de KU Leuven - birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

Please add here the informed consent form (if applicable)

INFORMED CONSENT TOT DEELNAME

1. Ik bevestig dat ik de informatie over deze studie heb gelezen en begrepen.

2. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

3. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd conform de Wet Verwerking Persoonsgegevens (8 december 1992).

4. Deze studie werd goedgekeurd door de begeleidingscommissie huisartsgeneeskunde van de K.U. Leuven.

5. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de ondervraagde te ondertekenen en persoonlijk te dateren:

Datum: ……

Handtekening: ……

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

ALGEMENE INFORMATIE PATIËNT

Leeftijd: …… jaar

Geslacht:

- Man
- Vrouw

Gemeente: ……

Welk beroep oefent u uit? (de invuller van de enquête)

- Arbeider
- Bediende lager kader
- Bediende hoger kader
- Vrij beroep
- Langdurig arbeidsongeschikt (invaliditeit, …)
- Werkzoekend
- Gepensioneerd

Medische voorgeschiedenis

- Gezond
- Hart- en vaatziekten
- Longproblemen
- Kanker
- Suikerziekte
- Andere : ……..

INFORMATIE OVER UW BEZOEK

U bezocht Spoedgevallen / Huisartsenwachtpost

Dag

- Vrijdag
- Zaterdag
- Zondag
- Feestdag
- Weekdag

Tijdstip van uw bezoek: ……u……

Heeft u getwijfeld om met dit probleem naar de huisartsenwachtpost / rechtstreeks naar spoedgevallen te gaan?

- Ja
- Neen

Ik heb voor deze klacht mijn huisarts al geraadpleegd in de voorbije week.

- Ja
- Neen

Ik kom hulp zoeken voor

- Mezelf
- Mijn/andermans kind
- Ouder familielid / kennis
- Andere: ……..

De belangrijkste reden waarom ik hier ben is (slechts 1 optie aanduiden):

- **Hoofdpijn**
- **Nek-** of **rug**pijn
- Probleem thv de **ledematen** (armen, benen, handen, voeten)
- **Bewustzijn**sprobleem (flauwvallen, epilepsie, …)
- **Wonde**
- **Huidprobleem**
- **Maagdarm**probleem (overgeven, diarree, buikpijn, …)
- Problemen met **urinewegen** (blaasontsteking, bloed plassen, niet kunnen plassen…)
- **Gynaecologisch** probleem / probleem met **zwangerschap**
- **Luchtweg**klachten (hoesten, kortademigheid, bronchitis, …)
- Pijn op de borst
- **Algemeen** probleem: **koorts**, algemeen onwelzijn)
- **Psychisch** probleem (depressie, zelfmoordgedachten, …)
- Probleem met de **ogen** (slecht zien, iets in de ogen gekregen)
- **Neus-, keel-, oor** probleem (bloedneus, oorpijn, verkoudheid…)
- andere: ……..

Verdere informatie over uw probleem:

- Arbeidsongeval
- Privé-ongeval
- Ziekte

Ontstaan van de klachten (meerdere antwoorden mogelijk):

- Plots of recente wijziging, ik heb onmiddellijk hulp gezocht
- Klacht is minder dan 1 dag bezig
- Probleem is al langer dan 1 dag bezig
- Klacht is onverwacht opgetreden
- Klacht is voor de eerste keer opgekomen
- Ik heb nu nood aan medische beoordeling

Hoe ernstig schat u het probleem in op een schaal van 1 tot 10?

Niet ernstig Levensbedreigend

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welke factoren spelen een rol bij uw beslissing voor spoedgevallen / wachtpost?

