Ervaringen op de spoeddienst: de verwezen versus de niet-verwezen patiënt.

Claudia Sterckx, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys, KU Leuven

Co-promotor: Dr. Peter Stegen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 2020]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd op 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

Achtergrond

In 2012 rapporteerde het KCE een toename in het aantal spoedbezoeken. Dit omvatte een stijging ten opzichte van 3 jaar geleden en bovendien lag dit aantal hoger dan bij onze buurlanden. Opvallend is het feit dat 70% van de patiënten niet doorverwezen werd, maar zich daar op eigen initiatief bevond.[1]

Zoals het woord het zegt blijft de spoeddienst een plek voor urgenties. Volgens het KCE rapport echter hadden vele patiënten op de spoeddienst geholpen kunnen worden door een huisarts.[1] Tegelijkertijd hoor ik van mijn oudere collega-artsen dat zij tegenover vroeger veel minder urgenties zien in de dagelijkse praktijk. De rol van huisarts in urgente zorg lijkt de laatste jaren fel afgenomen.

In het geval de huisarts dan toch in contact komt met een urgentie die bijkomende hulp vereist, wordt de patiënt vaak naar het ziekenhuis verwezen met een verwijsbrief. Naar de perfecte samenstelling van deze brief werd al meermaals onderzoek gedaan. Naar de bijdrage van dergelijke verwijzing daarentegen nog niet.

Doel

Met deze studie willen we de ervaringen van de patiënten op de spoeddienst analyseren en bestuderen of een voorafgaand contact met de huisarts een meerwaarde biedt hierin, en of het dus de moeite loont patiënten meer aan te moedigen om frequenter eerst hun huisarts te contacteren.

Methodologie

Er werd gekozen voor een “mixed methods” methode waarbij in de planning rekening werd gehouden met het uitsturen en analyseren van vragenlijsten en tevens het afnemen en analyseren van interviews. Dit was afhankelijk van de hoeveelheid gegevens die de vragenlijsten zouden opleveren.

Voor de vragenlijsten werden 115 patiënten telefonisch gecontacteerd met de uitnodiging tot deelname aan de studie. De kandidaten kregen vervolgens per mail de vragenlijst en het formulier van geïnformeerde toestemming. Aan enkelingen werden de documenten persoonlijk overhandigd. De ingevulde documenten werden per mail teruggestuurd, persoonlijk afgegeven of opgehaald bij de patiënt thuis. Een interview werd na telefonische uitnodiging afgenomen bij 12 patiënten. Dit verliep via fysiek of telefonisch contact. Ook hier werd een formulier van geïnformeerde toestemming ondertekend.

De analyse van de vragenlijsten verliep kwantitatief; voor de interviews werd de “grounded theory” methode als leidraad gebruikt. Een strikte procedure werd echter niet gevolgd, gezien het kwantitatief onderzoek veel tijd in beslag nam.

Conclusie

Over het algemeen lijken de meeste patiënten tevreden te zijn over hun contact met de spoeddienst. Niet-verwezen patiënten lijken een net iets betere ervaring te hebben dan verwezen patiënten. De belangrijkste werkpunten zijn de wachttijden en de uitleg van de zorgverleners.

Op dit moment lijkt er geen noodzaak te zijn aan maatregelen die de huisartsen kunnen treffen. Patiënten informeren vanuit de huisartsenpraktijk en de spoeddienst blijft nog steeds de boodschap.

Er is echter nog enorm veel ruimte voor verder onderzoek. Een bevraging op de spoeddienst zelf bij zowel de patiënten als de zorgverleners zou meer inzicht kunnen geven over het algemeen nut van een verwijzing via de huisarts en zou nog andere eventuele tekortkomingen aan het licht kunnen brengen.

Voorwoord

Allereerst wil ik mijn promotor prof. dr. Jo Goedhuys bedanken voor de uitvoerige begeleiding in het opstellen van deze masterproef en het geduld dat hij had. Zonder hem was deze masterproef nooit tot stand gekomen.

Ook mijn co-promotor en praktijkopleider dr. Peter Stegen wil ik bedanken voor de tijd die hij nam om deze masterproef meermaals na te lezen en een mentale steun te bieden doorheen het hele proces.

De artsen en medewerkers uit de groepspraktijk Schorenbos te Schepdaal, dr. Luus De Smet, dr. Patrick Vanderoost, dr. Sofie Vanderoost, dr. Sofie Grisez, dr. Lise Van Camp, dr. Nick De Ryck en Vanessa Dhondt, wil ik ook bedanken voor hun bijdrage aan de zoektocht naar het onderwerp van deze masterproef, het nakijken van de vragenlijsten en de vertaling ervan, het helpen uitdelen van deze vragenlijsten en hun mentale steun.

Verder wil ik mijn familie en dr. Margaux Straetmans bedanken voor hun geduld met mij en voor hun luisterend oor.

Ten slotte wil ik ook de patiënten bedanken die bereid waren om deel te nemen aan deze studie.

Bedankt aan allen.

Inhoud

1. Inleiding 6

1.1. De spoeddienst 6

1.2. Continuïteit van de zorg 6

1.3. De ervaring van de patiënt 6

2. Methodologie 7

2.1. Literatuuronderzoek 7

2.2. Onderzoekspopulatie 7

2.3. Vragenlijst en interview 7

2.4. Geïnformeerde toestemming 8

2.5. Rekrutering patiënten 8

2.6. Data analyse 9

3. Literatuuronderzoek 9

3.1. Een spoedgeval 9

3.2. De ervaringen van de patiënten op de spoeddienst in de literatuur 10

3.3. Redenen voor rechtstreeks contact met de spoeddienst 12

3.4. Organisatie van de zorg 12

4. Resultaten 13

4.1. Analyse vragenlijsten 13

4.2. Analyse interviews 18

5. Discussie 24

6. Conclusie 28

Referenties 29

Bijlagen 32

Bijlage 1 : Diagram keuze huisarts, spoed of niet geweten per aanmeldingsklacht 32

Bijlage 2 : De vragenlijst 35

Bijlage 3: Formulier van geïnformeerde toestemming 41

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol door de ethische commissie 45

Bijlage 5 : Goedkeuring door ethisch commissie 49

1. Inleiding

In België kan iedereen zonder verwijzing zowel bij de huisarts als op de spoeddienst terecht. Zoals het woord het zegt dient de spoeddienst voor dringende medische spoedgevallen. Met het grote aantal spoeddiensten in ons land zou men zich kunnen afvragen welke rol de huisarts nog heeft in medische urgenties. Als ik mijn oudere collega-artsen mag geloven is deze rol de laatste jaren enorm afgenomen: patiënten zouden sneller geneigd zijn zich naar de spoeddienst te begeven. De ene arts vindt dit jammer omdat er op deze manier een uiterst interessante en dynamische tak van de geneeskunde voor hen wegvalt, de andere is van mening dat het met de hoge werkdruk praktisch niet meer haalbaar is om alles te laten vallen voor een dergelijk spoedgeval. Vooral in een praktijk die voornamelijk of exclusief met geplande afspraken werkt en dus geen vrije raadpleging heeft, lijkt dit moeilijker te liggen. Het lijkt me overbodig te nuanceren dat elke arts uiteraard altijd bereid en deontologisch verplicht is dringende hulp te bieden daar waar het nodig is.

Met deze studie willen we de ervaringen van de patiënten op de spoeddienst analyseren en bestuderen of een voorafgaand contact met de huisarts een meerwaarde biedt hierin en of het bijgevolg de moeite waard is patiënten meer aan te moedigen om hun huisarts te contacteren.

1.1. De spoeddienst

Het is geen geheim dat de spoeddiensten geconfronteerd worden met lange wachttijden. Bovendien lijkt het aantal bezoeken aan de spoeddiensten elk jaar toe te nemen. In 2012 werden er in ons land 290 spoedcontacten geregistreerd per 1000 inwoners.[1] Dit is een stijging ten opzichte van 3 jaar voordien en dit aantal ligt tevens opvallend hoger dan bij onze buurlanden.[1] Opmerkelijk is ook dat iets meer dan 70% op eigen initiatief kwam en dus niet op verwijzing. Een groot deel van de aanmeldingsklachten waren bovendien situaties waar de huisarts had kunnen helpen.[1] Dit wil uiteraard niet zeggen dat de fout hier bij de patiënt ligt. Er bestaan meerdere redenen waarom een patiënt voor de spoeddienst zou kiezen: bij ongeveer de helft van deze patiëntenpopulatie is de belangrijkste reden de overtuiging dat hun probleem een echt “spoedgeval” is en thuis hoort op de spoeddienst.[2] Dit is niet verwonderlijk, de definitie van een spoedgeval is bij de zorgverleners immers ook niet eenduidig.[3] Andere redenen zijn de (onder)beschikbaarheid van de huisarts, de snellere toegang tot de geneesheer-specialisten in relatie tot een concomitant chronisch probleem van de patiënt, de reputatie van een ziekenhuis en de impulsiviteit van sommige patiënten in een acuut moment van stress. Het financieel aspect zou minder van belang zijn voor de patiënten.[2]

1.2. Continuïteit van de zorg

Zoals eerder beschreven presenteert slechts een minderheid van de patiënten zich op de spoeddienst na verwijzing door de huisarts. Deze verwijzing gebeurt meestal via een verwijsbrief en/of een telefonisch gesprek met de spoedarts. Handig bij dergelijke verwijzing is dat de spoeddienst op korte tijd veel informatie kan inwinnen over de patiënt: informatie die anders misschien nooit tot bij de spoedarts geraakt was. Er werden al meerdere studies gedaan naar de “perfecte verwijsbrief”: een voorwaarde om aan een goede continuïteit van de zorg te kunnen voldoen. Maar indien de patiënten niet eerst hun weg vinden naar de huisarts wordt deze zoektocht minder waardevol.

1.3. De ervaring van de patiënt

Het lijkt interessant te bestuderen hoe de ervaring is bij patiënten die op de spoeddienst terecht komen: zowel zij die zich op eigen initiatief presenteren als zij die doorverwezen worden. Zijn er verschillen in wachttijden, volgen er meer opnames op de doorverwijzingen en met welke klachten presenteren de patiënten zich hoofdzakelijk? Welke factoren dragen bij tot een positieve ervaring bij de patiënt? Zijn

deze factoren relevant? Men kan zich immers afvragen of een patiënt die uiteindelijk tegemoet werd gekomen in zijn hulpvraag, hetzij met een behandeling, hetzij voor een administratieve nood, niet sowieso zijn bezoek uiteindelijk positief zal beoordelen onafhankelijk van het verloop van het spoedbezoek zelf.

Met deze studie hopen we onder andere te achterhalen of de ervaring van de patiënt op de spoeddienst vlotter en aangenamer verloopt met een verwijzing van de huisarts. Indien dit het geval is, zouden we de patiënten meer moeten stimuleren om eerst contact op te nemen met de eigen huisarts alvorens in allerijl naar de spoeddienst te vertrekken. De ervaring van de spoedartsen zelf kon in deze studie helaas niet bevraagd worden.

