Urgentiegraden van patiëntencontacten in de huisartsenwachtpost voor en na de invoering van telefonische triage (1733) in Tienen.

Dr. Laura Peeters, UA

Promotor: Prof. dr. Hilde Philips, UA

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.

ABSTRACT

Context: Gezien het veranderende zorglandschap, is er een groeiende nood om de eerstelijnszorg buiten de kantooruren efficiënter, duurzamer en betaalbaarder te maken. De overheid besliste daarom om een centraal oproepnummer 1733 voor niet-dringende medische hulp buiten de kantooruren in te voeren. In België bestond tot voor kort nog geen telefonische triage voor zorg buiten de kantooruren in de eerste lijn, en de patiënt had de vrije keuze tussen de huisartsenwachtpost of de spoedgevallendienst. In oktober 2017 ging in de regio Tienen een proefproject rond deze telefonische triage van start, met als doel ervoor te zorgen dat patiënten met hun klachten bij de meest aangewezen instantie terecht komen.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek tracht na te gaan of het aantal contacten met een bepaalde urgentiegraad in de huisartsenwachtpost na het invoeren van de telefonische triage verandert.

Methode: De data geïncludeerd in deze studie komen uit de huisartsenwachtpost Zuid-Oost Hageland in de regio Tienen en werden verkregen vanuit de iCAREdata database. Het gaat om een voor-na meting, met als eerste meting de periode van 1 juli 2017 tot 30 september 2017, en als tweede de periode van 1 juli 2018 tot 30 september 2018. Een huisarts kende aan alle contacten een urgentiegraad toe, van U1 (levensbedreigend) tot U5 (niet urgent). Van alle contacten werd het type geregistreerd (huisbezoek, raadpleging of telefonisch advies) en het uur van contact.

Resultaten: Er werden 2889 patiëntencontacten geregistreerd, waarvan 1455 in de eerste periode en 1434 in de tweede periode. De studie vond geen significante toename van het totaal aantal contacten. Het aantal contacten met urgentiegraad 5 (niet urgent) nam significant af, en het aantal contacten met urgentiegraad 4 (routine wachtgebruik) nam significant toe. Het aantal niet-urgente huisbezoeken (U5) nam significant af, en het percentage routine huisbezoeken (U4) kende een significante stijging. Deze verschuiving vond voornamelijk overdag plaats. Er waren geen significante veranderingen in de hogere urgentiegraden.

Conclusie: Deze studie toont aan dat het totaal aantal contacten nagenoeg onveranderd is gebleven na de invoering van 1733, dat er een verschuiving plaatsvindt van niet urgente contacten (U5) naar routine contacten (U4), dat het aantal niet urgente huisbezoeken significant daalt, en dat het grootste deel van deze veranderingen te zien is in de contacten die overdag plaatsvinden. We kunnen niet met zekerheid concluderen of er een causaal verband is tussen deze veranderingen en het invoeren van 1733, en of er een winst is aan effectiviteit van het wachtpostgebruik.

DANKWOORD

Mijn dank gaat uit naar mijn promotor, prof. dr. Hilde Philips, voor de begeleiding, het advies en de feedback bij het uitwerken van deze thesis. Ook wil ik Stephaan Bartholomeeusen bedanken, voor het verkrijgen van de data, en Diego Gouwy, voor de fantastische hulp en het antwoorden op mijn eindeloze stroom vragen over 1733.

Ik bedank ook graag mijn opleiders en collega-artsen, mijn stagecoördinator, mijn seminariegroep, voor hun begrip en de mentale steun tijdens de soms zeer stressvolle periodes die het schrijven van een thesis met zich meebrengt.

En bedankt aan mijn familie, voor alles, en in het bijzonder mijn zus, voor het nalezen van de tekst.

Heel erg bedankt!

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 3

DANKWOORD 4

INHOUDSTAFEL 5

INLEIDING 6

DOELSTELLING 9

METHODE 10

RESULTATEN 11

1. Totaal aantal contacten voor en na de invoering van 1733 11

2. Urgentiegraden voor en na de invoering van 1733 11

3. Urgentiegraden in functie van contacttype 12

4. Urgentiegraden in functie van uur van contact 13

5. Oproepen op het telefoonnummer 1733 14

DISCUSSIE 15

CONCLUSIE 19

REFERENTIES 20

BIJLAGEN 22

Bijlage 1: Protocol 22

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité 24

INLEIDING

Achtergrond

Sinds de eeuwwisseling heeft de eerstelijnszorg buiten de kantooruren in België grote veranderingen doorgemaakt. Hiervoor werken de meeste huisartsen met een wachtsysteem waarbij men met een groep huisartsen afwisselend zorg verleent voor elkaars patiënten buiten de kantooruren. In 2003 werd de eerste huisartsenwachtpost opgericht, als hulpmiddel bij het omgaan met de steeds toenemende werkbelasting van de wachtdiensten en om de werkomstandigheden van huisartsen te verbeteren (1). Sindsdien is het aantal wachtposten gestegen naar 73 in heel België in 2018 (2). Desondanks blijft het Belgische zorgsysteem worstelen met de efficiënte organisatie van huisartsenwachtdiensten. Een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) toont een steeds stijgend aantal contacten op de spoeddiensten, in 2012 tot 290 contacten per 1000 inwoners, met uiteraard een impact op de uitgaven van de ziekteverzekering. Tussen 2008 en 2013 namen de kosten van de spoedhonoraria jaarlijks met 5% toe (3). Uit de cijfers blijkt ook dat het invoeren van de huisartsenwachtposten geen invloed heeft gehad op het gebruik van de spoeddiensten (4).

