Eerstelijnshulpverlening na de werkuren: een (on)gekend probleem

Hendrick van Tubergen, Universiteit Antwerpen

Promotor: prof. Dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Begeleider: Dr. Stefan Morreel, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 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

Huisartsenwachtposten zijn geen nieuw gegeven. Sinds 2003 is de eerste wachtpost operationeel in België, maar na 10 jaar lijkt het dat de huisartsenwachtposten nog steeds niet gebruikt worden waarvoor ze dienen. Een groot aantal patiënten gebruikt de spoedgevallendiensten nog steeds voor niet-urgente redenen. Dezelfde spoedgevallendiensten kampen vandaag de dag echter met een (te) hoge patiëntenbelasting, wat leidt tot lange wachttijden en een overbelasting van de spoedartsen. Doordat we in België na de werkuren een vrije keuze hebben van eerstelijnshulpverlening, zonder toezicht of poortwachters, zijn veel patiënten niet op de juist plaats op de spoedgevallendiensten.

Onderzoeksvraag

Met dit onderzoek proberen we te achterhalen of fysieke triage een rol kan spelen in het dirigeren van de patiënten naar de juiste hulpverleners. Na deze triage kijken we met dit onderzoek of de keuze van de patiënt in de toekomst nu veranderd is; met andere woorden: zal de patiënt in de toekomst terugkeren naar de huisartsenwachtpost met gelijkaardige klachten?

Methode

Aan de hand van vragenlijsten werden patiënten, die in het AZ Monica Deurne getrieerd werden via de TRIAGE-trial, ondervraagt over de redenen waarom ze naar spoed zijn gegaan in plaats van naar de huisartsenwachtpost, of de triage een invloed heeft gehad om te wisselen van eerstelijnshulpverlener en of er in de toekomst opnieuw geopteerd zou worden voor een huisartsenwachtpost bij gelijkaardige klachten.

Resultaten

In totaal werden 9 patiënten geïncludeerd in de studie met een gemiddelde leeftijd in de volwassenen groep van 27 jaar. De voornaamste reden van aanmelding op de spoedgevallendienst was urgentie; een kleine minderheid gaf aan het bestaan van huisartsenwachtposten niet te kennen. Fysieke triage bleek een shift van de spoedgevallendienst naar de huisartsenwachtpost te veroorzaken. Tevens bleek fysieke triage een goede hulp te zijn om in de toekomst een betere keuze van eerstelijnshulp te kunnen maken.

Besluit

Uit ons onderzoek blijkt dat door fysieke triage op de spoedgevallendiensten patiënten het begrip huisartsenwachtposten beter leren kennen en zich bereidwillig tonen om in de toekomst meer gebruik te maken van deze huisartsenwachtposten.

Inhoudstafel

1. Inleiding 4

1.1 Huisartsenwachtposten 4

1.2 Huidig probleem 4

1.3 Determinanten die een rol spelen bij de keuze tussen een huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst 5

1.4 De rol van triage 5

2. Doelstelling 6

3. Onderzoeksmethode 7

3.1 Dataverzameling 7

3.2 Ontwikkeling van de vragenlijst 7

3.3 Analyse van de gegevens 7

4. Resultaten 8

4.1 Kenmerken van de populatie 8

4.2 Voornaamste reden van aanmelding 8

4.3 Rol van triage 8

4.4 Toekomstgerichtheid 8

5. Bespreking 9

5.1 Bespreking van de resultaten 9

5.2 Beperkingen van het onderzoek 10

6. Besluit 12

7. Literatuurlijst 13

8. Bijlagen 15

Bijlage 1. Informatiebrief patiënt 15

Bijlage 2. Geïnformeerde toestemming 16

Bijlage 3. Vragenlijst 17

Bijlage 4. Numerieke codering vragenlijst 20

Bijlage 5. Resultaten aan de hand van numerieke codering 21

Resultaten deel 1 21

Resultaten deel 2 21

1. Inleiding

1.1 Huisartsenwachtposten

Vandaag de dag is het cruciaal om een gestructureerde eerstelijnszorg te bieden buiten de werkuren. Zonder deze organisatie is de werkbelasting niet houdbaar voor huisartsen en spoedgevallendiensten. De huisartsenwachtpost kan hiervoor een antwoord bieden. Deze wachtposten bieden namelijk enkele voordelen: het garanderen van meer continuïteit van de zorg, een grotere veiligheid van de huisarts, een grotere bereikbaarheid voor de patiënten (1) en hopelijk een verminderde werkbelasting voor de spoedgevallendiensten.