2. Methodologie

Deze studie betreft een kwalitatief onderzoek waarbij aan de hand van een in te vullen vragenlijst en enkele interviews werd gepeild naar de ervaringen van verschillende patiënten op de spoeddienst. De gegevens werden anoniem verwerkt.

2.1. Literatuuronderzoek

De literatuur werd verkregen door in de Pubmed databank volgende termen in te geven: “satisfaction patient emergency”, “experience patient emergency”, “perspective patient emergency”, “emergency referral letter”, “emergency letter gp”, “emergency primary care”, “emergency referral general practitioner”, “Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis”, “handover emergency”, “clinical handover emergency”, “referral by gp”, “referral emergency”, “referral primary care emergency”.

2.2. Onderzoekspopulatie

De patiënten die in aanmerking kwamen voor de vragenlijst werden opgezocht via de CareConnect software in een huisartsenpraktijk in Schepdaal met 5 vaste artsen en 2 HAIO’s. In de database van de binnenkomende post in de praktijk in CareConnect werd gezocht aan de hand van volgende trefwoorden: “spoed”, “spoeddienst” en “urgences”. Alle patiënten die tussen april 2019 en juli 2019 minstens éénmaal op een spoeddienst in België waren geweest, werden genoteerd in de lijst van mogelijke kandidaten. Er werden op deze manier 186 namen genoteerd. Leeftijd, etniciteit en locatie van het ziekenhuis speelden geen rol in deze selectie. Ook andere exclusiecriteria werden niet gehanteerd.

De kandidaten voor de interviews werden opgezocht via de CareConnect software in een huisartsenpraktijk in Sint-Pieters-Leeuw met 2 vaste artsen en 1 HAIO. Hier werden alle inkomende berichten nagelezen van 27 december tot en met 8 maart. Elke patiënt die zich in deze periode minstens éénmaal naar de spoeddienst had begeven, werd opgenomen in een lijst met mogelijke kandidaten. Deze lijst betrof 43 patiënten.

2.3. Vragenlijst en interview

Er werd gekozen voor een “mixed methods” aanpak. In de planning voor datarekrutering werd rekening gehouden met zowel vragenlijsten als interviews om te zien wat de respons zou opleveren.

Er werd een vragenlijst opgesteld waarbij getracht werd elk aspect van een bezoek aan de spoeddienst te bevragen [bijlage 2]. Dit werd gedaan aan de hand van elementen die op dat moment bekend waren in de literatuur. Bij kinderen of bij niet-zelfstandige ouderen werd er gevraagd de vragenlijst te laten invullen door de persoon die de patiënt op dat moment begeleidde. De meerderheid van de vragen waren

van het type “multiple choice” met steeds ruimte voor nuancering van het gegeven antwoord. Thema’s die aan bod kwamen:

- Aanmeldingsklacht
- Leeftijd van de patiënt
- Dag en tijdstip van het contact met de spoeddienst
- Aanwezigheid van voorafgaand contact met de huisarts en het type verwijzing
- Naam van het ziekenhuis en reden voor die keuze
- Type vervoer naar de spoeddienst
- Functie van de persoon waarbij de aanmelding op de spoeddienst gebeurde
- Wachttijd tussen aanmelding op de spoeddienst en het eerste contact met een arts of verpleegkundige
- Functie van de persoon waarmee het eerste contact plaats vond na de aanmelding
- Wachttijd tussen de aanmelding en het zien van een arts indien deze niet de eerste contactpersoon was
- Het al dan niet volgen van een opname op het spoedbezoek
- De eventueel ingestelde behandeling indien er geen opname volgde
- Keuze voor de spoeddienst of de huisarts in geval van een recidief in de toekomst
- Aanwezigheid van contact met de huisarts tijdens of na het contact met de spoeddienst
- Vraag naar maatregelen die de huisarts kan treffen ter aanmoediging van het contacteren van de huisarts ter vervanging van een rechtstreeks bezoek aan de spoeddienst

Er werd ook gevraagd aan enkele onderwerpen een score van 1-5 te geven en deze score te motiveren:

- Organisatie van de spoeddienst
- Wachttijd
- Uitgevoerde onderzoeken
- Uitleg van de zorgverleners naar de patiënt toe
- Contact met de zorgverleners
- Indien van toepassing: psychologische opvang
- Het algemene contact met de spoeddienst

Ten slotte volgde er een lijst met verschillende gezondheidsproblemen; de patiënt moest aangeven of deze pathologie volgens hem eerder behoort tot de huisartsgeneeskunde of tot de urgentiegeneeskunde.

Een Franse versie van deze vragenlijst werd voorzien.

Deze vragenlijst diende ook als leidraad bij de uitgevoerde interviews. Deze interviews gebeurden zowel in het Nederlands als in het Frans en werden opgenomen.

2.4. Geïnformeerde toestemming

Een formulier van geïnformeerde toestemming werd verkregen via de Onderwijs-BegeleidingsComissie voor medische ethiek voor masterproeven van de groep Biomedische Wetenschappen (OBC) en werd herwerkt opdat het van toepassing zou zijn voor deze studie.[bijlage 3] Een Franse versie werd ook voorzien.

2.5. Rekrutering patiënten

2.5.1. Vragenlijst

Iedereen die in aanmerking kwam voor het invullen van de vragenlijst werd allereerst telefonisch gecontacteerd. Telefonisch werd kort de opzet van de studie uitgelegd en werd hen meegedeeld wat dit praktisch voor hen zou inhouden. Na het uiten van interesse tot deelname werd de geïnformeerde toestemming bondig besproken. Deze uitleg gebeurde steeds in de voorkeurstaal van de patiënt. Vervolgens werd deze vragenlijst via mail verstuurd, persoonlijk opgehaald door de patiënt op de dokterspraktijk of bij de patiënt aan huis geleverd. De ingevulde vragenlijst en het ondertekende formulier van geïnformeerde toestemming werden nadien door de patiënt aan het onthaal van de dokterspraktijk afgegeven, via mail teruggestuurd of door een dokter opgehaald aan huis.

Er werden 186 mogelijke kandidaten genoteerd. Uiteindelijk werden er 115 patiënten succesvol telefonisch gecontacteerd: deze ontvingen allen vervolgens de vragenlijst en het formulier van geïnformeerde toestemming. Ten slotte ontvingen we 22 ingevulde vragenlijsten, dit komt overeen met een responsgraad van 19,1%.

2.5.2. Interview

Gezien de lage responsgraad van de vragenlijsten, werden de interviews ook ingepland ter verdere uitbreiding van de bekomen gegevens.

Het selecteren van kandidaten voor het interview verliep moeizaam omwille van de Covid-19 pandemie. Patiënten uit de lijst waarbij een consultatie of huisbezoek gepland was, werden op voorhand telefonisch gecontacteerd met de vraag of er aansluitend hieraan een interview mocht plaats vinden. Ook hier werd kort de opzet van de studie uitgelegd en werd de geïnformeerde toestemming besproken. Deze gesprekken werden opgenomen en ook hiervoor werd mondeling toestemming gevraagd. De interviews met patiënten die geen gepland artsencontact hadden, werden telefonisch uitgevoerd en werden tevens opgenomen.

Van de 43 patiënten werden er 12 mensen aangesproken en allen gingen ze over tot deelname aan de studie.

2.6. Data analyse

De bekomen gegevens van de vragenlijsten werden kwantitatief verwerkt.

Voor de verwerking van de interviews werd de “grounded theory” methode als leidraad gebruikt. Van een strikte procedure werd echter afgezien, omdat het verwerken van de vragenlijsten aanzienlijk veel tijd in beslag nam.

3. Literatuuronderzoek

3.1. Een spoedgeval

Alvorens dieper in te gaan op de ervaringen van de patiënten op de spoeddienst in de literatuur, licht ik graag volgend heikel punt toe: de definitie van een spoedgeval. Deze is zoals eerder beschreven niet éénduidig onder de zorgverleners en bijgevolg kunnen we niet verwachten dat dit bij de patiënt wel het geval is.[3,13] Indien dit beter omschreven zou zijn, zou het voor de patiënt misschien duidelijker worden welke gezondheidsproblemen eerder thuishoren op de spoeddienst. Een mogelijke definitie werd naar voren geschoven door Morgans et al.: een medische urgentie is een plotse of onverwachte bedreiging van de fysieke gezondheid of welzijn dewelke een urgente assessment en verlichting van symptomen vereist.[3] Maar ook deze definitie lijkt voor interpretatie vatbaar en al zeker voor een leek. Een andere mening is dat een spoedgeval niet te definiëren is naar wetenschappelijke termen, maar

eerder afhankelijk is van de overtuigingen en de opleiding van een arts.[13] Eén zaak staat vast: heden bestaat er nog geen duidelijke definitie voor een spoedgeval.

3.2. De ervaringen van de patiënten op de spoeddienst in de literatuur

In de literatuur wordt de ervaring van de patiënt meer en meer gezien als 1 van de onmisbare pilaren voor kwaliteit van de zorg. De twee andere pilaren zijn patiëntveiligheid en klinische outcome.[4] Het lijkt gemakkelijk te insinueren dat de klinische outcome beduidend belangrijker is dan de subjectieve ervaring van de patiënt, maar dit lijkt in de realiteit niet helemaal correct. Uit meerdere studies lijkt een positieve ervaring van de patiënt wel degelijk een rol te spelen in onder andere mortaliteit, morbiditeit en therapietrouw.[5] Hoewel de meerderheid van de contacten met de spoeddienst als positief wordt ervaren [6-7], halen we hier enkele factoren aan die bijdragen tot een positieve, dan wel negatieve ervaring van de patiënt: communicatie en informatie, een gepersonaliseerde zorg of het gebrek eraan, de organisatie van de zorg, interprofessionele communicatie, adequate pijnstilling, de aanwezigheid van "boarding patients" en de verwachtingen inzake diagnostische onderzoeken en therapeutische acties.[8] Sinds het wegvallen van de autoritaire arts-patiënt relatie is het groeiende belang van deze elementen niet geheel onverwacht.

Een uiterst belangrijke rol in deze ervaring lijkt weggelegd voor **communicatie**.[8-9] Deze houdt zowel de manier van communiceren in als de inhoud van de gegeven **informatie** zelf.

Factoren die onmisbaar blijken voor een goede ervaring zijn een duidelijke verstaanbare taal vrij van jargon, een actieve luisterhouding, oogcontact, een rustige stem, empathie en in sommige gevallen humor.[8,10]

Op de hoogte worden gehouden van de stand van zaken heeft tevens een majeure rol in patiënttevredenheid.[8] Dit geldt ook voor het tijdig brengen van minder aangenaam nieuws in eventueel minder perfecte omstandigheden. Ter verduidelijking: liever zo snel mogelijk het slechte nieuws in een kamer zonder privacy dan een uur later hetzelfde nieuws te horen te krijgen in een afgesloten kamer. Het mag geen verrassing zijn dat onwetendheid en de daaropvolgende ongerustheid bijdragen tot een negatieve ervaring.