Gezien het veranderende zorglandschap, is er een groeiende nood om de eerstelijnszorg efficiënter, duurzamer en betaalbaarder te maken. Er ligt een hoge druk op de eerstelijnsgeneeskunde in België, met een verouderende populatie en met een groeiende vraag naar medische zorg ook buiten de kantooruren. Een telefonische triage (aan de hand van het telefoonnummer 1733) is één van de middelen die werd aangedragen door het KCE met als doel de beschikbare middelen optimaal te benutten en ervoor te zorgen dat patiënten met hun klachten bij de meest aangewezen instantie terecht komen. In 2008 werd in enkele test regio's reeds een pilootproject in eerste fase gestart met het nummer 1733, waarbij de beller automatisch doorverbonden werd met de huisarts van wacht. In de tweede fase wordt een 1733-oproep behandeld in de 112 noodcentrale door een opgeleide operator aan de hand van gestandaardiseerde protocollen (3).

Andere landen

Enkele andere Europese landen maken reeds gebruik van telefonische triage voor eerstelijnszorg buiten de kantooruren. Bijvoorbeeld, in Nederland werd telefonische triage ontwikkeld van 2005 tem 2011 en nationaal ingevoerd vanaf 2011 (5,6). De triage in Nederland gebeurt door opgeleide verpleegkundigen, aan de hand van een computer-gebaseerd triage systeem, NTS (Nederlandse Triage Standaard), onder supervisie van een huisarts. De meeste huisartsenwachtposten in

Nederland zijn verbonden aan een spoeddienst, en werken nauw samen rond behandelprotocollen (7).

Ook in het Verenigd Koninkrijk bestaat er sinds februari 2014 een telefonische triage (via het NHS 111 project) door niet-medisch personeel. Dit personeel wordt ondersteund door verpleegkundigen en huisartsen, en maakt gebruik van een computer-gebaseerd triage systeem. Hoewel patiënten over het algemeen tevreden zijn met het systeem, is de kosten-effectiviteit ervan nog niet geëvalueerd en in de pilootfase werd er juist een lichte toename van het ambulancegebruik vastgesteld, in tegenstelling tot wat verwacht werd (8,9).

In Denemarken wordt er ook gedaan aan telefonische triage, al sinds 1992, maar dit door een huisarts in de plaats van een specifiek opgeleide operator (10). Hier wordt geen gebruik gemaakt van een standaard triage systeem, maar elke huisartsenwachtpost kiest zijn eigen manier van triage. Een recente studie toont aan dat 59% van de contacten telefonisch afgehandeld konden worden, en dat van de fysieke contacten slechts 12% als onnodig beschouwd werd door de dienstdoende huisarts (11).

België

In België bestond tot voor kort nog geen telefonische triage voor zorg buiten de kantooruren in de eerste lijn, en de patiënt had de vrije keuze tussen de huisartsenwachtpost of de spoedgevallen-dienst. De overheid besliste daarom om een centraal oproepnummer 1733 voor niet-dringende medische hulp buiten de kantooruren in te voeren.

In oktober 2017 ging in de regio Tienen een proefproject rond deze telefonische triage van start. Dit werd meteen in tweede fase gestart, waarbij de oproepen behandeld werden door een operator die zich in de noodcentrale van 112 bevindt. Indien dit project succesvol blijkt, zouden 1733 en 112 in de toekomst volledig geïntegreerd worden en worden uitgerold over heel België, aanvankelijk buiten de kantooruren, eventueel later nog uit te breiden naar continu.

Wanneer patiënten contact opnemen met het nummer 1733 worden zij eerst verbonden met een robot, waarbij zij hun taal en hun postcode dienen in te geven. Hierna worden zij doorverwezen naar een telefoonoperator die opgeleid is in medische triage. Deze stelt vragen aan de hand van federale protocollen om in te schatten hoe ernstig de situatie is en hoe mobiel de patiënt is. De operator trieert in zes interventieniveaus: inschakelen van de mobiele urgentiegroep (MUG), van het paramedisch interventieteam (PIT), van de ambulance, van een dringend huisartsenbezoek (binnen 1

uur), van een gepland huisartsenconsult op de wachtpost (binnen de 12 uur) of het voorstellen van uitgestelde zorgen (buiten de wachtdienst tenzij verergering). Hierna stuurt de operator een geëncrypteerd bericht naar de wachtpost, indien van toepassing.

Tijdens het dry-run onderzoek van 1733 dat plaatsvond in 2016 is gebleken dat 52,5% van de patiënten die zich op de dienst spoedgevallen aangemeld hebben, volgens de operator gezien zou kunnen worden door de huisarts (12). Dit dry-run onderzoek bestudeerde de triage van patiënten die zich aanboden op de spoed en de huisartsenwachtpost in de regio Tienen, aan de hand van de 1733 protocollen, zonder dat deze triage reeds effect had op de outcome van contacten. Slechts 9.2% van de contacten in de huisartsenwachtpost zouden naar de spoeddienst verwezen worden, en 20% van deze contacten zou naar de eigen huisarts buiten de kantooruren verwezen worden. De operatoren van 112 zouden 6,3% van hun oproepen naar een huisarts doorverwijzen. Er is dus zeker ruimte om de efficiëntie van de ongeplande zorg te verbeteren.