Ik kies voor de hulpdienst die het dichtst bij is
- Ja
- Neen

Ik kies voor deze hulpdienst omdat ik daar de vorige keer goed geholpen ben
- Ja
- Neen

Ik denk dat een huisarts me kan helpen met dit probleem.
- Ja
- Neen

Ik laat mij bij voorkeur door een huisarts behandelen
- Ja
- Neen

Ik weet hoe ik de huisarts van wacht kan bereiken.
- Ja
- Neen

Ik weet waar de huisartsenwachtpost gelegen is.
- Ja
- Neen

's Nachts kies ik eerder voor:
- Spoedgevallen
- Huisartsenwachtpost

STELLINGEN

Stel dat de huisartsenwachtpost naast de spoedgevallendienst zou liggen.
- Een goed idee: ik zou dan eerder een huisarts raadplegen
- Zou mijn keuze niet beïnvloeden: ik ga toch naar spoed

1733 is een centraal werkend gratis telefoonnummer dat u 's avonds of in het weekend kan bellen. Wie ziek is, kan via dit telefoonnummer te weten komen of een bezoek aan de spoeddienst dan wel de huisarts aangewezen is.

Zou u van deze dienst gebruik maken?
- Ja
- Neen

Zou u het advies dat u via deze weg krijgt volgen?
- Ja
- Neen

Als u een bijkomende kost zou worden aangerekend, bij een onterecht/onverwezen bezoek aan spoedgevallen, zou u dan naar de huisartsenwachtpost gaan?
- Ja
- Dit zou mijn keuze niet beïnvloeden

CASUSSEN

Het is zaterdag namiddag. Uw buurjongen van 8 jaar verzwikt zijn enkel. Hij heeft veel pijn en komt mankend naar u toe. Zijn ouders zijn niet thuis. U bekijkt de enkel en ziet dat deze gezwollen is. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zondagochtend. U stoot uw kop hete koffie om en u verbrandt hierbij uw onderarm. U beslist direct te koelen onder lauw water. Na 15 minuten stopt u hiermee en ziet u dat de helft van uw onderarm rood ziet, met in het midden van de roodheid een kleine blaar. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is vrijdagnacht. U bent de avond hiervoor uit eten geweest. U wordt om 03u00 wakker met hevige buikkrampen, u voelt zich misselijk en moet overgeven. Een half uur later heeft u ook diarree. U voelt zich ellendig. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zaterdagnamiddag. Bij het schillen van de aardappelen snijdt u in uw wijsvinger. Er is een snee van 2 centimeter, de wonde staat open en blijft bloeden. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zondagnacht. Uw dochter van 4 maanden heeft sinds woensdag koorts tot 39°C. Ze heeft een verstopte neus en moet veel hoesten, waardoor u ook al 3 nachten niet goed slaapt. Ze is wel vrolijk, drinkt haar flesjes redelijk goed leeg. Deze nacht is de al de hele nacht aan het hoesten en huilen. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Het is zaterdagmiddag. Tijdens het werken in de tuin krijgt u de steel van een schop tegen uw voorhoofd. Het is pijnlijk en bij het voelen merkt u bloed op uw hand. U ziet in de spiegel dat er een snede zit op het voorhoofd van ongeveer 4 centimeter. Wat zou u doen?

O Huisartsenwachtpost O Spoedgevallen O Ik zoek niet direct medische hulp

Other (if applicable)

2. Goedkeuring

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP004771
Uw kenmerk: Masterproef studie: Help, huisarts of spoedarts? Onderzoek naar het gebruik van medische hulpmiddelen buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk
Leuven, 04-04-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Jolien Maes, Pieter Joordens

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 04-04-2018

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 29-03-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Bijlage 3: goedkeuring Ethische commissie Mariaziekenhuis

Revalidatie & MS Centrum
Mariaziekenhuis

Mariaziekenhuis vzw
Campus Mariaziekenhuis
Maesensveld 1
B-3900 Overpelt
www.mariaziekenhuis.be

Campus Revalidatie & MS Centrum
Boemerangstraat 2
B-3900 Overpelt
www.msreva.be

Lokale commissie voor medische ethiek

Aan:
Ethisch Comité
Universitair Ziekenhuis Leuven
ec@uzleuven.be

Overpelt, 30 november 2018

Betreft adviesaanvraag voor de masterproef:
"Help, huisarts of spoedarts? Onderzoek naar het gebruik van medische hulpmiddelen buiten de openingstijden van de huisartsenpraktijk."
Uw kenmerk: MP004771

Lokale onderzoeker: Dr. Ricardo Leto, spoedarts Mariaziekenhuis.