Onduidelijke of inconsistente informatie en het meermaals herhalen van vragen door verschillende zorgverleners leidt tot frustratie bij de patiënten. Schriftelijke informatie zoals flyers mist aan menselijkheid en wordt niet als positief ervaren, bovendien lijdt het vertrouwen in de vaardigheden van de zorgverlener hieronder.[8]

Ten slotte is onvoldoende informatie en slechte communicatie bij het ontslag uit de spoedgevallendienst een groter afknapper. Niet alleen draagt dit bij tot een negatieve ervaring op de spoeddienst, maar resulteert dit ook in een slechtere therapietrouw en een grotere portie herhaalbezoeken dewelke een niet te onderschatten maatschappelijke kost met zich meebrengen. [6,8,11-12]

Ten tweede leidt een gebrek aan **gepersonaliseerde zorg** tot slechte ervaringen op de spoeddienst. Sommige patiënten melden zich een nummer te voelen. Het enige contact met de zorgverlener zijnde wanneer deze een test komt afnemen. Op dezelfde wijze draagt het gevoel vergeten te zijn bij tot een negatieve ervaring op de spoeddienst.[8] Andere factoren die hieraan bijdragen zijn een gebrek aan oogcontact, een gebrek in meegaandheid in de ongerustheid van de patiënt en zijn familie en het gevoel hebben niet serieus te worden genomen. Een opvallend detail: dit wordt voornamelijk ervaren door patiënten die met eigen vervoer komen in tegenstelling tot patiënten die met de ambulance vervoerd worden.[10,14] Een patiënt die zich niet serieus genomen voelt, zal beginnen twijfelen aan zijn komst,

wordt onzeker en zal zijn rol niet opnemen in het shared decision-making proces. De deelname hieraan echter leidt tevens tot een positieve ervaring op de spoeddienst.[8,10]

Ook een goede **organisatie** van de zorg lijkt onontbeerlijk: de patiënt voelt zich veiliger bij de indruk van een georganiseerde zorg waarbij de zorgverleners moeiteloos op elkaar inspelen.[14] Het is belangrijk dat de zorgverlener die instaat voor de triage blijk geeft van efficiëntie en kennis in het toewijzen van de correcte triagescore.[8] Bovendien is dit meestal het eerste contact met een dikwijls ongeruste patiënt en zijn de eerder beschreven communicatievaardigheden geen overbodige luxe.[10] Het is nog onduidelijk in welke mate de inschatting van urgentie door de triageverpleegkundige en door de patiënt zelf en zijn omgeving overeenkomen.[3,13,15-16] Slechts een minderheid achtte het noodzakelijk een inbreng te hebben in de triagescore; zorgverleners waren al helemaal niet akkoord met deze actieve rol van de patiënt.[17] Afhankelijk van de triagescore wordt de wachttijd ook langer. Wederom lijkt hier communicatie, deze keer over triagescore en de daaraan verbonden wachttijd, een cruciale rol te spelen. Patiënten lijken de verlengde wachttijd te kunnen verdragen mits voorafgaande inlichting hierover. Vooral de verpleging zou kunnen bijdragen aan een positievere beleving van deze wachttijden. [6,14,18-19]

In tegenstelling tot de jargonvrije taal die de patiënten verwachten naar zichzelf toe, werd **interprofessionele communicatie** met technische termen als positief beschouwd: patiënten ervaren dit als een blijk van bekwaamheid van de zorgverleners en voelen zich op deze manier veilig.[8]

Een niet te vergeten aspect van de spoedgeneeskunde is **pijnstilling**. Een inadequate pijnstilling draagt bij tot een negatieve ervaring. [8,19]

Wachttijden kwamen eerder al kort aan bod bij de organisatie van de spoeddienst, we gaan hier nu dieper op in. Het mag wederom niemand verrassen dat wachttijden een cruciale rol spelen in de patiëntbeleving op de spoeddienst. Patiënten vermelden een stijging van angstgevoelens bij lange wachttijden: ze vrezen dat dit de vaststelling van een ernstige pathologie inhoudt. Opvallend echter is dat er geen significant verband wordt gevonden tussen de reële wachttijd en de mate van tevredenheid bij de patiënt en zijn omgeving: het is voornamelijk de subjectieve beleving van deze wachttijd die van belang is.[6,8,20] Patiënten willen vooral informatie over hun toestand en de reden van de lange wachttijd. Er is wel degelijk begrip voor de voorrang van bepaalde pathologieën en de daaruit voortvloeiende langere wachttijden. Voldoende informatie geven hieromtrent lijkt dus noodzakelijk. Een rol lijkt ook hier weggelegd voor het meedelen van de triagescore.[6,8,20]

Een comfortabele wachtruimte lijkt ook belangrijk te zijn, deze kan de subjectieve tijdsbeleving significant inkorten. Belangrijke factoren hier zijn onder andere een gebrek aan privacy, lawaai en het niet kunnen bereiken van de alarmbel. Ook het aanreiken van basisbehoeften zoals comfortabele bedden, eten en drinken, WC's en dekens worden als positief ervaren en verminderen de subjectieve tijdsbeleving.[8,14,19,21]

Een manier om de reële wachttijden aan te pakken wordt bijvoorbeeld gehanteerd in Australië, de VS en de UK met de zogenaamde "fast track areas". Deze vangen de pathologieën met een lagere urgentiegraad op wat resulteert in minder lange wachttijden zonder te moeten inboeten aan de kwaliteit van de geleverde zorg.[22-24] Meer en meer maken ze op deze dienst gebruik van verpleegkundigen in plaats van artsen en deze scoren qua tevredenheid bij de patiënt zelfs beter. [22-24] Opmerkelijk is dat ongeveer de helft van de patiënten, gezien op de fast track area, aangeeft bij voorkeur een huisarts te raadplegen als die in de buurt voorhanden zou zijn bij een gelijkaardig probleem in de toekomst.[25]

Een ander probleem waarmee de spoeddienst kampt is de zogenaamde "**boarding patients**". Dit zijn patiënten die wachten op een bed dat vrijkomt in het ziekenhuis zelf na beslissing tot opname door het

spoedpersoneel. Deze wachttijd kan gemakkelijk meerdere uren bedragen. Belangrijker nog dan de negatieve subjectieve ervaring door de patiënt is het gevaar dat dit meebrengt voor ernstig zieke patiënten.[26] Hierop volgt dan een nog meer uitgesproken overbevolking van de spoeddienst met alle gevolgen van dien. Dit boarding-fenomeen wordt uiteraard als zeer negatief ervaren: de patiënt beseft dat zijn toestand voldoende kritiek is voor een opname, maar moet moedeloos urenlang in de spoeddienst verblijven.[27]

Ten slotte valt nog te vermelden dat ondanks de **verwachtingen** inzake diagnostische onderzoeken en therapeutische interventies waarmee een deel van de patiëntenpopulatie zich presenteert op de spoeddienst, het inlossen van deze verwachtingen geen significant effect heeft op de algemene tevredenheid van de patiënt op de spoeddienst.[20]

3.3. Redenen voor rechtstreeks contact met de spoeddienst

Zoals eerder beschreven komen in de literatuur verschillende aspecten aan bod dewelke de keuze van de patiënt verklaren om rechtstreeks naar de spoeddienst te gaan. We kunnen ze groeperen in enkele grote categorieën: een beperkte toegang tot de huisarts, een verminderd vertrouwen in de huisarts, de graad van urgentie ingeschat door de patiënt, gemakzucht, overtuigingen van familie, vrienden of andere zorgverleners waaronder de huisarts en de overtuiging van de patiënt dat de huisarts niet over de middelen beschikt die nodig worden geacht.[28]

Onder **beperkte toegang tot de huisarts** wordt onder andere verstaan: het niet kunnen verkrijgen van een afspraak op de dag zelf en het niet kunnen verkrijgen van een afspraak op een bepaald tijdstip gedurende de dag.[28] Ook het gebrek aan eerstelijnszorg buiten de werkuren wordt internationaal aangehaald.[29]

Een **verminderd vertrouwen in de huisarts** uit zich vooral in een groter vertrouwen in de zorg verstrekt in een ziekenhuis en niet zozeer in een angst voor slechte zorg bij de huisarts.[29-30]

Eén van de meest aangehaalde redenen is zonder twijfel de **inschatting van een hoge urgentiegraad**. De meeste patiënten die zich op spoed bevinden, zijn ervan overtuigd dat hun klacht wel degelijk dringende zorg vereist die enkel de spoeddienst hen kan bieden.[28]

De spoeddienst wordt door de patiënt vaak als gemakkelijk bereikbaar aanzien. 24u op 24u toegang waarbij een afspraak boeken overbodig is, dit in tegenstelling tot de meeste huisartsenpraktijken. **Gemakzucht** heeft dus ook een rol in de keuze.[31]

Advies van familie, vrienden en huisarts speelt uiteraard ook een grote rol.[28,31]

Verder hebben veel patiënten de indruk dat hun probleem **middelen** vereist waarover de huisarts niet beschikt zoals beeldvorming of een specifieke behandeling zoals een ingreep of het aanleggen van gipsmateriaal. [31-32]

Interessant om te vermelden is dat de (on)tevredenheid van de patiënt over de huisarts geen invloed blijkt te hebben op het aantal contacten met de spoeddienst.[33] Dit sluit echter niet uit dat een goed onderbouwde eerstelijnszorg leidt tot een betaalbare zorg met een hoge graad van tevredenheid.[34]

3.4. Organisatie van de zorg

Er zijn talloze vormen van organisatie van urgente zorg. In België kan men 112 bellen, rechtstreeks naar de spoeddienst gaan, de huisarts bellen, naar de huisartsenwachtpost gaan en 1733 bellen. In andere landen hebben ze dan weer volledig andere systemen. De analyse van de voordelen en nadelen van elk systeem gaat deze studie te buiten. Echter het vermelden waard is een Cochrane review uit 2018 dat de

parallelle eerstelijnszorg aan de spoeddienst bestudeerde; hetzij onder de vorm van eerstelijnszorgverleners in de spoeddienst zelf, hetzij onder de vorm van toegang tot de eerste lijn gelegen naast de spoeddienst. Deze review kon geen duidelijke conclusies trekken inzake effectiviteit en veiligheid.[35]

Eerder werd al vermeld dat één van de hoofdredenen om zich rechtstreeks naar de spoeddienst te wenden een verminderde toegankelijkheid tot de huisarts was. Nochtans blijkt dat het uitbreiden van de eerste lijn geen effect heeft op het aantal patiënten in de spoeddienst.[45-47] Het is niet goed geweten waarom patiënten niet vaker eerst bij de huisarts informeren. Mogelijks zijn de patiënten niet op de hoogte dat zij voor een urgentie meestal wel terecht kunnen bij de huisarts, dat de huisarts hier tijd voor maakt.[47]