In de regio Tienen is sinds de invoering van het nummer 1733 de huisartsenwachtpost Zuid-Oost Hageland niet meer vrij toegankelijk voor patiënten, en moeten deze eerst contact opnemen met de telefonische triage voordat ze binnen kunnen. De spoedgevallendiensten in de regio zijn nog wel vrij toegankelijk, waardoor patiënten na contact met 112 of 1733, ondanks een negatief advies, nog altijd kunnen beslissen om de spoeddienst te bezoeken.

DOELSTELLING

Dit onderzoek tracht na te gaan of het aantal contacten met een bepaalde urgentiegraad in de huisartsenwachtpost na het invoeren van de telefonische triage verandert. Door middel van telefonische triage, is ons doel een betere verdeling van contacten voor de huisartsenwachtpost.

- Totaal aantal contacten
    - We verwachten met triage te bereiken dat het totaal aantal contacten op de huisartsenwachtpost toeneemt, in kader van een verschuiving van minder dringende contacten van de spoed naar de wachtpost.
- Urgentie van de contacten
    - We streven in de huisartsenwachtpost naar een vermindering van het aantal hoog urgente contacten, dewelke zo snel mogelijk naar de dienst spoedgevallen doorverwezen dienen te worden.
    - We streven naar een vermindering van het aantal niet-urgente contacten dat kan wachten tot tijdens de kantooruren. We beogen voor deze groep patiënten een uitstel van zorg tot bij de eigen huisarts, om de onnodige belasting van de wachtdienst te voorkomen.
    - We verwachten een toename van het aantal contacten die normaal gebruik maken van de wachtpost.
- Urgentie van de contacten in verhouding tot contacttype
    - We willen nagaan of het invoeren van telefonische triage een invloed heeft op het aantal huisbezoeken in de wachtpost en de urgentiegraad hiervan, hoewel dit niet als een uitkomstmaat werd opgenomen in de protocollen van 1733. Een vermindering van het aantal niet-urgente huisbezoeken zou zowel kosten als tijd besparend zijn.
- Urgentie van de contacten in verhouding tot uur van contact
    - We willen nagaan of er een invloed is op het aantal niet urgente nachtelijke raadplegingen, omdat ook deze een onnodige meerkost betekenen voor de gezondheidszorg en de werkomstandigheden van de wachtartsen bemoeilijken.

METHODE

Dit onderzoek kijkt naar de patiëntencontacten uit de huisartsenwachtpost Zuid-Oost Hageland. Er gebeurde een meting vóór de invoering van de telefonische triage en een meting hierna. De triage aan de hand van 1733 werd ingevoerd in oktober 2017. De voormeting vond plaats gedurende de periode van 1 juli 2017 tot 30 september 2017, en de nameting vond plaats gedurende de periode van 1 juli 2018 tot 30 september 2018.

De data die gebruikt werden in deze studie werden verworven uit de iCAREdata database (13), die data verzamelt van 12 huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Deze worden geëncrypteerd op het bron niveau. eHealth codeert als Trusted Third Party (TTP) en zendt de gecodeerde en geëncrypteerde data door naar de eHealth box van iCAREdata van waaruit de data ingelezen worden en de medische gegevens gedecrypteerd worden. Het iCAREdata project heeft de goedkeuring om met een opt-out systeem te werken. Er is een folder beschikbaar met informatie over iCAREdata in de deelnemende centra. Hierin wordt de mogelijkheid uitgelegd aan patiënten om te vragen dat hun gegevens niet worden opgenomen in de database.

De urgentie van een patiëntencontact werd geëvalueerd aan de hand van urgentiegraden, toegekend door de huisarts na elke consultatie. Er werd onderverdeeld in vijf graden van urgentie, met name:

- Levensbedreigend (U1): onmiddellijke hulp
- Spoed (U2): kan snel verslechteren
- Dringend (U3): binnen enkele uren
- Routine (U4): normaal wachtgebruik
- Niet Urgent (U5): kan wachten tot volgende werkdag

Verder werd voor elk contact opgevraagd om welk type contact het ging: raadpleging, huisbezoek of telefonisch advies, en op welk uur het plaatsvond. Een contact werd gedefinieerd als overdag indien het tussen 8u en 21u plaatsvond en als ’s nachts indien het tussen 21u en 8u plaatsvond. Deze uren werden gekozen aan de hand van de RIZIV tarieven, waarbij een contact tussen 21u en 8u aan nachttarief gerekend wordt, wat hogere kosten met zich meebrengt.

De statistische analyse van de data gebeurde met SPSS 25, aan de hand van frequentietabellen en chi-kwadraat toetsen.

RESULTATEN

1. *Totaal aantal contacten voor en na de invoering van 1733*

In totaal werden 2889 patiëntencontacten geregistreerd, waarvan 1455 van 1 juli tot 30 september 2017, en 1434 van 1 juli tot 30 september 2018. Van 59 cases (2%) werd de urgentiegraad niet geregistreerd, waarvan 28 in de eerste periode en 31 in de tweede periode. Deze missing data werden niet opgenomen in de verdere statistische uitwerking. Er is dus geen duidelijke toename van het aantal contacten in de wachtpost na het invoeren van de telefonische triage, eerder een zeer lichte daling (1%).

2. *Urgentiegraden voor en na de invoering van 1733*

In beide periodes werd aan meer dan drie kwart van de patiëntencontacten urgentiegraad 4 toegekend (77.5% van de contacten in de periode in 2017 en 80.8% van de contacten in de periode in 2018), dewelke wijst op routine wachtgebruik.