Een huisartsenwachtpost is een centraal gelegen, medische post die uitgerust is met de nodige voorzieningen en personeel. Het fenomeen van wachtposten komt overgewaaid vanuit Nederland en Denemarken (2, 3).

Huisartsenwachtposten zijn ook in België al langer geen nieuw gegeven meer. In 2003 werd de eerste wachtpost geopend in de regio Deurne-Borgerhout (4). Sindsdien volgden tientallen andere regio's. Huisartsenwachtposten hebben als doel om een toegankelijke, kwalitatieve, veilige en efficiënte eerstelijnszorg tijdens de weekends en op feestdagen te realiseren. Ze zorgen tevens voor een vereenvoudiging van continuïteit van zorg en een verlichting van wachturen van de huisarts. Meer dan 10 jaar na de oprichting van de eerste huisartsenwachtpost blijkt echter nog steeds dat huisartsenwachposten nog steeds niet optimaal gebruikt worden door de bevolking.

1.2 Huidig probleem

Ondanks het bestaan van huisartsenwachtposten bestaat er nog een steeds een overloop van patiënten op de spoedgevallendiensten. Dit probleem wordt in de literatuur beschreven als 'oneigenlijk' gebruik van de spoedgevallendiensten. Ongeveer 60% van de patiënten die zich aanmelden op een spoedgevallendienst, presenteren zich met niet-urgente of mineure pathologie, die eigenlijk in de eerstelijnszorg zou passen. De grote meerderheid van deze patiënten komt overigens op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst; slechts 18% wordt doorverwezen door een huisarts (5).

Het Belgisch gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door een vrije toegang tot primaire, secundaire en tertiaire hulpverlening. De huisarts fungeert niet als poortwachter in dit systeem en er is tevens geen nood tot verwijzing. Ook tijdens avond-, nacht- en weekenduren heeft de patiënt de keuze tussen een huisarts en de spoedgevallendienst van het ziekenhuis voor dringende medische hulp (6).

De zelfverwijzing door patiënten is overigens slechts een relatief probleem. Zo zijn patiënten geneigd naar een spoedgevallendienst te gaan in geval van een trauma. Vaak blijkt het echter om mineure trauma's te gaan, die ook eenvoudig door een huisarts behandeld kunnen worden (7). Huisartsen werken over het algemeen meer kosteneffectief dan de spoedgevallendiensten (8, 9). Zo zal de huisarts minder technische onderzoeken aanvragen in zijn beleid in vergelijking met een spoedarts, die deze middelen sneller tot zijn beschikking heeft.

1.3 Determinanten die een rol spelen bij de keuze tussen een huisartsenwachtpost en de spoedgevallendienst

Gezien de overloop van patiënten op de spoedgevallendiensten dient er gekeken te worden naar de redenen waarom patiënten het ziekenhuis verkiezen boven de huisarts (of wachtpost). Veel voorkomende redenen om naar de spoed te komen die frequent worden aangehaald door patiënten zijn: een grotere beschikbaarheid (10, 11), een overschatting van de klachten (10), het niet hebben van een vaste arts (12) of te lange wachttijden bij de vaste arts (11, 12). Eerdere ervaringen met een zorgverlener buiten de uren, zijnde spoedgevallendiensten of wachtposten, heeft ook een invloed op de keuze van de patiënt (11, 13).

1.4 De rol van triage

Kan triage een rol spelen bij het gebruik van de spoedgevallendiensten? Indien triage aangeboden wordt als een keuze wordt er vaak geprobeerd om deze te omzeilen en om toch meteen een dokter te zien. Redenen hiervoor zijn:

1) inschatting van de ernst van de klachten;
2) een vorige ervaring met een triage-medewerker (14).

Indien triage wordt uitgevoerd, volgt de patiënt gewoonlijk wel het advies van de triage-medewerker (14). Fysieke triage heeft meer nut indien de huisartsenwachtpost zich in de buurt van de spoedgevallendienst bevindt, gezien beschikbaarheid van hulp na de werkuren ook een invloed heeft (10, 11). Als we kijken naar de werkbelasting is er een verschil in outcome volgens enkele studies: enerzijds zien we in België dat de werkbelasting van een huisartsenwachtpost verhoogt ook wanneer deze in de nabijheid van een ziekenhuis gelegen is (15). Studies in Nederland tonen aan dat een huisartsenwachtpost in de nabijheid van een ziekenhuis de werkbelasting verlaagt op de spoedgevallendienst van het desbetreffende ziekenhuis, alsook dat er meer verwijzingen gebeuren naar de spoedgevallendienst vanuit de huisartsenwachtpost (16). Dit verschil in de studies is te wijten aan een andere manier van organisatie van de eerstelijnszorg in deze landen (17).