Het mag duidelijk zijn dat in eender welk systeem de huisartsen een belangrijke taak hebben in het verwijzen van patiënten naar de spoeddiensten. In de literatuur blijkt tevens dat ze dit vaak met gegronde redenen doen. In vergelijking met zelfverwijzingen of verwijzingen via een digitaal of telefonisch systeem is gebleken dat verwijzingen via de huisarts het meest passend zijn voor de spoeddienst en ook vaker leiden tot een opname.[36-37] Opvallend is dat het telefonisch of digitaal triagesysteem nog geen absolute meerwaarde heeft aangetoond.[36,38-39]

De wijze van een dergelijke verwijzing naar de spoeddienst door de huisarts kan op verschillende manieren: telefonisch of via een schriftelijk document. Zoals eerder vermeld is het beste formaat van een verwijsbrief al meermaals elders bestudeerd en komt dit in deze studie niet uitgebreid aan bod. Elementen die zeker niet mogen ontbreken in een verwijsbrief gezien deze gevolgen kunnen hebben voor de veiligheid van de patiënt zijn een medicatielijst, comorbiditeiten en eventuele allergieën.[37] Indien mogelijk worden deze brieven elektronisch opgemaakt en niet handgeschreven; een universeel sjabloon zou de kwaliteit ook doen toenemen.[37]

Over het nut van dergelijke schriftelijke overhandiging van klinische informatie is niet veel bekend. De meeste literatuur erover is gedateerd.[40-42] Een oudere studie uit Australië besloot dat deze verwijsbrieven als uiterst behulpzaam werden beschouwd door de spoedartsen.[43] Sinds de publicatie van deze studie is er echter veel vooruitgang geboekt in het centraliseren en informatiseren van patiëntengegevens. Literatuur uit 2003 toont aan dat het ontbreken van informatie op de spoeddienst leidt tot een langer verblijf op de spoeddienst en dit laatste heeft dan weer langere wachttijden, patiënt ontevredenheid en een daling van de zorgkwaliteit als gevolg.[44]

Meer is er over verwijzingen naar de spoeddienst door de huisarts niet gekend. Één studie toonde aan dat er significant meer opnames en specifieke behandelingen werden opgestart bij de patiënten die werden doorverwezen door de huisarts.[47]

Met deze studie hopen we deze kennis uit te breiden of toch minstens een fundering te leggen voor verder onderzoek.

4. Resultaten

4.1. Analyse vragenlijsten

In totaal ontvingen we gegevens van 34 personen; de meerderheid (61.76%) werd doorverwezen. [tabel 1]

De klachten waren gevarieerd; de meest frequente waren gastro-intestinale problemen (23.53%), hartkloppingen/pijn op de borst (17.65%) en traumata (20.59%). Bij de gastro-intestinale problemen

was de meerderheid (n = 7/8) doorverwezen door de huisarts; bij traumata daarentegen was slechts 1 patiënt doorverwezen tegenover de andere 6 patiënten die zich op eigen initiatief presenteerden; bij de hartgerelateerde klachten was de helft doorverwezen. [tabel 1] Klachten niet expliciet in de lijst vermeld, maar wel aangehaald door patiënten waren vermoeden van een bloedklonter en verwardheid.

De bereikte populatie bestond voornamelijk uit volwassenen van 22 tot en met 65 jaar oud (50%) en 65-plussers (29.41%). Kinderen van 2 tot en met 6 jaar oud kwamen niet aan bod. [tabel 1]
Zestien patiënten (47.06%) presenteerden zich overdag tussen 8u en 20u tijdens een weekdag, de tweede grootste groep bestond uit 10 patiënten (29.41%) en presenteerde zich tevens overdag op een zater-, zon- of feestdag. De meerderheid van de patiënten (n = 14/16) die zich overdag doorheen de week presenteerden waren doorverwezen; in het weekend daarentegen bevond de meerderheid zich uit eigen initiatief op de spoeddienst (n = 6/10).[tabel 1]

Dertien patiënten (38.24%) verklaarden dat een gekend dossier in een specifiek ziekenhuis de voornaamste bijdrage had in de keuze voor dat ziekenhuis. De meerderheid koos echter voor het meest nabij gelegen ziekenhuis; 18 mensen (52.94%) duidden dit aan.[tabel 1] Andere redenen die werden aangehaald waren: een goede reputatie van het ziekenhuis, slechte en goede ervaringen met bepaalde ziekenhuizen, een ziekenhuis met specialisatie in een specifieke pathologie, de taalbarrière en in 1 geval was het de specialist die na telefonisch contact met de patiënt doorverwees naar het ziekenhuis waarin hij zelf werkzaam was .

Niet onverwacht begaf de grote meerderheid van de patiënten (88.24%) zich met eigen vervoer naar de spoeddienst, al dan niet met een familielid aan het stuur. Een enkele patiënt werd door de huisarts zelf vervoerd. De rest (8.82%) werd vervoerd via ambulance.[tabel 1]

Drieëntwintig patiënten (67.65%) werden binnen de 30 minuten gezien door een eerste zorgverlener. Een kleine minderheid (5.88%) moest dan weer tussen de 4 en 6 uren wachten. Niemand moest langer dan 6 uur wachten. Bij 9 patiënten (26.47%) was de eerste hulpverlener de spoedarts zelf. Zestien andere patiënten (47.06%) moesten iets langer, maar opnieuw niet meer dan 30 minuten wachten op de arts na het contact met de eerste zorgverlener.[tabel 1]

De meerderheid van de verwezen patiënten werd opgenomen (66.67%). Slechts 1 patiënt van de niet-verwezen groep werd opgenomen en dit betrof een bejaarde oude verwarde dame met hallucinaties. De specifieke behandelingen bestonden voornamelijk uit het aanleggen van gips of een steunverband, ook een cardioversie en opstarten van medicatie met een opvolgconsult later die dag werden vermeld. Bij één niet-verwezen patiënt ten slotte werd een pancreastumor vastgesteld; deze patiënt werd doorgestuurd naar oncologie.

Vijfentwintig van de vierendertig patiënten (73.23%) zou in geval van een recidief eerst contact opnemen met de huisarts. Slechts 2 patiënten die eerder werden doorverwezen door de huisarts zouden de volgende keer rechtstreeks naar de spoeddienst gaan. Een patiënt kreeg het nummer van de specialist mee en kreeg de instructie om met hem contact op te nemen in het geval van een probleem. Net iets meer dan de helft van de niet-verwezen patiënten (n = 7/13) zou de volgende keer toch eerst voor contact met de huisarts opteren. [tabel 1]

Een grote meerderheid, namelijk 27 patiënten (79.41%), vond niet dat de arts concrete maatregelen kon treffen om patiënten meer naar de huisarts te mobiliseren.[tabel 1] Zaken die werden aangehaald betroffen een betere bereikbaarheid van de huisarts en opvoeding van de patiënt omtrent urgenties. Een

ergernis bij vele patiënten is het niet verder geraken dan het onthaal, ze missen een rechtstreeks contact met de huisarts. Ook het nadeel van groepspraktijken werd aangehaald: het feit dat er wel altijd een arts beschikbaar is, maar niet diegene die hun dossier goed kent en hen al jaren verzorgt. Een concrete maatregel die gegeven werd was een online chat. Anderen wezen op de mogelijke rol van de spoeddienst: een verkeerdelijk gebruik van de spoed aankaarten en uitleggen wanneer ze zich dan wel, dan niet naar spoed moeten begeven. Voor de meesten was het echter vanzelfsprekend eerst de huisarts te bellen; extra maatregelen werden bijgevolg niet nodig geacht.

Tabel 1: Resultaten vragenlijsten

	Totaal (n=34)	Verwezen (n=21)	Niet-verwezen (n=13)
Patiënten			
Verwezen	21 (61.76%)		
Niet-verwezen	13 (38.24%)		
Reden van aanmelding			
Orthopedisch probleem	2 (5.88%)	2	0
Gastro-intestinaal probleem	8 (23.53%)	7	1
Wonde	1 (2.94%)	1	0
Tandpijn/NKO	2 (5.88%)	1	1
Hartkloppingen/Pijn op de borst	6 (17.65%)	3	3
Ademhalingsklachten	3 (8.82%)	2	1
Hoofdpijn/-letsel	2 (5.88%)	2	0
Psychiatrisch probleem	2 (5.88%)	2	0
Genitaal, ZS, urinewegprobleem	2 (5.88%)	1	1
Koorts, infectie, abces	1 (2.94%)	1	0
Vertigo, syncope	2 (5.88%)	2	0
Intoxicatie	0 (0%)	0	0
Huidprobleem	0 (0%)	0	0
Trauma	7 (20.59%)	1	6
Ziek kind	1 (2.94%)	1	0
Andere	4 (11.76%)	3	1
Leeftijdscategorie			
Baby (0-1j)	1 (2.94%)	1	0
Peuter (2-4j)	0 (0%)	0	0
Kleuter (5-6j)	0 (0%)	0	0
Schoolkind (7-12j)	2 (5.88%)	1	1
Puber (13-16j)	2 (5.88%)	0	2
Adolescent (17-21j)	2 (5.88%)	1	1
Volwassene (22-65j)	17 (50%)	12	5
Oudere (65+j)	10 (29.41%)	6	4
Tijdstip			
Ma-Vr; 8-20u	16 (47.06%)	14	2
Ma-Vr; 20-8u	4 (11.76%)	2	2
Za-Zo, feestdag; 8-20u	10 (29.41%)	4	6
Za-Zo, feestdag; 20-8u	4 (11.76%)	1	3
Keuze van het ziekenhuis			
Gekend dossier	13 (38.24%)	7	6
Keuze (huis)arts	4 (11.76%)	4	0
Ligging	18 (52.94%)	12	6
Andere	6 (17.65%)	4	2

Type vervoer			
Eigen vervoer	30 (88.24%)	18	12
Ambulance	3 (8.82%)	2	1
Andere	1 (2.94%)	1	0
Tijd aankomst – eerste hulpverlener			
0-30 minuten	23 (67.65%)	12	11
30-60 minuten	6 (17.65%)	4	2
1-2 uur	2 (5.88%)	2	0
2-4 uur	1 (2.94%)	1	0
4-6 uur	2 (5.88%)	2	0
Tijd eerste hulpverlener – arts			
Geen wachttijd (1ste hulpverlener = arts)	9 (26.47%)	5	4
0-30 minuten	16 (47.06%)	10	6
30-60 minuten	4 (11.76%)	1	3
1-2 uur	4 (11.76%)	4	0
2-4 uur	1 (2.94%)	1	0
Eerste contact bij aanmelding			
Receptionist	26 (76.47%)	17	9
Verpleegkundige	6 (17.65%)	3	3
Arts	2 (5.88%)	2	0
Eerste contact na aanmelding			
Verpleegkundige	23 (71.88%)	14	9
Arts	9 (28.13%)	6	3
Radioloog	0 (0%)	0	0
Outcome			
Opname	15 (44.12%)	14	1
Start specifieke behandeling	14 (41.18%)	5	9
Ontslag zonder behandeling	5 (14.71%)	2	3
Keuze igv recidief			
Spoeddienst	8 (23.53%)	2	6
Huisarts	25 (73.53%)	18	7
Andere	1 (2.94%)	1	0
Maatregelen voor de huisarts			
Ja	7 (20.59%)	5	2
Nee	27 (79.41%)	16	11