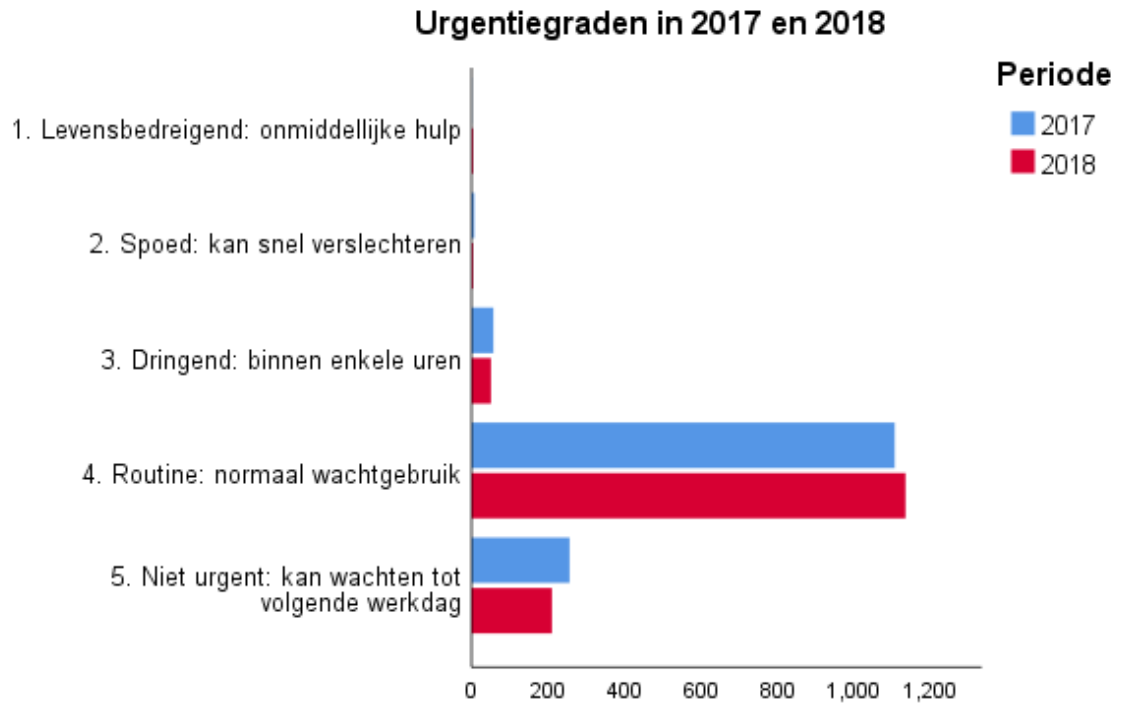
Het percentage van contacten met urgentiegraad 5 is in de tweede periode significant afgenomen in vergelijking met het jaar ervoor (p=0.033). Dit wil zeggen dat er na de invoering van 1733 significant minder niet urgente contacten waren op de huisartsenwachtpost. Het percentage van contacten met urgentiegraad 4 is in de tweede periode significant toegenomen in vergelijking met de eerste periode (p=0.033). Dit betekent dat er na de invoering van 1733 significant meer contacten waren waarbij de wachtarts oordeelde dat het ging om normaal wachtgebruik.

Urgentiegraden in 2017 en 2018

		Periode		
		2017	2018	Totaal
Urgentiegraad	1. Levensbedreigend: onmiddellijke hulp	1 (0.1%)	4 (0.3%)	5
	2. Spoed: kan snel verslechteren	7 (0.5%)	4 (0.3%)	11
	3. Dringend: binnen enkele uren	57 (4.0%)	51 (3.6%)	108
	4. Routine: normaal wachtgebruik	1106 (77.5%)	1134 (80.8%)	2240
	5. Niet urgent: kan wachten tot volgende werkdag	256 (17.9%)	210 (15.0%)	466
Totaal		1427	1403	2830

Tabel 1 Aantal contacten per toegekende urgentiegraad in juli t.e.m. september in 2017 en in 2018.

Het percentage dringende contacten met urgentiegraad 3 was niet significant veranderd ten opzichte van de eerste periode (p=0.625). Ook voor de contacten met urgentie graad 2 is er geen significant verschil tussen beide periodes te zien (p=0.548). Voor urgentiegraad 1, de levensbedreigende gevallen, is er eveneens geen significant verschil aantoonbaar tussen beide periodes, maar hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat de aantallen te klein zijn om relevante berekeningen op uit te voeren.



Figuur 1 Aantal contacten per toegekende urgentiegraad in juli t.e.m. september in 2017 en 2018.

3. Urgentiegraden in verhouding tot contacttype

Er werden drie types van raadpleging geregistreerd: een raadpleging op de huisartsenwachtpost, een huisbezoek en een telefonisch medisch advies. In de periode in 2017 werden er 1332 raadplegingen geregistreerd, 91 huisbezoeken en 4 telefonische adviezen. In de periode in 2018 ging het om 1324 raadplegingen, 69 huisbezoeken en 10 telefonische adviezen.

Voor de analyse van deze contacten werd gefocust op de huisbezoeken en raadplegingen. We zien een significante daling van niet urgente (urgentiegraad 5) huisbezoeken na het invoeren van 1733, zowel in absolute aantallen als procentueel gezien (p=0.027). We zien een toename van het percentage routine huisbezoeken (p=0.011). Het percentage dringende huisbezoeken in de tweede

periode is niet significant veranderd tegenover dat van de eerste periode (p=0.236). Voor de hogere urgentiegraden zijn de aantallen te klein om statistische berekeningen uit te voeren. Ook het absolute aantal huisbezoeken is gezakt van 91 naar 69, een daling van 24.1%.