Geachte heer/mevrouw,

*Naar aanleiding van uw aanvraag tot uitvoering van vermelde studie/onderzoek geeft de lokale Commissie voor Medische Ethiek een **gunstig advies**.*

De commissie wenst te benadrukken dat:

- *De onderzoeker en zijn medewerkers voldoende bekwaamheid bezitten om deel te nemen aan deze studie.*
- *Het ziekenhuis en de bijbehorende diensten over voldoende faciliteiten beschikken om deel te nemen.*
- *De informed consent procedure in orde is, rekening houdend met onderstaande opmerkingen.*

De commissie heeft geen bijkomende opmerkingen gegeven.

Dit gunstig advies houdt niet in dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Met oprechte hoogachting.
i.o.v.

Mevrouw Sanne Strijbos
Secretariaat

I.o.v. Dr. F. Ulens
Voorzitter

Bijlage 4: goedkeuring voorzitter huisartsenwachtpost Noord-Limburg

Help, huisarts of spoedarts?

Dringende medische hulp buiten de reguliere openingstijden van de huisartsenpraktijk: hoe kiest de patiënt zijn zorgverlener?

Deze enquête maakt deel uit van een onderzoek van de K.U. Leuven, uitgevoerd in kader van master-na-master huisartsgeneeskunde.

In België kan de patiënt zelf beslissen tot welke dienst hij/zij zich richt in geval van een medische hulpvraag buiten de reguliere werkuren van de huisarts.

Met behulp van deze vragenlijst proberen we te begrijpen hoe de patiënt de keuze maakt om naar de dienst spoedgevallen of naar de huisartsenwachtpost te gaan. Nadien kan de patiënt dan ook gecontacteerd worden om te bevragen hoe dit alles is verlopen.

Wij bedanken u alvast voor uw medewerking!

INFORMED CONSENT TOT DEELNAME – Noord-Limburgse huisartsenwachtpost

1. Ik bevestig dat ik de informatie over deze studie heb gelezen en begrepen.

2. Ik begrijp dat de deelname geheel vrijwillig is en dat de wachtpost zich op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

3. Ik begrijp dat persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal de persoonlijke levenssfeer van de patiënt worden gerespecteerd conform de Wet Verwerking Persoonsgegevens (8 december 1992).

4. Deze studie werd goedgekeurd door de begeleidingscommissie huisartsgeneeskunde van de K.U. Leuven.

5. Ik verklaar hierbij dat de Noord-Limburgse huisartsenwachtpost instemt met deelname aan dit onderzoek.

Door de verantwoordelijke te ondertekenen en persoonlijk te dateren:

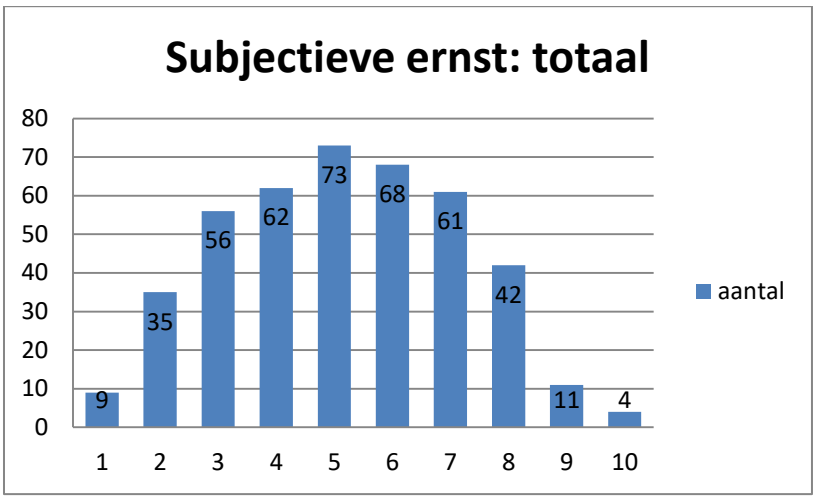
Datum: 14-12-2018

Naam : Dr R De Graaf penningmeester NLWAK vzw

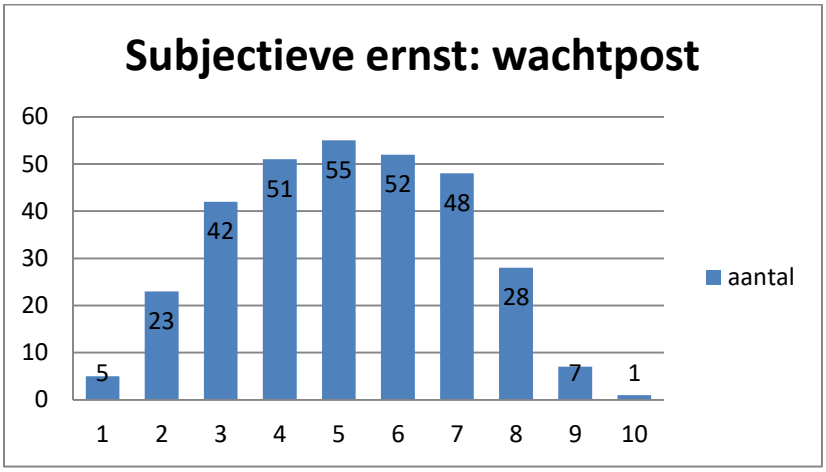
Handtekening: .....

Bijlage 5: Gaussiaanse curve van subjectieve ernst

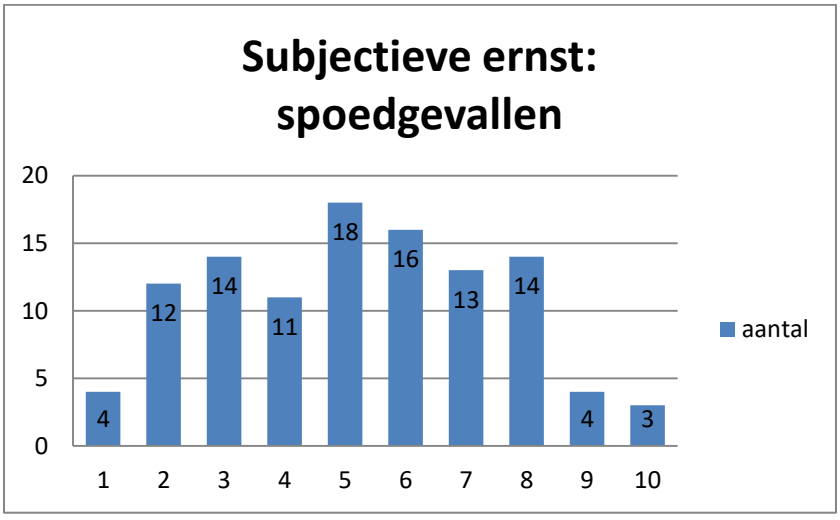
- Curve subjectieve ernst van de aandoening: totaal



- Curve subjectieve ernst van de aandoening: wachtpost



- Curve subjectieve ernst van de aandoening: spoedgevallen



Bijlage 6: aanmeldingen spoedgevallendienst Mariaziekenhuis

Transfer Aantal Opnames VPE		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1502	A	14.205	14.590	14.461	14.332	15.006	15.275	15.915	15.844	16.330
	V	6.345	6.599	6.515	6.750	7.202	7.603	7.594	7.857	7.659
Totaal		**20.550**	**21.189**	**20.976**	**21.082**	**22.208**	**22.878**	**23.509**	**23.701**	**23.989**

Bijlage 7: aanmeldingen wachtpost Noord-Limburg

jaar	consulten	huisbezoeken	totaal
2018	12309	2074	14383
2017	12077	1955	14032
2016	12698	2177	14875
2015	10538	1996	12534
2014	7798	1350	9148
2013	4020	717	4737
let op! De wachtpost werd geopend in augustus 2013, dus zijn in 2013 er maar cijfers van aug tot dec.			