Afkortingen: NKO neus-keel-oor, ZS zwangerschap

Nota: er zijn meerdere klachten per patiënt mogelijk

Nota: meerdere antwoorden zijn mogelijk ter verantwoording van de keuze van ziekenhuis

In het algemeen kreeg de spoeddienst in al haar aspecten een goede score. Een totale gemiddelde score van minder dan 3.8/5 werd er niet gegeven. Over de hele lijn lag de gemiddelde score van de verwezen patiëntengroep lager dan die van de niet-verwezen patiënten. De grootste verschillen bevonden zich op het vlak van wachttijd en uitleg van de zorgverleners: respectievelijk een score van 3.6 versus een score van 4.2 en een score van 3.7 versus een score van 4.3.[tabel 2]

Tabel 2: Score deelaspecten van de spoeddienst

	Score totaal (n=34)	Score verwezen (n=21)	Score niet-verwezen (n=13)

Organisatie	4.0 (SD 0.7)	3.8 (SD 0.7)	4.2 (SD 0.8)
Wachttijd	3.8 (SD 1.0)	3.6 (SD 1.2)	4.2 (SD 0.8)
Uitgevoerde onderzoeken	4.0 (SD 0.7)	3.9 (SD 0.9)	4.2 (SD 0.5)
Uitleg van de zorgverleners	3.9 (SD 0.9)	3.7 (SD 1.1)	4.3 (SD 0.7)
Contact met de zorgverleners	4.2 (SD 0.9)	4.0 (SD 1.0)	4.4 (SD 0.7)
Psychologische opvang[1]	4.2 (SD 1.1)	4.2 (SD 1.1)	NVT
Algemeen	3.9 (SD 0.7)	3.8 (SD 0.9)	4.1 (SD 0.6)

Afkortingen: SD standaard deviatie, NVT niet van toepassing
SCORE: 1 = zeer slecht, 5 = zeer goed
[1] Indien van toepassing

Bij zowat elk voorgesteld probleem verklaarde de meerderheid van de patiënten, zowel verwezen als niet-verwezen, eerst contact op te nemen met de huisarts; enkel bij een craniaal trauma bij het kind koos de meerderheid in beide patiëntengroepen voor rechtstreeks contact met de spoeddienst. [tabel 3][bijlage 1]
Het aandeel van de patiënten die rechtstreeks naar de spoeddienst zouden gaan was over de hele lijn net iets groter bij de niet-verwezen patiënten dan bij de verwezen patiënten. Enkel bij pijn op de borst, hartkloppingen en buikpijn bij het kind was dit aandeel groter bij de verwezen patiënten: respectievelijk 33.3% vs. 30.8% , 23.8% vs. 23.1% en 4.8% vs. 0%. Het valt echter op dat er bij deze problemen wel een groter aandeel twijfelaars zitten tussen de niet-verwezen patiënten. Deze patiënten konden geen keuze maken op papier tussen spoeddienst en huisarts en vermeldden een te grote hoeveelheid variabelen in deze situaties. [tabel 3][bijlage 1]
Bij problemen als vertigo, hoofdpijn, buikpijn bij de volwassene en braken en diarree bij de volwassene gaf niemand aan hiervoor onmiddellijk naar de spoeddienst te vertrekken.[tabel 3][bijlage 1]
Het grootste verschil in antwoorden tussen beide patiëntpopulaties werd gezien bij problemen als 40°C of meer bij de volwassene (14.3% vs 53.8%), 40°C of meer bij het kind (42.9% vs. 69.2%) en craniaal trauma bij de volwassene (33.3% vs. 69.2%).[tabel 3][bijlage 1]

Zie bijlage 1 voor een meer uitgebreid overzicht en vergelijking tussen de verschillende patiëntengroepen, namelijk verwezen en niet-verwezen patiënten.

Tabel 3: Keuze huisarts of rechtstreeks de spoeddienst bij verschillende klachten

Probleem	Huisarts	Spoed	Niet geweten
Snijwonde	26	5	3
Bijtwonde	22	9	3
Pijn op de borst	18	11	5
Hartkloppingen	20	8	6
Vertigo	32	0	2
Hoofdpijn	32	0	2
Rugpijn	31	1	2
Buikpijn bij volwassene	32	0	2
Buikpijn bij kind	30	1	3
Braken/diarree bij volwassene	32	0	2
Braken/diarree bij kind	28	4	2
40°C of meer bij volwassene	22	10	2
40°C of meer bij kind	14	18	2
Craniaal trauma bij volwassene	15	16	3
Craniaal trauma bij kind	10	21	3

Niet-craniaal trauma bij volwassene	23	8	3
Niet-craniaal trauma bij kind	23	8	3
Kind met koorts	30	2	2

4.2. Analyse interviews

4.2.1. Tevredenheid

4.2.1.1. Over de houding van de huisarts

De grote meerderheid van patiënten was tevreden met de houding van de huisarts en vond niet dat deze bijkomende maatregelen moest treffen om patiënten te motiveren zo veel mogelijk eerst de huisarts te raadplegen vooraleer naar de spoeddienst te gaan. Een patiënt vermeldde dat er al meer dan genoeg informatie beschikbaar is en bijkomende informatie verloren zou gaan in de massa.

> *"Wij hebben eerst met hun contact opgenomen en hebben een verwijsbrief gekregen, ik vind dat het beste, ik vind dat dat zo moet"*
>
> *"Ik denk dat ze doen wat ze moeten doen en hoe meer flyers hoe minder dat ze lezen"*

4.2.1.2. Over de verkregen informatie

Enkele patiënten stonden versteld van de moeite die enkele artsen staken in het verschaffen van voldoende informatie. Niet enkel naar henzelf toe, maar tevens naar hun omgeving.

> *"C'est lui qui nous a expliqué vraiment…il a même parlé avec mon mari par téléphone parce qu'il était à la maison, donc c'était vraiment nickel"*

4.2.1.3. Over de taal

De taalproblematiek betreffende de kennis van het Nederlands en Frans is een omstreden kwestie. Bij deze bevraging ondervonden enkele patiënten hier echter geen enkel probleem mee.

> *"C'étaient tous des bilingues parfaits…c'était rare…chez les hôpitaux néerlandophones c'est rare de trouver des bilingues…Ils l'ont expliqué à lui [mon fils] en néerlandais et ils m'ont expliqué à moi aussi en français"*

4.2.1.4. Over de verwijsbrief

De verwijsbrief leidde tot tevredenheid in meerdere opzichten: het leidde tot een betere continuïteit van de zorg, soms had de patiënt de indruk sneller bediend te worden en het hielp ook in hun zelfzekerheid. Dit laatste vooral omdat ze de indruk hadden serieus te worden genomen: ze zagen zich tegemoet gekomen in hun rol als patiënt. Een patiënt haalde aan dat dit tevens als een meerwaarde werd beschouwd door het spoedpersoneel zelf.

> *"Il sait plus qu'est-ce qui ce passe…des détails…nous on va pas forcément dire et que le docteur va quand même dire…c'est mieux expliqué en fait .. qu'on n'oublie rien"*
>
> *"Ik denk wel…dat ik door die brief sneller ben behandeld…moest ik daar binnen gegaan zijn en gewoon gezegd hebben "ja, ik heb hevige buikpijn" en ik moet af en toe braken, dan weet ik niet dat ze…ik een voorrangsregel zou gekregen hebben"*
>
> *"Dat het eigenlijk een serieus bezoek is en niet zomaar op de spoeddienst om geen afspraak te moeten nemen"*

"C'est pas la même chose ce que raconte la mère et ce que raconte un docteur"

"Dat wordt soms wel geappreciеerd hoor op spoed…"amai, we krijgen eens een brief mee"…en ook dat hij belt"

4.2.2. Ontevredenheid

4.2.2.1. Over de toegankelijkheid van de arts

Enkelen waren niet tevreden over de werking van een groepspraktijk: ze zijn 1 arts gewend en hebben moeite hier afstand van te doen. Ze zijn van mening dat de andere artsen hen minder goed kunnen helpen doordat ze het dossier minder goed kennen; bovendien geraken velen niet verder dan het onthaal. Hun arts wordt op deze manier ontoegankelijk, wat leidt tot een snellere wending tot de spoeddienst.

"En als er iemand moet thuis komen, komt er 1 van de 2 andere dokters, die zijn niet op de hoogte van mijn man zijn geval"

"Moest ik…de huisarts niet kunnen bereiken, dan zou ik wel naar de spoed gaan"

4.2.2.2. Over de wachtpost

Enkele patiënten zagen geen meerwaarde in de wachtpost, het was voor hen eerder tijdsverlies. Een negatieve ervaring lag hier vaak aan de basis.

"Die hebben hem echt niet kunnen helpen, die hebben daar aan zitten frutselen, dat bleef maar bloeden…en het resultaat was dat ik toch naar spoed moest…enorm veel tijd verloren en ze heeft niet kunnen helpen"

4.2.2.3. Over het contact met de zorgverleners

Een deel van de patiënten had een negatieve ervaring betreffende het contact met het personeel. Dit omvatte de algemene sfeer in het ziekenhuis, het onpersoonlijke contact en onvriendelijkheid.

"We zijn daar binnengekomen en we zijn daar ik weet niet hoe lang blijven staan aan dat loket en die dame die zei noch boe noch ba, nog geen goeiendag of niets…de ontvangst was allesbehalve, dat was nul"

4.2.2.4. Over de continuïteit van de zorg

Patiënten haalden meermaals aan hun verhaal vaak te moeten herhalen. Ze verwachtten dat de gegeven informatie zou doorgespeeld worden naar de andere zorgverleners. Er was dus een gebrek een interprofessionele samenwerking. Dit uitte zich ook soms in de communicatie met externe artsen: de verslagen vanuit de spoeddienst vonden niet altijd hun weg naar de externe behandelende artsen.

"Daar krijgt ge artsen ook…daar krijgt ge er 10…en ze komen u 20 keren dezelfde vragen stellen"

"Ik zeg "kunt u dat doorsturen die gegevens?"…"Ja, u mag erop rekenen"…ik kom bij mijn gynaecologe, die heeft niets…die heeft zelf zitten bellen…om dus die resultaten door te scannen, dat heeft daar heel wat geduurd"

4.2.2.5. Over het wachten

Ontevredenheid in dit aspect betrof de infrastructuur van de wachtzaal, de accommodatie en een gebrek aan privacy. Patiënten haalden een plaatstekort aan, onaangename temperaturen en een gebrek aan faciliteiten om iets te eten of te drinken. Soms was er ook gewoon sprake van onduidelijke accommodatie en hadden de patiënten graag te horen gekregen waar ze iets konden gaan halen om te eten en waar ze het WC konden vinden.