Urgentiegraden in verhouding tot contacttype

		1.Levens-bedreigend	2. Spoed	3. Dringend	4. Routine	5. Niet Urgent	Totaal
huisbezoek	2017	0 (0.0%)	0 (0.0%)	14 (15.4%)	53 (58.2%)	24 (26.4%)	91
	2018	1 (1.4%)	0 (0.0%)	6 (8.7%)	54 (78.3%)	8 (11.6%)	69
raadpleging	2017	1 (0.1%)	7 (0.5%)	43 (3.2%)	1051 (78.9%)	230 (17.3%)	1332
	2018	3 (0.2%)	4 (0.3%)	43 (3.2%)	1074 (81.1%)	200 (15.1%)	1324

Tabel 2 Aantal contacten per toegekende urgentiegraad in verhouding tot het contacttype, in juli t.e.m. september 2017 en 2018.

Het totaal aantal raadplegingen op de huisartsenwachtpost daalt met 0.6%. Ook qua urgentiegraden van de raadplegingen zijn er geen significante veranderingen tegenover het jaar voorheen (p>0.05 voor alle urgentiegraden).

4. Urgentiegraden in verhouding tot het tijdstip van contact

Voor elk contact werd het uur van de aanmelding geregistreerd. Voor deze analyse werden de contacten gegroepeerd in dag (van 8u tot 21u) en nacht (van 21u tot 8u). In de periode van 2017 vonden 1225 contacten overdag plaats (85.8%), en 202 ’s nachts (14.2%). In de periode van 2018 werden er 1172 contacten geregistreerd overdag (83.5%), en 231 ’s nachts (16.5%).

Wat betreft de contacten overdag is het percentage niet urgente contacten significant gedaald ten opzichte van het jaar ervoor (p=0.023) en het percentage routine contacten significant gestegen (p=0.016). Tussen het percentage dringende contacten in beide periodes valt er geen significant verschil vast te stellen (p=0.480). Voor de twee hoogste urgentiegraden is het aantal contacten te klein om statistische berekeningen uit te voeren.

Urgentiegraden in verhouding tot tijdstip van contact

		1.Levens-bedreigend	2. Spoed	3. Dringend	4. Routine	5. Niet Urgent	Totaal
dag	2017	0 (0.0%)	5 (0.4%)	41 (3.3%)	959 (78.3%)	220 (18.0%)	1225
	2018	2 (0.2%)	3 (0.3%)	33 (2.8%)	964 (82.3%)	170 (14.5%)	1172
nacht	2017	1 (0.5%)	2 (1.0%)	16 (7.9%)	147 (72.8%)	36 (17.8%)	202
	2018	2 (0.9%)	1 (0.4%)	18 (7.8%)	170 (73.6%)	40 (17.3%)	231

Tabel 3 Aantal contacten per toegekende urgentiegraad in verhouding tot het tijdstip van contact, in juli t.e.m. september in 2017 en 2018.

Het percentage contacten 's nachts toont geen significante veranderingen tussen beide periodes voor alle urgentiegraden (p>0.05 voor alle urgentiegraden).

5. Oproepen op het telefoonnummer 1733

In de periode van 1 juli 2018 tot 30 september 2018, waren er 1789 oproepen naar het telefoonnummer 1733 in de regio Tienen, waarvan er 1690 fiches werden doorgegeven aan de huisartsenwachtpost. Dit aantal ligt hoger dan het aantal contacten dat bij iCAREdata in dezelfde periode geregistreerd werd, met name 1434 contacten tegenover 1690 doorgegeven fiches (84.8%).

DISCUSSIE

We kunnen concluderen dat de telefonische triage via het telefoonnummer 1733 in de regio Tienen niet gepaard gaat met een stijging van het aantal contacten op de huisartsenwachtpost. Dit is mogelijks te wijten aan het feit dat de triage enkel werd ingevoerd voor patiënten die naar de huisartsenwachtpost wensten te gaan, en dat spoedgevallendienst nog steeds vrij toegankelijk bleef. De huisartsenwachtpost zelf is sinds de invoering van 1733 "gesloten", waarbij men eerst naar 1733 moet bellen en getrieerd moet worden vooraleer men toegang krijgt. Dit wil zeggen dat patiënten op de spoed wel zomaar kunnen binnen wandelen, zelfs al heeft de operator van 1733 hen aangeraden om de eigen huisarts te consulteren binnen de kantooruren. Een betere verdeling van de patiëntencontacten zou bereikt kunnen worden indien de patiënten die zich aanbieden op de spoedgevallen ook door 1733 getrieerd werden. Tijdens de dry-run werd gezien dat tot 52,5% van de patiënten op de spoeddienst doorverwezen zou worden naar de huisarts (12). Dit zou leiden tot een grote stijging van het aantal contacten op de huisartsenwachtpost, dewelke bij dit onderzoek uitbleef.

Wel zien we een significante vermindering van het aantal niet urgente contacten (U5) en een significante stijging van het aantal routine contacten (U4). In dit opzicht bereikt de triage zijn beoogde doelstelling: meer correct gebruik van de huisartsenwachtpost en minder onnodige contacten. Het is uiteraard ook mogelijk dat we slechts een verschuiving zien van een aantal niet urgent beoordeelde contacten (U5) naar contacten beoordeeld als normaal wachtgebruik (U4). De huisartsen die deze beoordeling doen zijn niet geblindeerd voor de triage, en kijken mogelijks anders naar de urgentiegraad die ze toekennen zodra de triage werd ingevoerd. Een causaal verband kunnen we op dit vlak dus niet bevestigen. Opmerkelijk is wel dat deze verschuiving zich 's nachts niet voordoet.