Fysieke triage kan zowel op de spoedgevallendienst als op de huisartsenwachtpost plaatsvinden. In Nederland nemen huisartsenwachtposten de rol van ‘poortwachter’ aan, waarbij de spoedgevallendiensten enkel bereikbaar zijn na directe verwijzing van de huisarts. De triage die in Nederland gebeurt is overigens grotendeels correct, mits een onderschatting van de klachten in 12% van de gevallen, waarvan 2% uiteindelijk medisch urgent bleek (18). Deze onderschatting kan mogelijks wel levensbedreigend zijn voor de patiënt. Met deze gevaren in het achterhoofd is dit een relatief veilig en efficiënt systeem welke de overloop van patiënten op de spoedgevallendiensten kan verminderen (18).

Bij triage op de spoedgevallendiensten merkt men op dat bij de patiënten zonder verwijzing meer dan de helft verwezen wordt naar de huisartsenwachtpost. Van deze groep wordt er uiteindelijk 8,5% teruggestuurd naar de spoedgevallendiensten. Dit geeft een vermindering van ongeveer 20% van de patiëntinstroom op de spoedgevallen (19).

2. Doelstelling

Met deze studie willen we kijken wat het effect is van fysieke triage en verwijzing naar de huisartsenwachtpost. Doelstelling van dit onderzoek is een (begin van) antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- Is het mogelijk een shift te bereiken van de spoedgevallendiensten naar de huisartsenwachtpost indien fysieke triage heeft plaatsgevonden?
- Zijn patiënten bereid van hulpverlener te wisselen na triage?
- Heeft de triage geholpen om in de toekomst een geschiktere keuze te maken bij soortgelijke aanmeldingsklachten?

3. Onderzoeksmethode

3.1 Dataverzameling

Het onderzoek vond plaats in de periode van 16 maart 2019 tot en met 14 april 2019 in de huisartsenwachtpost van Antwerpen-Oost. De patiënten die geïncludeerd werden waren patiënten die getrieerd werden in het nabij gelegen Algemeen Ziekenhuis Monica Deurne. Deze triage werd gedaan in kader van de TRIAGE-trial studie van Dr. Morreel. De triage in deze studie is uitgevoerd volgens een aangepast schema van het *Manchester Triage System*.

Alle patiënten die vanuit de spoedgevallendiensten verwezen werden via de TRIAGE-trial naar de huisartsenwachtpost (zo een 50 meter verderop) kregen een vragenlijst met een informatieblad, informed consent en 6 vragen **(zie bijlagen 1-3)**. De vragenlijst werd opgesteld in het Nederlands. Deze vragenlijst kon anoniem worden ingevuld en dit liefst voor het consult met de huisarts van wacht. De vragenlijsten werden na het invullen verzameld door de onderzoeker. Bijkomende vragen of opmerkingen konden meteen gemeld worden aan de onderzoeker. Het telefoonnummer van de patiënt werd gevraagd voor mogelijke verduidelijking van de antwoorden. Bij onduidelijkheid van de vragen werd er ter plekke aan de patiënten gevraagd de antwoorden te duiden waar nodig. Deze mondelinge verduidelijking werd door de onderzoeker zelf uitgevoerd.

3.2 Ontwikkeling van de vragenlijst

De ontwikkeling van de vragenlijst kwam tot stand aan de hand van de literatuur; de keuze-antwoorden bij de vragen werden opgesteld aan de hand van de meest voorkomende redenen om de spoed te bezoeken, met name kortere wachttijden, inschatting van een hoge urgentiegraad door de patiënt, eerdere ervaringen, het niet kennen van een huisartsenwachtpost en nood tot aanvullend onderzoek (10-13, 20-27).

Vervolgens werd de vragenlijst voorgelegd aan niet-medici, om na te gaan of de vragenlijst duidelijk en verstaanbaar was. Hierop dienden er geen aanpassingen te worden gemaakt.

3.3 Analyse van de gegevens

Na het onderzoek werden de vragenlijsten verwerkt. Eerst werden de uitslagen numeriek gecodeerd aan de hand van volgende tabel **(bijlage 4)**. Onvolledige vragenlijsten werden mee gebruikt in de studie, waarbij de niet-ingevulde vragen als ‘onbekend’ werden gecodeerd. De aanmeldingsklachten werden bekeken welke gegroepeerd konden worden.