> *"Er waren zelfs geen plaatsen…er waren mensen die moesten rechtstaan"*
>
> *"De kans geven om…ergens iets te drinken…of zeggen "als ge naar het toilet moet, daar"…ge moest alles vragen, op dat gebied een beetje meer informeren"*
>
> *"Het een is achter een gordijn waar dat gans de wachtzaal u hoort…de buur moet niet horen wat dat ik heb"*
>
> *"Ge zit daar dus ook in dat… slaapkleed…met die rug halfopen, dat is just die slip…naast mij en rond mij zaten daar dus mensen…*

4.2.2.6. Over de verkregen informatie

Een grote groep klaagde over het gebrek aan informatie, een deel van deze patiënten nuanceerde dit echter: er was een mogelijkheid tot het verkrijgen van voldoende informatie mits voldoende assertiviteit van de patiënt. Dit gebrek aan informatie gold voor alle aspecten van de spoeddienst: gebrek aan uitleg betreffende de diagnose, de resultaten van bijkomende onderzoeken, de behandeling en de mogelijke wachttijden. Twee patiënten haalden ook aan dat ze te weinig informatie kregen over het eventueel verbod op eten en drinken in kader van mogelijke bijkomende onderzoeken.

> *"In feite heb ik zelf nog nog moeten vragen…want ze hadden mijn kamer al klaargemaakt voor die appendix…uiteindelijk heb ik zelf moeten vragen van van "Ja, wat is het dan juist?""*

4.2.2.7. Over de taal

Ontevredenheid omtrent taal uitte zich in 2 vormen: het gebruik van vakjargon en de kwestie van een gebrek aan kennis van de Nederlandse, dan wel de Franse taal. Sommigen waren van mening dat ze tevens anders werden behandeld op basis van de taal waarmee ze zich aanboden op de spoed.

> *"Aussi on tente d'utiliser des mots qu'on ne connait pas"*
>
> *"Het was eigenlijk een Franstalige en ik begreep haar heel moeilijk"*
>
> *"Quand tu parles français ils t'accueillent pas bien, tu es obligé de parler flamand pour mieux être accueilli"*

4.2.2.8. Over de verwijsbrief

Enkele patiënten waren ervan overtuigd dat de aanwezigheid van een verwijsbrief geen enkele invloed had op hun bezoek aan de spoeddienst.

> *"Nee, nee, nee, daar luisteren ze echt niet naar…hij heeft daar uren gelegen"*

4.2.3. Ongerustheid

Ongerustheid speelde een grote rol in het rechtstreeks aanspreken van de spoeddienst. Deze ongerustheid uitte zich in verschillende vormen.

4.2.3.1. Door angst voor ernstige pathologie

Een grote meerderheid van de patiënten vreesde voor hun leven. Ze waren in paniek en waren van oordeel dat elke minuut telde. Hierdoor dachten ze er zelfs niet aan om eventueel een arts of arts van wacht te raadplegen.

> *"Omdat ik puur in paniek was… ik had pijn, het was aan mijn hart, ik wist niet wat het was"*

4.2.3.2. Door de omgeving

Een deel van de patiënten gaf aan ongerust te zijn door de mening en adviezen van familie, vrienden en kennissen. Deze ongerustheid was nog groter indien deze in de gezondheidssector werkte.

> *"Mijn dochter is verpleegkundige [en raadde aan om naar de spoeddienst te gaan]"*

4.2.3.3. Over de vaardigheden van de zorgverleners

Er heerste soms verwarring over de vaardigheden waarover elke arts zou moeten beschikken. Dit leidde tevens tot ongerustheid.

> *"Omdat ik niet weet of de huisarts het kan" (over hechten)*
>
> *"Dan zei die dame van de scan "oei, gij zijt nog niet geprikt voor die vloeistof"… en ik hoorde ze zeggen van "ja, maar ik ben dat niet gewoon he…ik zal mijn best doen dan he"*

4.2.4. Geruststelling

4.2.4.1. Door de triagescore

Een patiënte die haar triagescore kende zei dat dit geruststelling teweeg bracht: ze wist op deze manier ongeveer haar wachttijd te voorspellen en kon het feit niet meteen gezien te worden een plaats geven.

> *"Dan begreep ik met dat kleurenbord dat dat navenhand de ernst van de klacht is dat je dus sneller behandeld wordt of niet…Dat stelt u een beetje gerust ook"*

4.2.4.2. Door de verkregen informatie

Een oudere patiënte wiens echtgenoot met de ambulance vervoerd was, moest lange tijd wachten in de wachtkamer. Ze gaf aan deels gerustgesteld te zijn geweest door een korte boodschap van de spoedarts en verpleging.

> *"Ze hadden mij al gezegd dat het niet langer heeft geduurd dat dat positief was…"ik zal u man verzorgen, ge moet niet ongerust zijn""*

4.2.5. Verwachtingen van de patiënt

Bijna elke patiënt komt met bepaalde verwachtingen naar de spoeddienst. Deze verwachtingen worden gecreëerd door eerdere ervaringen en hun terechte of onterechte kennis over het gezondheidsprobleem.

4.2.5.1. Over nood aan bijkomend onderzoek

Vooral bij traumata verwachtten de patiënten bijkomend onderzoek, met name beeldvorming.

> *"Je trouve que voilà le docteur ne va pas savoir vraiment qu'est-ce qu'elle a au dos, c'est comme la tête aussi…pour être sûr"*

4.2.5.2. Over nood aan een specifieke behandeling

Ook hier waren het vooral de patiënten met traumata die zich op de spoeddienst presenteerden met de verwachting een specifieke behandeling te verkrijgen, met name een ingreep of gipsaanleg. Ze zijn hier vaak tevens overtuigd van een specifieke diagnose.

Deze verwachting ontstaat echter ook bij andere gezondheidsproblemen die de mensen herkennen en waarvoor de vorige keer een specifieke behandeling nodig geacht werd. De verwachting ontstaat door een eerdere ervaring.

> *"On a vu qu'il ne savait plus bouger et aussi c'était un peu sorti donc on voyait qu'il y avait une fracture"*
>
> *"Het is de eerste keer niet dat ze ons dat doet, dus in het algemeen weten we dat…spoed en dan moet ze antibiotica krijgen…soms moet ze blijven"*

4.2.5.3. Door een verschillende interpretatie van een spoedgeval

Patiënten en zorgverleners komen niet telkens overeen in de urgentiegraad van de aanmeldingsklacht. Dit kan leiden tot niet ingeloste verwachtingen.

> *"Als je naar spoed gaat moet dat toch snel zijn, ik vind niet dat 30 minuten wachten snel is"*
>
> *"Ik vind ja, ze moeten mensen dat met een brief langskomen toch voorrang geven"*

4.2.6. Onmacht

4.2.6.1. Door gebrek aan informatie

Lang in het ongewisse blijven, leidt bij de patiënten tot onmacht. Ze krijgen het gevoel vergeten te worden en kunnen nergens terecht met hun vragen. Een patiënt gaf aan zich verloren te voelen op de spoeddienst: hij was al iets ouder, kon niet alles volgen en durfde of was niet in staat aan te dringen op uitleg, hij moest alles maar ondergaan.

> *"Toch soms ne keer komen kijken of we nog leven"*
>
> *"Ge zijt een beetje aan u lot overgelaten"*
>
> *"Ik was onder de indruk...kon niet goed volgen"*

4.2.6.2. Door gebrek aan presentatie

Vooral in de grotere ziekenhuizen is het niet ongewoon meerdere zorgverleners over de vloer te krijgen. Verschillende patiënten gaven aan meermaals hun verhaal te moeten doen bij mensen waar ze niets van af wisten. Ze moesten maar hopen dat deze persoon de arts was die hen verder kon helpen.

> *"Niemand heeft zich daar eigenlijk bekend gemaakt als dokter…niemand stelt zich daar voor…ge weet niet met wie dat ge te maken hebt eigenlijk…ze komen en ze gaan…ge wordt wat in het ongewisse gelaten"*

4.2.7. Onwennigheid

4.2.7.1. Over het gebruik van de wachtpost

Voor velen was de arts van wacht of de wachtpost een fenomeen waarmee ze niet vertrouwd waren en dus ook niet hun eerste toevlucht.

> *"Ik zou niet eens weten waar het nummer is…ik zou het vinden op het internet, maar ik dacht er niet echt aan nee"*

4.2.8. Begrip

4.2.8.1. Voor de wachttijden

Een meerderheid van de patiënten gaf aan in zeker zin begrip te hebben voor de soms langere wachttijden. Ze konden volledig begrijpen dat dringendere probleemgevallen eerder werden gezien en beschouwden soms een personeelstekort als oorzaak van de wachttijden. Een patiënt gaf aan dat wachttijden soms langer kunnen duren als je ongerust bent.

> *"Het personeel kan hier ook niet aan doen, maar als je hulp nodig hebt, dan kan het soms lang duren of lijken dat het lang duurt."*
>
> *"Het was heel druk…ik begrijp dat de dringende gevallen voorgaan"*
>
> *"Ze waren een beetje onderbemand denk ik…ik heb lang moeten wachten, maar dat is hun fout niet he"*

4.2.9. Dankbaarheid

4.2.9.1. Voor de verschafte zorg

Enkele patiënten uitten de dankbaarheid voor mogelijkheid tot zorg. Het maakte voor hen niet uit hoe lang ze moesten wachten, ze waren dankbaar dat ze ergens terecht konden.

> *"Ik heb daar wel een tijdje gezeten, maar ja, ik was content dat…ze mij konden helpen…ik was content dat ik geholpen was"*

4.2.9.2. Voor de aanpak van de artsen

Een patiënte was op de spoeddienst aanwezig voor haar verwarde man. Hij was niet in zijn normale doen en kwam zelfs agressief over. Ze was dankbaar voor het geduld en het begrip van de zorgverleners.

> *"Die hebben heel veel geduld gehad, want ja…hij was agressief, het was niet gemakkelijk"*

4.2.10. Voorstellen tot verbetering

4.2.10.1. Over de bereikbaarheid van de huisarts

Een significante groep van patiënten zag hier ruimte voor verbetering, maar kon geen concrete voorstellen geven. Een patiënt zag de mogelijkheid van een medische chatdienst.

> *"En ligne comme ça…comme Facebook, on va dire un chat en ligne direct"*

4.2.10.2. Over de rol van de spoeddienst

Enkele patiënten zagen het belang van de rol van de spoeddienst in de opvoeding van de bevolking. Het leek hen raadzaam dat de spoeddienst hen inlicht over het (mis)bruik van de spoeddienst.

> *"Nu hebben ze het mij goed uitgelegd [op spoed]…nu zou ik zeggen wacht ik een beetje"*

4.2.10.3. Over de wachttijd en ongerustheid

Een deel van de patiënten gaf aan minder moeite te hebben met het wachten als ze hiervan van tevoren op de hoogte worden gebracht. Zo creëert men geen valse verwachtingen. Ook het tijdig verschaffen van informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt aan de patiënt en/of zijn familie maakt het wachten, de onzekerheid en de ongerustheid draaglijker. Dit hoeft geen uitgebreide uitleg te zijn, zolang ze zo snel mogelijk verschaft wordt, de uitvoerige uitleg mag later volgen.