Voor de hoogste twee urgentiegraden ligt het aantal contacten vaak te laag om hier relevante statische berekeningen op uit te voeren. Deze lage aantallen zijn gekend vanuit eerdere publicaties. In Denemarken, bedroeg het percentage "severe, needs to be admitted directly" (wat overeen lijkt te komen met een combinatie van U1 en U2 in onze studie) 3,5% van alle face-to-face contacten (11). Hierbij dient wel de kanttekening gemaakt te worden dat het Deense triage systeem anders in elkaar zit, en dat de artsen die de telefonische triage doen een hogere vergoeding krijgen als zij het contact telefonisch kunnen afronden, zonder een opvolgend face-to-face contact. Ook een eerder onderzoek naar de urgentiegraden in België toonde lage percentages voor de hoogste urgentiegraden, met name 0,2% voor U1 en 1,1% van de contacten voor U2 (14), en tijdens de dry-run werd ook al aangetoond dat de huisarts op de wachtpost slechts 8% van de patiënten zou doorverwijzen naar de

spoed, wat wijst op zeer lage aantallen van hoog-urgente contacten in de huisartsenwachtpost (12). Dit wijst erop dat de patiënt zelf vaak wel veilig trieert. De lage cijfers bij de hogere urgentiegraden konden we in dit onderzoek reproduceren.

We zien voornamelijk een significante daling van het percentage niet urgente huisbezoeken. Dit lijkt een goede evolutie, gezien dit onnodige kosten voor de maatschappij en de patiënt bespaart en een tijdswinst oplevert voor de wachtarts. Dit is op zich ook een doel geweest van het invoeren van de triage, hoewel de differentiatie tussen huisbezoek of raadpleging niet is verwerkt in de triage protocollen. Dit past het ook binnen een algemene tendens in de huisartsgeneeskunde, binnen en buiten de kantooruren, om het aantal onnodige huisbezoeken terug te dringen. We hebben geen gegevens over wat er gebeurt met de patiënten waarbij een huisbezoek niet toegekend werd, aangezien we niet beschikken over de uitkomstwaarden van de 1733 triage. Het zou mogelijk zijn dat het hier gaat om een verschuiving, waarbij deze patiënten aangemoedigd werden om naar de wachtpost te komen, en waarbij er bij andere patiënten met uitstel van zorg gewerkt werd, maar het zou ook kunnen dat deze patiënten op eigen initiatief naar de spoed zijn gegaan. We hebben niet genoeg cijfermateriaal om hierover uitspraken te doen.

We zien een toename van het percentage routine huisbezoeken, met zo goed als gelijk blijvende absolute aantallen. Dit valt grotendeels te verklaren door het terugdringen van het absolute aantal niet urgente huisbezoeken, en wijst op een meer correct gebruik van de wachtpost. De graad van urgentie voor raadplegingen op de wachtpost toont geen significante verschillen, in tegenstelling tot bij de huisbezoeken.

Het percentage contacten ’s nachts lijkt niet significant afgenomen over alle urgentiegraden heen. De verandering vindt vooral plaats overdag, waarbij het percentage niet urgente contacten afneemt en het percentage routine contacten toeneemt, de verschuiving die eerder werd vermeld.

Vanuit 1733 werden er 1789 fiches aangemaakt, waarvan er 1690 werden doorgegeven aan de wachtpost. Van de 99 fiches die niet werden doorgegeven aan de huisartsenwachtpost, is niet bekend waarover deze contacten gingen. Mogelijks gaat het hier om doorverwijzingen naar de spoeddiensten, of uitstel van zorg met een verwijzing naar de eigen huisarts tijdens de kantooruren. Evenwel zou het kunnen gaan om een vroegtijdig beëindigd gesprek, of een vraag naar informatie over een reeds toegewezen huisbezoek, of annulaties van huisbezoeken. Vanuit de 1690 fiches die werden doorgegeven aan de wachtpost, volgden slechts 1434 contacten. We weten niet of deze patiënten ervoor kozen om naar de spoedgevallendienst te gaan, hun eigen huisarts te contacteren tijdens de kantooruren, of geen zorgverlener te contacteren.

Beperkingen

De studie gebruikt enkel data van de huisartsenwachtpost, en beschikt niet over de gegevens van de spoedgevallendiensten in de regio, of de triage outcome van 1733 of de Hulpcentrale 112. Hierdoor beschikken we dus maar over één deel van het grote plaatje. Tevens volgen niet alle patiënten het advies dat gegeven werd door de 1733 operator. Aangezien we geen gegevens hebben van de spoedgevallen diensten of de triage outcomes om mee te vergelijken, kunnen we niet inschatten hoeveel patiënten er ondanks een negatief advies toch naar de spoeddienst zijn gegaan. Ook beschikt deze studie niet over een controlegroep, zoals data uit een andere wachtpost waar 1733 niet werd ingevoerd, om te vergelijken of de stabilisatie van het totaal aantal contacten en de verschuiving van niet urgente naar routine contacten hier ook voorkomt. Om een meer volledig beeld te hebben van de flow van patiënten, zouden de data van al deze diensten met elkaar vergeleken moeten worden.