Deze gegevens werden nadien statistisch verwerkt.

4. Resultaten

Tussen 16 maart en 14 april 2019 (3 zaterdagen en 3 zondagen van 9u tot 16u) werden er in totaal 9 vragenlijsten verzameld. Van de 17 patiënten die gedurende deze periode getrieerd werden naar de huisartsenwachtpost in kader van de TRIAGE-trial, waren 9 patiënten bereid om de vragenlijst in te vullen. De belangrijkste redenen om niet deel te nemen aan het onderzoek waren: te grote hinder van de klachten waarmee de patiënten zich presenteerden en de taalbarrière. De resultaten van het onderzoek worden weergegeven in **bijlage 5**.

4.1 Kenmerken van de populatie

Het grootste deel van de patiënten die zich aanboden waren mannen (7/9). Van de aangemelde patiënten waren er 3 kinderen en 6 volwassenen. De gemiddelde leeftijd in de volwassenen groep bedroeg 27 jaar (range 19-39 jaar).

4.2 Voornaamste reden van aanmelding

De voornaamste reden van aanmelding op de spoedgevallendienst was urgentie; 4 van de 9 patiënten waren van mening dat de klacht waarmee ze zich aanboden op spoed medisch urgent was. Twee van de deelnemers kenden het begrip huisartsenwachtpost niet.

4.3 Rol van triage

Van de patiënten die triage hadden ontvangen op spoed was er slecht één persoon niet bereid om te wisselen van hulpverlener; deze patiënt heeft zich wel aangemeld op de wachtpost. Twee patiënten gingen zonder actieve triage naar de huisartsenwachtpost. De belangrijkste redenen die patiënten aangaven om te wisselen, waren dat mensen zich na de uitleg van de triagist gerustgesteld voelden en bereid waren om naar de huisarts van wacht te gaan (3/9 patiënten), alsook kortere wachttijden (2/9 patiënten).

4.4 Toekomstgerichtheid

Van de geïncludeerde patiënten bleken 8 van de 9 patiënten van oordeel te zijn dat ze voor gelijkaardige klachten in de toekomst zich zullen aanbieden op een huisartsenwachtpost.

5. Bespreking

5.1 Bespreking van de resultaten

In onze onderzoekspopulatie zien we dat vooral jongvolwassenen (gemiddelde leeftijd 27 jaar) worden doorverwezen naar de huisartsenwachtpost. Dit komt overeen met de literatuur. Zo toonden Tsai et al. aan dat de gemiddelde leeftijd van patiënten die zich presenteren op de spoedgevallendiensten omwille van niet-urgente redenen 37,4 jaar bedraagt (22). Ook Gentile et al. vonden overeenkomstige resultaten met een gemiddelde leeftijd van 36,3 jaar (23). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de pathologie bij oudere patiënten ernstiger wordt ingeschat via triage, gezien de grotere kans op co-morbiditeit.

In de literatuur wordt beschreven dat bijna een kwart van de patiënten, die zich presenteren in de eerstelijnszorg, klachten hebben die door zorgverleners beschouwd worden als medisch niet-urgent en zelfs onnodig voor consultatie (21). Er werd dan ook reeds uitgebreid onderzoek gedaan naar de redenen waarom patiënten met mineure problemen naar de spoedgevallendienst gaan, ook al hebben ze een huisarts. Veel voorkomende redenen die genoemd worden, zijn:

- onmogelijkheid om een snelle afspraak te verkrijgen bij de huisarts;
- advies van de huisarts om naar de spoed te gaan;
- het idee dat de wachttijden korter zijn op de spoedgevallendienst;
- gebrekkige kennis over de eerstelijnszorg;
- de mogelijkheid tot aanvullende diagnostiek;
- ongerustheid van de patiënt (met als grootste redenen tot ongerustheid voornamelijk koorts en zieke kinderen);
- de klachten waarmee patiënten zich presenteren worden subjectief als (zeer) ernstig ervaren (20, 21, 24-27).

Dat patiënten moeite hebben met het inschatten van de urgentie van hun klachten komt in veel studies en onderzoeken naar voor. Ook in ons onderzoek zien we dat ongeveer de helft van de geïncludeerde patiënten zijn aanmelding op de spoedgevallendienst als medisch urgent beschouwt.