"Gewoon de mensen een beetje meer informeren van "kijk, het is druk, ge gaat wat langer moeten wachten""

"Communiceren met de mensen, uitleg geven…en vooral met de begeleidende persoon ook als de zieke niet veel in staat meer is…toch iets zeggen"

5. Discussie

5.1. Aanmeldingsklachten en rechtstreekse presentatie op de spoeddienst

We zien dat de problemen waarmee de patiënten zich presenteren op de spoeddienst vergelijkbaar zijn met die uit de literatuur. De meest voorkomende problemen aangehaald in dit laatste zijn gastro-intestinale klachten en cardiovasculaire problemen bij verwezen patiënten en traumata en cardiovasculaire problemen bij niet-verwezen patiënten.[36] Dit komt overeen met onze resultaten.

Een van de meest aangehaalde redenen van rechtstreekse melding op de spoeddienst in de literatuur is de overtuiging van nood aan extra middelen die de huisarts niet kan bieden zoals beeldvorming en de overtuiging van de hoge urgentiegraad.[28] Deze redenen werden tevens aangehaald bij onze selectie van patiënten en dit biedt ook een gemakkelijke verklaring voor de meest voorkomende aard van klachten in de niet-verwezen groep, namelijk traumata en cardiovasculaire klachten. Bij traumata zijn vele patiënten immers van mening dat correcte diagnostiek enkel bekomen kan worden met beeldvorming. Bij cardiovasculaire problemen speelt er dan weer een grote factor ongerustheid: het mag geen verrassing zijn dat patiënten hier geen risico willen nemen en graag voor de zekerheid toch naar de spoeddienst gaan.

Andere redenen ter verantwoording van een rechtstreekse bezoek aan de spoeddienst kunnen we groeperen in verschillende klassen: advies van familie en omgeving, eerdere ervaringen en onbereikbaarheid van de arts. Deze redenen komen overeen met de eerder aangehaalde literatuur.[28, 31-32] De onbereikbaarheid van artsen komt steeds meer op de voorgrond en dit betekent niet altijd de letterlijke onbereikbaarheid van een arts, maar een ontoegankelijkheid tot de "eigen" arts zoals soms het geval is in groepspraktijken. In groepspraktijken is er heel de dag door meestal mogelijkheid tot rechtstreeks contact met een arts of een afspraak op de dag zelf, maar dit is uiteraard niet steeds de arts waarmee de patiënt het meest vertrouwd is. Het lijkt moeilijk voor de bevolking om aan te nemen dat een solo-arts die praktisch 24 uur op 24, 7 dagen op 7 beschikbaar is, geleidelijk aan wordt vervangen door groepspraktijken met meerdere werkzame artsen en wachtposten. Misschien wordt dit voor de komende generaties die niets anders kennen, makkelijker aanvaardbaar.

5.2. Wachttijden

Uit de resultaten blijkt dat een grote meerderheid van patiënten minder dan 30 minuten moest wachten op contact met een zorgverlener. Dit lijkt op het eerste zicht in strijd te zijn met de algemene perceptie van de spoeddienst die bij velen gekend staat om zijn lange wachttijden. Zoals in de literatuur beschreven is het de gepercipieerde wachttijd die primeert op de objectieve duur van de wachttijd [6,14,18-19] en dit zou het ongenoegen van de patiënten kunnen verklaren. Voldoende ruimte, toegang tot eten en drinken, een duidelijk aangetoond toilet en een niet te koude of te warme wachtruimte kunnen het wachten aangenamer maken. Tevens het meedelen van de triagescore zou kunnen helpen, dit help de patiënt de wachttijd in te schatten.

Opvallend was dat de patiëntengroep die de langste wachttijden aanduidde uitsluitend tot de groep doorverwezen patiënten behoorde. In de groep niet-doorverwezen patiënten duidde niemand een wachttijd van langer dan 60 minuten aan. Een eventuele verklaring hiervoor zouden de momenten van presentatie kunnen zijn. Een verwijzing door de huisarts gebeurt het vaakst tijdens de normale werkuren;

het lijkt niet onlogisch te concluderen dat er een maandag om 10u meer volk op de spoeddienst is dan een woensdagnacht om 3u. Harde conclusies kunnen we uit deze studie echter niet trekken. De 2 patiënten die aanduidden 4-6 uur te wachten waren bovendien 's nachts op de spoeddienst.

We moeten er evenwel mee rekening houden dat deze bevraging post facto werd gedaan, dus dat de accuraatheid van de gegeven antwoorden wat betreft wachttijden wel meer dan eens kan afwijken van de realiteit. Bovendien hadden we te maken met een groetere groep verwezen patiënten.

5.3. Opname en behandeling

Het valt toch op dat een groot deel van de verwezen patiënten werd opgenomen. Dit tegenover maar 1 enkele patiënt in de niet-verwezen groep. Specifieke behandelingen werden vaak opgestart bij de niet-verwezen groep en bestonden voornamelijk uit het aanleggen van een gips of steunverband. Dit is ergens wel logisch gezien de meest voorkomende klacht in deze groep traumata waren. Slechts 2 patiënten in de verwezen groep en 3 patiënten in de niet-verwezen groep werden zonder behandeling naar huis gestuurd. Ook hier kunnen we stellen dat onze gegevens overeenkomen met die uit de literatuur: er volgt wel degelijk vaker een opname op een doorverwijzing door de huisarts.[36-37, 47]

5.4. Recidief

Een opvallend resultaat is dat een groot deel van de patiënten in geval van een recidief eerst contact zou opnemen met de huisarts, dit is ook het geval in de niet-verwezen groep. Dit kan wijzen op een goede educatie van de patiënt, zowel door de huisarts als door de spoeddienst. Tevens kan dit deels verklaard worden door een interviewer bias.

5.5. Maatregelen

De grote meerderheid vond het de logica zelve eerst de huisarts te bellen en zagen geen nood aan bijkomende maatregelen. Anderen zagen enige ruimte van verbetering, maar konden geen concreet voorbeeld geven van mogelijke aanpassing aan het huidige systeem.

Een derde groep kon wel concrete voorstellen geven voor de huisarts: onder andere een online chat met een arts werd aangehaald. Op de haalbaarheid van deze voorstellen werd niet verder op ingegaan. Ik kan me voorstellen dat dit voor zorgverleners als minder vanzelfsprekend wordt beschouwd.

Nog een ander deel van de patiënten zag dan weer een mogelijke rol van de spoeddienst zelf. Het lijkt dus belangrijk aan te kaarten wanneer een patiënt voor een bepaalde klacht in het vervolg best een huisarts zou raadplegen: de patiënten tonen zich bereid deze boodschap te aanvaarden en hieruit te leren.

5.6. Gebruik van de wachtpost

Oorspronkelijk werd het gebruik van de wachtpost niet expliciet aangehaald in de vragenlijst. Aangezien uit de vragenlijst bleek dat velen niet vertrouwd waren met de wachtpost/arts van wacht of het bestaan hiervan zelfs niet kenden, werd hier in de interviews dieper op ingegaan. Het nummer van de eigen huisarts, het adres van het meest nabijgelegen ziekenhuis en het noodnummer 112 zijn voor de meeste mensen snel te vinden, vaak opgeslagen in hun telefoon. Het nummer van de wachtpost of arts van wacht daarentegen ontbreekt hier vaak. Het is begrijpelijk dat in het geval van ongerustheid patiënten sneller naar een vertrouwde omgeving grijpen. Onzekerheid kan immers bijdragen tot een toename van de ongerustheid. Aangezien patiënten geneigd zijn het vertrouwde op te zoeken zou het eventueel baten om patiënten meermaals in contact brengen met de wachtpost/arts van wacht onder de vorm van flyers, Tv-spotten, radiospotten en dergelijke.

5.7. Scores van de verschillende deelaspecten van de spoeddienst

Door het groter aandeel van verwezen patiënten in deze studie zijn de gegeven scores voor de verschillende deelaspecten van de spoeddienst moeilijker te interpreteren. Hier valt namelijk verbazingwekkend genoeg op dat de niet-verwezen patiënten een aangenamere ervaring lijken te hebben dan de verwezen patiënten, voornamelijk wat betreft wachttijd en uitleg van de zorgverleners. Dit kunnen we eventueel verklaren door de verschillende verwachtingen die beide patiëntengroepen hebben: mogelijks verwachten de verwezen patiënten meer van hun bezoek aan de spoeddienst dan de patiënten die op eigen initiatief komen. Zoals eerder aangehaald presenteren de verwezen patiënten zich bovendien logischerwijs vaak tijdens de klassieke werkuren en kan men sowieso een hogere werkdrukte verwachten op dat moment. Deze hogere werkdruk kan leiden tot langere wachttijden en minder tijd voor duidelijke uitleg. Het mag wel gezegd worden dat de scores in het algemeen vrij hoog liggen en we dus mogen besluiten dat de meerderheid van deze patiënten relatief tevreden was met zijn ervaring op de spoeddienst.

5.7.1. Organisatie en wachttijden

Elementen die een negatieve invloed hadden op de score wat betreft organisatie en wachttijden waren onder andere een gebrek aan informatie en slechte omstandigheden tijdens het wachten. Informatie over accommodatie door het onthaal, informatie over de voorziene wachttijd met behulp van bijvoorbeeld een triagescore en korte tussentijdse informatie over de gezondheidstoestand zou deze score kunnen doen stijgen. Vaak heerst er bovendien een verschil in de interpretatie van de term spoedgeval: een patiënt met subjectieve dyspneu, maar normale parameters kan het gevoel hebben geen 30 minuten te kunnen wachten terwijl dit voor de arts een minder prioritair probleem kan zijn die dag. Ook hier zou een triagescore meegeven eventueel kunnen helpen. Ten slotte hadden we hier ook te maken met boarding patiënten, een pasklare oplossing hiervoor is moeilijk. Dit heeft meer te maken met de infrastructuur van het ziekenhuis in zijn geheel en minder met de spoeddienst zelf.

5.7.2. Uitgevoerde onderzoeken

Over de uitgevoerde onderzoeken hadden weinig patiënten een sterke mening. De meesten waren tevreden. Sommigen spraken van een gebrek aan uitvoerig onderzoek of juist een overmaat aan onderzoek met tijdsverlies en crowding van de spoeddienst tot gevolg. Veel ruimte voor verbetering lijkt hier niet te zijn.

5.7.3. Uitleg van de zorgverleners

In tegenstelling tot het voorgaande hadden de patiënten veel te zeggen over de uitleg van de zorgverleners: van harde kritiek tot grote complimenten. Dit komt in de literatuur ook tot uiting. [8-12]

Het meest opvallend minpunt was het gebrek aan informatie of de nood aan assertiviteit om deze informatie te verkrijgen. Patiënten gaven aan een afwezigheid van behandeling niet erg te vinden mits een goede uitleg. Met goede communicatie kunnen we dus een hele hoop frustratie vermijden bij patiënten en zorgverleners.