De resultaten van dit onderzoek zijn erg afhankelijk van de kwaliteit van geregistreerde data door de zorgverleners. Het medisch programma waarmee gewerkt werd verplicht de arts om een urgentiegraad in te vullen per contact, maar het is mogelijk dat artsen voor diverse redenen, zoals bijvoorbeeld tijdsdruk, ervoor kiezen om de meest gebruikte optie in te vullen (normaal wachtgebruik, U4). Hoewel het aantal niet ingevulde data klein is (2%), kan dit mogelijk wel significant zijn voor de hogere urgentiegraden, gezien de aantallen hiervan zeer klein zijn. In vergelijking met gegevens vanuit Denemarken (11) en eerder onderzoek uit België (12, 14), lijken de cijfers voor de hogere urgentie graden in deze studie in dezelfde grootte orde te liggen.

Het principe van “uitstellen van zorg” voor de laagste urgentiegraden en patiënten doorverwijzen naar hun eigen huisarts tijdens de kantooruren, wordt nog niet courant gebruikt in België. Dit zou eventueel een oplossing kunnen bieden voor de overbevraging van de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten. Uitstel van zorg wordt gebruikt door de operatoren van 1733, maar is momenteel nog niet afdwingbaar en dus slechts een advies, gezien hier momenteel geen juridisch of deontologisch kader voor is. In deze studie was het enkel afdwingbaar om toegang tot de huisartsenwachtpost te ontzeggen, maar de spoeddienst bleef vrij toegankelijk. Deze studie heeft geen zicht op hoe vaak dit advies door de 1733-operatoren werd gegeven, en hoe vaak het werd opgevolgd door de patiënt.

Verder dient ook de kostprijs van 1733 in acht genomen te worden. Het aanwerven en opleiden van nieuwe operatoren, het toegenomen aantal telefonische contacten en het ontwikkelen en evalueren van de protocollen, brengen allemaal een aanzienlijke kost met zich mee. De dry-run toonde ook aan

dat 1733 een toename van het ambulance gebruik zou veroorzaken bij triage voor de huisartsen-wachtpost, wat ook nog een meerkost met zich meebrengt (12).

De invoering van 1733 is nog maar zeer recent, en nog niet uitgerold over heel België. Mogelijks gaat de nationalisering van het project en een nauwere samenwerking met 112 en met de spoeddiensten nog een grote impact hebben op de urgentie van de contacten die plaatsvinden op de huisartsenwachtpost. De kosteneffectiviteit van de telefonische triage dient nog geëvalueerd te worden in verder onderzoek. In dit onderzoek zien we een verschuiving van niet urgente contacten naar routine contacten, terwijl het totaal aantal contacten nagenoeg ongewijzigd blijft. In deze fase lijkt het doel om een efficiëntere zorg buiten de kantooruren te verwezenlijken niet bereikt.

BESLUIT

In deze maatschappij, waarin de gezondheidszorg steeds meer onder druk staat, is het belangrijk om oplossingen te zoeken om de beperkte middelen zo goed mogelijk in te zetten. Telefonische triage via 1733 kan één van deze oplossingen zijn.

In deze studie kunnen we aantonen dat het totaal aantal contacten nagenoeg onveranderd is gebleven na de invoering van 1733, dat er een verschuiving plaatsvindt van niet urgente contacten (U5) naar routine contacten (U4), dat het aantal niet-urgente huisbezoeken significant daalt, en dat het grootste deel van deze veranderingen te zien is in de contacten die overdag plaatsvinden.

We kunnen niet met zekerheid concluderen of er een causaal verband is tussen deze veranderingen en het invoeren van 1733, en of er een winst is aan effectiviteit van het wachtpostgebruik.

REFERENTIES

1. Van Espen S, De impact van de huisartsenwachtpost op de activiteiten en workload van de spoeddienst [dissertation, UGent], 2016.
2. "Huisartsen: 'Te weinig geld voor wachtposten'", De Tijd, 23 mei 2018, beschikbaar op: https://www.tijd.be [geraadpleegd op 25/04/2019]
3. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming – Synthese. KCE, 2016
4. Colliers A, Remmen R, Streffer M-L, Michiels B, Bartholomeeusen S, Monsieurs K, et al. Implementation of a general practitioner cooperative adjacent to the emergency department of a hospital increases the caseload for the GPC but not for the emergency department, Acta Clinica Belgica, 2017 Feb;72:1, 49-54.
5. Nederlands Triage Systeem NTS, 2009. Beschikbaar op http://www.de-nts.nl [geraadpleegd op 25/04/2019]
6. van Ierland Y, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. Family practice. 2011;28(3):334-41.
7. 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(8):565-9.
8. Pope C, Turnbull J, Jones J, Prichard J, Rowsell A, Halford S. Has the NHS 111 urgent care telephone service been a success? Case study and secondary data analysis in England. BMJ open. 2017;7(5):e014815.
9. Turner J, O'Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. BMJ open. 2013;3(11):e003451.
10. Moth G, Huibers L, Vedsted P. From Doctor to Nurse Triage in the Danish Out-of-Hours Primary Care Service: Simulated Effects on Costs. International journal of family medicine. 2013;2013:987834.
11. Huibers L, Moth G, Carlsen AH, Christensen MB, Vedsted P. Telephone triage by GPs in out-of-hours primary care in Denmark: a prospective observational study of efficiency and relevance. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2016;66(650):e667-73.
12. Morreel S, Philips H, Verhoeven V, Colliers A, Remmen R. Project 1733 Tienen-Leuven, definitief rapport. April 2018.