Andrews et al. probeerde te achterhalen welke patiëntenpopulaties meer risco lopen op een overschatting van de ernst van hun klachten. Uit hun onderzoek bleek dat patiënten met een lagere socio-economische status en een lagere graad van educatie, alsook patiënten met acute-op-chronische musculoskeletale pijn meer kans hebben op overschatting van hun klachten (28).

Aandacht voor patiënteneducatie met betrekking tot het duidelijk overbrengen van welke pathologie in de eerstelijnszorg thuis hoort zou mogelijk kunnen leiden tot een daling van het ‘oneigenlijk’ gebruik van de spoedgevallendiensten. Deze educatie kan op verschillende niveau’s gebeuren. Dit kan vanuit de overheid gebeuren door middel van bijvoorbeeld sensibiliseringscampagnes, maar even goed kan de huisarts zelf een centrale rol spelen in de educatie van zijn eigen patiënten (bv. flyers met informatie over de huisartsenwachtpost). Anderzijds kan ook de fysieke triage op spoed ervoor zorgen dat mensen het gebruik van de huisartsenwachtpost leren kennen. Dit laatste kwam ook duidelijk in ons onderzoek naar voor, gezien de overgrote meerderheid van de geïncludeerde patiënten van oordeel was in de toekomst voor gelijkaardige klachten naar de huisartsenwachtpost

te gaan. Dit is een zeer positieve bevinding en kan dienen als stimulans om de educatie van patiënten verder op punt te stellen.

We zien tevens dat actieve triage lijdt tot een bereidwilligheid van wissel van eerstelijnshulpverlener. Een deel van deze wissels is mogelijks te wijten aan het niet kennen van een huisartsenwachtpost of geruststelling over de ernst van de aanmeldklacht. Hier moeten we wel rekening houden met het feit dat de triage in ons onderzoek niet bindend was. Personen die wel getrieerd werden maar zich niet naar de huisartsenwachtpost begaven, zijn niet mee geïncludeerd in deze studie. Dit creëert een gevaar voor overschatting van de bereidwilligheid van patiënten.

Patiënten die geen actieve triage verkregen, maar zich wel naar de huisartsenwachtpost begaven (twee patiënten in deze studie), werden niet verder bevraagd betreffende de reden waarom ze van hulpverlener gewisseld zijn. Eén patiënt gaf wel aan dat hij naar de huisartsenwachtpost was gekomen omdat het te druk was op de spoedgevallendienst. Op de spoedgevallendienst zijn er overigens informatieborden aanwezig die laten zien met welke klachten de patiënt zich het beste aanmeldt op de huisartsenwachtpost of op spoedgevallen, dewelke mogelijks een shift geven van de spoedgevallendiensten naar de huisartsenwachtpost. Zoals reeds eerder vermeld zijn dergelijke informatieborden een belangrijk gegeven in de educatie van patiënten.

We zien dat de wachttijden zeker een rol spelen met de keuze van de eerstelijnshulpverlening. Eerder werd reeds beschreven dat wachttijden bij de eigen huisarts een rol spelen (3,5), maar er lijkt een voorkeur in kortere wachttijd te zijn bij elke keuze van de patiënt. De patiënt neigt naar een zo min mogelijke wachttijd.

5.2 Beperkingen van het onderzoek

Bij het lezen van deze masterproef dient rekening gehouden te worden met volgende beperkingen.

Gezien het gering aantal patiënten dat zich aanbood voor deelname aan de studie, dienen de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Indien een grote patiëntenpopulatie bekomen had geweest, zouden we meer betrouwbare uitspraken kunnen doen. Er dient tevens rekening gehouden te worden met het triagesysteem op zich. Afhankelijk van hoe hoog of laag je de cut-off legt voor verwijzing naar de huisarts, zal je meer of minder patiënten zien op de huisartsenwachtpost.

De triage die werd uitgevoerd was overigens niet bindend. Hierdoor komen voornamelijk mensen die bereid zijn om te wisselen van de spoedgevallendiensten naar de huisartsenwachtpost.

Tevens was er soms weinig tijd voor verdere verduidelijking bij de afname van de vragenlijsten, gezien de deelnemende patiënten vaak snel bij een arts terecht konden en nadien geen tijd meer namen voor de studie. Telefoonnummers voor verduidelijking nadien werden wel gevraagd maar zelden was er bereidheid om deze te geven.

Een andere beperking in het onderzoek was een veel voorkomende taalbarrière. Gezien de vragenlijsten werden opgesteld in het Nederlands was het voor de allochtone populatie die zich aanbood niet altijd mogelijk om de vragenlijst in te vullen. Veel van de patiënten die werden

doorverwezen naar de huisartsenwachtpost spraken geen of onvoldoende Nederlands om de enquête in te vullen. Wetende dat in 2016 48,1% van de Antwerpse bevolking van buitenlandse origine was (29), is dit een gegeven waar in toekomstige studies rekening mee gehouden kan worden. Men zou in toekomstige studies gebruik kunnen maken van een tolk en/of de vragenlijsten in de meest voorkomende allochtone talen op de spoedgevallendienst (zoals Frans, Arabisch en Pools) kunnen vertalen.

6. Besluit

Gezien de kleinschaligheid van het onderzoek is het voor toekomstige onderzoeken aan te raden een langere tijdsspanne te voorzien voor het onderzoek en tevens de enquêtes af te nemen in verschillende talen naar de demografie van de regio van de wachtpost.

Nagenoeg alle deelnemers in ons onderzoek waren bereid om in de toekomst terug te keren naar de huisartsenwachtpost voor gelijkaardige klachten. Indien deze trend op grootschalig niveau kan worden aangetoond is het vooral een kwestie van mensen duidelijk te maken wat de huisarts van wacht is en wat deze precies doet.

Educatie van de patiënten zou hier zeker een rol kunnen bij spelen. Deze educatie dient vooral te worden toegespitst op een jongvolwassen publiek, gezien het voornamelijk jongvolwassenen zijn die de spoedgevallendiensten het meest consulteren omwille van niet-urgente redenen en dus de grootste aandeelhouders zijn in het ´oneigenlijk´ gebruik van de spoedgevallendiensten. De vraag is vervolgens waar en hoe deze educatie nu het beste dient te gebeuren. Uit ons onderzoek blijkt dat door fysieke triage op de spoedgevallendiensten patiënten het begrip huisartsenwachtposten beter leren kennen en zich bereidwillig tonen om in de toekomst meer gebruik te maken van deze huisartsenwachtposten. Dit is een zeer positieve bevinding en kan dienen als stimulans om de educatie van patiënten verder op punt te stellen. In de toekomst zou het dus zeer handig zijn om te onderzoeken op welke andere manieren we de huisartsenwachtposten bij het bredere (voornamelijk jongvolwassen) publiek bekend kunnen maken.

7. Literatuurlijst

1. Boogaerts T, Bossaert H, Maertens K, Neyrinck A, Vanden Bussche I, Vanderhoydonck J, et al. Een kwalitatief onderzoek in zestien Vlaamse huisartsenwachtposten. Huisarts nu. 2015. 44(3);114-121.
2. de Vries M, Dendooven L, Wuyts T, van Baelen S, Schoenmakers B. Evaluatie van de nieuwe wachtpost oost-brabant. Huisarts nu. 2015. 44(3);121-7
3. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. Bmj. 1994;309(6969):1624-6.
4. Renders R, Ryckebosch P, Brounds J, Goris J. Eindrapport van het project huisartsenwachtpost Deurne-Borgerhout 2003-2006. Antwerpen; 2006.
5. Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. 2005. KCE reports vol 19A

6. Philips H. Out-of-Hours Primary Care in Belgium. Dissertation for the Degree of Doctor in Medical Sciences. Faculty Medicine. University of Antwerp, Antwerp.2010.

7. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. Emerg Med J. 2006;23(9):731-4.
8. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. BMJ. 1996;312(7039):1135-42.
9. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. BMJ. 1996;312(7042):1340-4.
10. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. Int Emerg Nurs. 2017;35:51-5.
11. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):e3.
12. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009;25(1):7-28.
13. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. BMC Fam Pract. 2010;11:88.
14. Neimanis I, Kaczorowski J, Howard M. After-hours services in capitation-funded primary care practice: use and satisfaction. Can Fam Physician. 2009;55(10):1008-9.e1-6.
15. Colliers A, Remmen R, Streffer ML, Michiels B, Bartholomeeusen S, Monsieurs KG, 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 Clin Belg. 2017;72(1):49-54.
16. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J. 2004;21(6):722-3.
17. Giesen P, Huibers L, Wensing M. Huisartsenposten in Nederland : een veelbelovend model. Huisarts Nu2010. p. 356-8.
18. Rutten M, Vrielink F, Smits M, Giesen P. Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency-care-access-points in the Netherlands. BMC Fam Pract. 2017;18(1):62.
19. van Veelen MJ, van den Brand CL, Reijnen R, van der Linden MC. Effects of a general practitioner cooperative co-located with an emergency department on patient throughput. World J Emerg Med. 2016;7(4):270-3.