13. Colliers A, Bartholomeeusen S, Remmen R, Coenen S, Michiels B, Bastiaens H, et al. Improving Care And Research Electronic Data Trust Antwerp (iCAREdata): a research database of linked data on out-of-hours primary care. BMC research notes. 2016;9:259.
14. Philips H, Van Bergen J, Huibers L, Colliers A, Bartholomeeusen S, Coenen S, et al. Agreement on urgency assessment between secretaries and general practitioners: an observational study in out-of-hours general practice service in Belgium. Acta clinica Belgica. 2015;70(5):309-14.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Protocol

Titel

Urgentiegraden van patiëntencontacten voor en na de invoering van telefonische triage in Tienen.

Doelstelling en verantwoording

De doelstelling van dit onderzoek is de evaluatie van de invoering van telefonische triage in de eerstelijnszorg buiten de kantooruren. Gezien het veranderende zorglandschap, is er een groeiende nood om de eerstelijnszorg efficiënter en duurzamer te maken. Er ligt een hoge druk op de eerstelijnsgeneeskunde in België, met een groeiende vraag naar medische zorg (ook buiten de kantooruren), migratie en een verouderende populatie. Een telefonische triage zou kunnen helpen om de beschikbare middelen optimaal te kunnen benutten en ervoor te zorgen dat patiënten met hun klachten bij de juiste instanties terecht komen.

In oktober 2017 werd telefonische triage via het nummer 1733 ingevoerd in Tienen, met nieuwe protocollen. Met dit onderzoek wil ik evalueren in welke mate de invoering van deze telefonische triage invloed heeft op de patiëntenstromen naar de huisartsenwachtpost.

Onderzoeksvragen

Primair: Wat zijn de effecten van het invoeren van telefonische triage op patiëntenstromen in de eerstelijnszorg buiten de kantooruren in Tienen?

Concreet:

- Zijn er minder patiëntencontacten met hoge urgentie op de huisartsenwachtpost na het invoeren van telefonische triage?

Secundair: Wat zijn de meest voorkomende RFE/diagnoses bij laag urgente patiëntencontacten en bij hoog urgente patiëntencontacten op de huisartsenwachtpost?

Hiermee hopen we in kaart te brengen of de telefonische triage het effect bereikt dat wij voor ogen hebben (minder contacten met hoge urgentie op de huisartsenwachtpost en eventueel het verkennen van de mogelijkheden van “uitstel van zorg” voor de laagste urgentiegraden). Verder hopen we een beeld te schetsen van welke RFEs/diagnoses het meest voorkomen in deze twee groepen.

Onderzoeksopzet

Het gaat om een voor- en nameting (zonder controlegroep). Het onderzoek werkt met data van de huisartsenwachtpost in Tienen, verzameld via het iCAREdata project. Het gaat om een prospectief onderzoek, met als nulmeting alle contacten van juli t.e.m. september 2017, en als nameting alle contacten van juli t.e.m. september 2018.

Aantal deelnemers

Het aantal deelnemers aan deze studie wordt geschat op ongeveer 2400 patiëntencontacten, met name alle contacten van juli t.e.m. september 2017 (ongeveer 1200 contacten) en van juli t.e.m. september 2018 (ongeveer 1200 contacten), in de huisartsenwachtpost van Tienen.

Duur

De periodes waarvan data geanalyseerd zullen worden zijn van juli t.e.m. september 2017 en van juli t.e.m. september 2018. De analyse van de data zal gebeuren van oktober 2018 tot mei 2019.

Interventies en metingen

De interventie die wordt beoordeeld is de invoering van de telefonische triage via het nummer 1733 ingevoerd in Tienen, in oktober 2017. De periodes waarvan data geanalyseerd zullen worden zijn van juli t.e.m. september 2017 en van juli t.e.m. september 2018. De urgentie van een patiëntencontact wordt gemeten aan de hand van urgentiegraden, toegekend door de arts na het contact.

Statistische verwerking

Statistische verwerking zal gebeuren door middel van frequentietabellen en Chi-kwadraattoetsen (met behulp van SPSS).

Ethische overwegingen/veiligheid

De data worden verkregen uit de iCAREdata database. Binnen de iCAREdata procedure werd een opt-out toegestaan. De data worden geëncrypteerd op het bron niveau. eHealth codeert als TTP en zendt de gecodeerde en geëncrypteerde data door naar de eHealth box van iCAREdata van waaruit de data ingelezen worden en de medische gegevens gedecrypteerd worden. Er is een folder beschikbaar met informatie over iCAREdata in de deelnemende centra waar de mogelijkheid wordt uitgelegd voor patiënten om te vragen of hun gegevens niet worden opgenomen worden in de database. De folder werd bijgevoegd.

Verzekering

Via de Universiteit Antwerpen.

Bijlage 2: Goedkeuring Ethische Comité

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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. H. Philips
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Urgentiegraden van patiëntencontacten voor en na de invoering van telefonische triage in Tienen. (manama huisartsgeneeskunde Laura Peeters)

Belgisch Registratienummer: B300201836456

datum	ons kenmerk	contactpersoon
14/05/2018	18/17/217	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 14/05/2018.

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

- CV onderzoeker
  dr. L. Peeters
- Protocol dd. 19/04/2018
  versie 1
- Brochure
  iCARE data
- Diverse
  Voorlopige registratie urgentiegraden, versie 1 dd. 19/04/2018

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

datum
14/05/2018

ons kenmerk
18/17/217

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. L. Peeters, NVT, Jozef Balstraat 33 - 2600 Berchem

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

Universiteit Antwerpen

datum
14/05/2018

ons kenmerk
18/17/217

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 14/05/2018.

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

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.