20. Keizer E, Maassen I, Smits M, Giesen P. Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenwachtposten. Huisarts & Wetenschap; 2014. p. 510-4.
21. Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers L, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients' beliefs or deficiencies in healthcare? BMC Fam Pract. 2015;16:157.
22. Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. J Formos Med Assoc. 2010;109(7):533-42.
23. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. 2010;10:66.
24. Shipman C, Dale J. Using and providing out-of-hours services: Can patients and GPs agree?1999. 266-75 p.
25. Redstone P, Vancura JL, Barry D, Kutner JS. Nonurgent use of the emergency department. J Ambul Care Manage. 2008;31(4):370-6.
26. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. Am J Emerg Med. 2005;23(2):131-7.
27. Idil H, Kilic TY, Toker İ, Dura Turan K, Yesilaras M. Non-urgent adult patients in the emergency department: Causes and patient characteristics. Turk J Emerg Med. 2018;18(2):71-4.
28. Andrews H, Kass L. Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. Intern Emerg Med. 2018;13(6):893-900.
29. Agentschaps binnenlands bestuur, Statistiek Vlaanderen. Lokale inburgerings- en integratiemonitor Gemeente Antwerpen. 2018.

8. Bijlagen

Bijlage 1. Informatiebrief patiënt

Eerstelijnshulpverlening na de werkuren: een (on)gekend probleem

Informatiebrief patiënt

Beste,

Huisartsenwachtposten in Vlaanderen zijn een relatief nieuw fenomeen. De eerste wachtpost werd opgericht in 2003 in de regio Deurne-Borgerhout. Hierna volgden talrijke andere regio's.

Met deze studie is het de bedoeling om inzicht te verwerven in het redeneren van patiënten, met name de argumenten waarom ze na de werkuren kiezen voor een spoedgevallendienst van het ziekenhuis, dan wel voor een huisartsenwachtpost. Zijn patiënten op de hoogte van het bestaan van huisartsenwachtposten en diens mogelijkheden? Zou het invoeren van een triagesysteem, waarbij een professionele hulpverlener de patiënt advies geeft over welke hulpverlener op dat moment het meest aangewezen is, een aanvaardbare en haalbare oplossing zijn?

Door het verwerven van inzicht in de redenering achter de keuze voor een huisartsenwachtpost of een spoedgevallendienst, kunnen we immers een manier ontwikkelen om de eerstelijnshulpverlening te verbeteren.

Het is voor mij dan ook belangrijk om uw mening te kennen. Deze kan u aan mij kenbaar maken door middel van het geheel vrijwillig invullen van de bijgevoegde vragenlijst. Deze vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Er zijn geen nadelen verbonden aan dit onderzoek. Bij voorkeur wordt deze vragenlijst ingevuld VÓÓR uw consult met de arts.

De persoonlijke gegevens worden door mezelf bewaard en zullen niet openbaar gemaakt worden. Deze dienen enkel ter mogelijke verduidelijking bij de vragen en zullen verder niet gebruikt of doorgegeven worden aan derden. De resultaten worden volledig op anonieme wijze verwerkt.

Indien u verdere inlichtingen wilt, kan u deze krijgen via het volgende e-mailadres:
HENDRICK.VANTUBERGEN@STUDENT.UANTWERPEN.BE

Via dit e-mailadres kan u ook aangeven of u informatie wenst te ontvangen over de uitkomst van het onderzoek.

Bijlage 2. Geïnformeerde toestemming

Eerstelijnshulpverlening na de werkuren: een (on)gekend probleem

Geïnformeerde toestemming

Ik heb de informatie gelezen en ben voldoende geïnformeerd over dit onderzoek; ik heb het informed consent ondertekend en besef dat deze studie geheel vrijblijvend is;

Ja / Nee *

Het al dan niet deelnemen aan deze studie heeft op geen enkele wijze effect op de kwaliteit van zorg die ik zal krijgen.

Datum:

Handtekening:

*Gelieve uw antwoord aan te duiden door te omcirkelen

Bijlage 3. Vragenlijst

Vragenlijst

Persoonlijke gegevens (louter administratief)

- Geslacht: **Man / Vrouw**
- Leeftijd:
- Telefoonnummer (vrijblijvend):

Vragen

1. Met welke hulpvraag heeft u zich aangemeld bij de arts van dienst?

- Was het om een louter administratieve reden (attest arbeidsonbekwaamheid , voorschriften…)?

Ja/neen

- Wat was uw belangrijkste klacht? (max 3 zinnen.)

- Andere (gelieve te specifiëren):

2. Waarom heeft u gekozen voor een spoedgevallendienst? (Aankruisen wat past.)

- Mijn eerdere ervaringen met de spoedgevallen

- Iemand anders heeft dit aangeraden

- Kortere wachttijden

- Ik ga ervan uit dat er aanvullend onderzoek (bv. beeldvorming) dient te gebeuren

- Dringend probleem-noodgeval

- Ik ben niet op de hoogte van het bestaan van een huisartsenwachtpost

- Andere (gelieve te specifiëren)

3. Heeft de triagist (de persoon die de triage heeft uitgevoerd, triage zijnde beschreven in de informatiebrief) u doorverwezen naar een andere hulpverlener?

Ja / Nee

Zo nee, ga meteen verder met vraag 5.

4. Was u na de triage door de verpleegkundige bereid om te wisselen van de spoedgevallendienst naar een huisartsenwachtpost?

Ja / Nee

Zo ja, waarom? (Aankruisen wat past.)

- Kortere wachttijden
- Geen noodgeval
- Na uitleg was ik overtuigd dat een huisarts me kon helpen
- Ik wist eerder niet van het bestaan van een huisartsen wachtpost.
- Andere (gelieve te specifiëren)

Zo nee, waarom niet? (Aankruisen wat past.)

- Langere wachttijden
- Nood aan aanvullend onderzoek (bv. bloedonderzoek, beeldvorming,…)
- Geen vertrouwen in een huisarts
- Niet vertrouwd met het concept van een huisartsenwachtpost
- Andere (gelieve te specifiëren)

5. Zou u in de toekomst voor gelijkaardige klachten terugkeren naar de huisarts van wacht?

Ja / Nee

Zo nee, waarom niet?

6. Extra opmerkingen (vrijblijvend):

Bedankt voor uw deelname aan het onderzoek.

Bijlage 4. Numerieke codering vragenlijst

Geslacht	**Leeftijd**	**Reden van aanmelding**	**Keuze voor spoed**
10 Onbekend 11 Man 12 Vrouw	20 Onbekend 21 0-6 22 6-18 23 18-60 24 60+	30 Onbekend 31 Administratief 32 Musculoskeletale klacht 33 Snijwonde/ Kneuswonde 34 Urologisch 35 Respiratoir 36 Koorts 37 Abdominale klacht	40 Onbekend 41 Eerdere ervaringen 42 Aanraden van 43 Dringend/noodgeval 44 Kortere wachttijd 45 Kent geen HWP 46 Aanvullend onderzoek 47 Uitgebreide voorgeschiedenis / Handicap
Triage	**Bereidheid voor raadplegen HWP**	**Reden van wissel +**	**Reden van wissel -**
50 Onbekend 51 Ja 52 Nee	60 Onbekend 61 Ja 62 Nee	70 Onbekend 71 Kortere wachttijd 72 Geen urgentie 73 Na uitleg overtuigd dat HA kan helpen 74 Wist voordien niet van HWP	80 Onbekend 81 Langere wachttijd 82 Nood aanvullend onderzoek 83 Geen vertrouwen in HA 84 Niet vertrouwd met HWP
Keuze HWP toekomst			
90 Onbekend 91 Ja 92 Nee			

HWP: huisartsenwachtpost; HA: huisarts

Bijlage 5. Resultaten aan de hand van numerieke codering

Resultaten deel 1

Patient#	Geslacht	Leeftijd	RvA	Keuze voor spoed	Triage
1	11	23	32	46	51
2	11	22	33	43	51
3	11	23	34	47	51
4	11	23	32	45	51
5	12	21	35	43	52
6	11	23	36	42 + 45	52
7	11	23	37	43	51
8	11	21	36	X	51
9	12	22	31	43	X

RvA: reden van aanmelding

Resultaten deel 2

Patient#	Bereidheid tot wissel	Reden van Wissel +	Reden van Wissel -	Keuze Huisarts toekomst
1	61	71	X	91
2	61	73	X	91
3	61	73	X	91
4	61	74	X	91
5	X	71	X	91
6	X	X	X	91
7	61	73	X	91
8	61	X	X	91
9	62	X	X	92