Jammer genoeg bleek ook de taalkwestie een probleem te zijn: uitleg kan nooit als goed ervaren worden als zorgverlener en patiënt niet dezelfde taal spreken. Dit is een probleem die in de bestudeerde literatuur niet prominent aan bod komt. In België is dit een gekend probleem en is het niet verbazingwekkend dat deze ook in de gezondheidssector opgemerkt wordt. Belangrijk te vermelden is dat deze taalkwestie over Nederlands versus Frans gaat en dus niet over meer exotische talen. Het lijkt mij geen overdreven vereiste om als zorgverlener thuis te zijn in beide talen. Andere patiënten haalden dan weer jargon aan als taalprobleem: ook hier is het aan de zorgverleners om hier op te letten en uitleg steeds in mensentaal proberen te geven.

5.7.4. Contact met de zorgverleners

Over het contact waren de meeste patiënten positief. Vaak is ontevredenheid te wijten aan de indruk niet serieus genomen te worden. En wederom komt de taalkwestie hier aan bod. Met vriendelijkheid nemen de meeste patiënten genoegen.

5.8. Verwijzing

Net zoals de wachtpost werd het nut van een verwijzing met een verwijsbrief niet expliciet bevraagd in de vragenlijst. In de interviews ontstond de mogelijkheid om hier verder op in te gaan. Over het algemeen waren de patiënten het ermee eens dat een verwijzing met verwijsbrief een meerwaarde bood. Op de vraag of de ervaring op de spoeddienst hierdoor beïnvloed werd, was er meer onenigheid met een meerderheid die van mening was dat dit niet het geval was. In ieder geval kunnen we niet ontkennen dat deze belangrijk kan zijn in de continuïteit van de zorg en nutteloos lange zoektochten voor de spoedarts kan vermijden. Het belang van kennis van antecedenten, medicatie en allergieën mag niet onderschat worden. Een differentiële diagnose en de notie van alarmtekens die ertoe leidden de patiënt door te sturen naar de spoeddienst kan ook veel misverstanden en frustratie vermijden.

In ons huidige gezondheidssysteem is de Sumehr, oftewel Summarized Electronic Health Record, hier ook zeker het vermelden waard. Deze wordt aangemaakt door de huisarts van de patiënt en bevat de essentiële gegevens omtrent de gezondheidsgegevens van de patiënt. Deze wordt dan mits de toestemming van de patiënt zichtbaar voor andere artsen. In het geval van een gebrek aan verwijzing kan deze Sumehr een grote meerwaarde bieden in de efficiëntie van de verschafte zorg. Graag benadruk ik langs deze weg nog eens het belang van het regelmatig bijwerken en doorsturen van deze Sumehr.

5.9. Beperkingen van deze studie en bedenkingen voor de toekomst

De patiënten in deze studie lijken goed geïnformeerd te zijn en de meesten vinden het een evidentie eerst de huisarts te bellen alvorens zich naar de spoeddienst te begeven. Nochtans is dit in tegenstelling tot recente cijfers uit België die vaststellen dat 70% van de patiënten op de spoeddienst uit eigen initiatief kwamen.[1] Verschillende factoren kunnen hiervoor aan de basis liggen.

Ten eerste zijn alle patiënten in deze studie geselecteerd uit slechts 2 praktijken in Vlaams-Brabant, er is dus sprake van een selectiebias. Elke praktijk werkt anders en informeert de patiënten op hun eigen manier. Eén van de praktijken betrof bovendien een relatief grote praktijk met 5 vaste artsen en 2 HAIO's en kon zo rekenen op een grote beschikbaarheid van afspraken op praktisch elk moment van de dag. We zouden dus kunnen stellen dat omwille van het wegvallen van 1 van de meest aangehaalde argumenten voor rechtstreekse wending tot de spoeddienst, namelijk de onbereikbaarheid van de huisarts, de patiënten uit deze praktijk meer geneigd zijn eerst de huisarts te contacteren met als gevolg hiervan minder patiënten die uit eigen initiatief naar de spoeddienst gaan. Door de patiënten te benaderen vanuit de huisartspraktijken missen we daarenboven de patiënten die niet over een vaste huisarts beschikken.

Een tweede vorm van selectiebias zien we in de bezochte ziekenhuizen. Aangezien we patiënten opzochten door middel van elektronische post, misten we de patiënten die een ziekenhuis bezocht hadden die hoofdzakelijk per post communiceren. De ervaringen beschreven in deze studie komen hoofdzakelijk uit het OLV in Asse en Aalst; in mindere mate kregen we informatie uit het AZ Sint Maria te Halle, het Erasmusziekenhuis te Brussel en het ziekenhuis te Jette; de kleinere ziekenhuizen in Brussel ontsnapten op deze manier aan onze studie. Deze bias hadden we eventueel kunnen vermijden door de vragenlijst te verspreiden in de ziekenhuizen zelf en op deze manier ook meerdere ziekenhuizen over het hele land te includeren. Dit werd om praktische overwegingen in deze studie niet gedaan.

Naast deze 2 vormen van selectiebias zouden we tevens te maken kunnen hebben met een non respons bias: namelijk dat de patiënten die verwezen werden van nature uit een beter en frequenter contact hebben met de huisarts en dus meer gemotiveerd waren om tijd te steken in het invullen van de vragenlijst. Deze bias was niet aanwezig bij de interviews.

Daarenboven is er de recall bias. Sommige patiënten vulden de vragenlijst in of ondergingen het interview enkele maanden na hun bezoek aan de spoeddienst. Het mag geen verrassing zijn dat de patiënt zich niet elk detail correct herinnert.

Ten slotte gaat het hier om een zeer kleinschalige studie. Een studie met 34 personen in een land met 11 miljoen mensen, kan een vertekend beeld geven.

In deze studie hebben we enkel het standpunt van de patiënt kunnen bestuderen. In de toekomst lijkt het zinvol om een bevraging bij de spoedartsen te doen: zien zij een verwijzing met verwijsbrief of telefonisch contact als een meerwaarde? Vinden zij dat de huisarts een rol kan spelen in het verminderen van de toestroom van patiënten?

6. Conclusie

We kunnen stellen dat de ervaringen bij alle patiënten op de spoeddienst al bij al bevredigend zijn. Niet-verwezen patiënten lijken een net iets betere ervaring te hebben dan de verwezen patiënten. Vooral wachttijden en uitleg van de zorgverleners scoren net iets lager dan de andere deelaspecten van de spoeddienst en zijn opvallend lager bij de verwezen patiëntengroep. Duidelijk en tijdig informatie geven zou beide problemen kunnen aanpakken.

Een meerderheid van de patiënten gaf aan het evident te vinden eerst de huisarts te bellen alvorens naar de spoeddienst te vertrekken. We kunnen dus stellen dat onze patiënten over het algemeen goed ingelicht zijn over het correct gebruik van de spoeddienst.

Uit deze bevindingen kunnen we besluiten dat de huidige situatie als positief wordt ervaren en dat de huisartspraktijken niet meteen actie moeten ondernemen. Patiënten blijven informeren vanuit de huisartsenpraktijk en op de spoeddienst blijft nog steeds de boodschap.

Er is echter nog enorm veel ruimte voor verder onderzoek. Een bevraging op de spoeddienst zelf bij zowel de patiënten als de zorgverleners zou meer inzicht kunnen geven over het algemeen nut van een verwijzing via de huisarts en zou nog andere eventuele tekortkomingen aan het licht kunnen brengen.

Referenties

1. Federaal Keniscentrum voor de Gezondheidszorg. Synthese: Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. Internet site KCE 2016. Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_263_As_Organisatie_en_financiering_van_spoeddiensten.pdf. Geraadpleegd op 09/11/2019.
2. Brasseur E, Gilbert A, Servotte JC, Donneau AF, D'Orio V, Ghuysen A. Emergency department crowding: why do patients walk-in? Acta Clin Belg 2019:1-7. DOI: 10.1080/17843286.2019.1710040 [epub ahead of print]
3. Morgans A, Burgess S J. What is a health emergency? The difference in definition and understanding between patients and health professionals. Aust Health Rev 2011, 35(3): 284-289.
4. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
5. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open 2013, 3(1):e001570.
6. Ekwall A, Gerdtz M, Manias E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. J. Clin. Nurs. 2008, 17(6): 800-809.
7. Fitzpatrick N, Breen DT, Taylor J, Paul E, Grosvenor R, Heggie K, Mahar. Paediatric emergency waiting and triage times. Emerg Med Australas 2014, 26(2): 177-182.
8. Graham B, Endacott R, Smith JE et al. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. Emerg. Med. J. 2019, 36(6): 355-363.
9. Curran J, Cassidy C, Chiasson D, MacPhee S, Bishop A. Patient and caregiver expectations of emergency department care: A scoping literature review. Int Emerg Nurs 2017, 32: 62-69.
10. Rantala A, Ekwall A, Forsberg A. The meaning of being triaged to non-emergency ambulance care as experienced by patients. Int Emerg Nurs 2016, 25: 65-70.
11. Fatimah L. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. J Emerg Trauma Shock 2011, 4(2): 163–16.
12. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: the patient perspective. Ann Emerg Med 2015, 65(4): 377-386.
13. Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K. What is an emergency? The judgments of two physicians. Ann Emerg Med 1994, 23(4): 833-40.
14. Forsgärde ES, From Attebring M, Elmqvist C. Powerlessness: Dissatisfied patients' and relatives' experience of their emergency department visit. Int Emerg Nurs 2016, 25:32-6.
15. J Pardo, R Nahum, M Hirsch, Y Peled, B Kaplan. Emergency service in an ambulatory outpatient women's health centre. J Obstet Gynaecol 2004, 24(8): 911-913.
16. Davis BA, Bush HA. Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia, and Australia. J Nurs Care Qual 2003, 18(4):267-74.
17. Meek, R. and Phiri, W. Australasian Triage Scale: Consumer perspective. Emerg Med Australas 2005, 17(3): 212-217.
18. Göransson KE, von Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. Int Emerg Nurs 2010, 18(1):36-40.
19. Locke R, Stefano M, Koster A, Taylor B, Greenspan J. Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care 2011, 27(11): 1016-21.
20. Toma G, Triner W, McNutt LA. Patient satisfaction as a function of emergency department previsit expectations. Ann Emerg Med 2009, 54(3): 360-367.

21. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med 2004, 26(1):13-26.
22. Sanchez M, Smally AJ, Grant RJ, Jacobs LM. Effects of a fast-track area on emergency department performance. J Emerg Med 2006, 31(1): 117-20.
23. Rodi SW, Grau MV, Orsini CM. Evaluation of a fast track unit: alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of stay for emergency department patients. Qual Manag Health Care 2006, 15(3):163-70.
24. Cooke MW, Wilson S, Pearson S. The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. Emerg Med J 2002, 19(1):28-30.
25. Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. Australas Emerg Nurs J 2014, 17(3): 112-8.
26. Felton BM, Reisdorff EJ, Krone CN, Laskaris GA. Emergency Department Overcrowding and Inpatient Boarding: A Statewide Glimpse in Time. Acad Emerg Med 2011, 18(12): 1386-1391.
27. Han C-Y, Lin C-C, Goopy S, Hsiao Y-C, Barnard A, Wang L-H. Waiting and hoping: a phenomenographic study of the experiences of boarded patients in the emergency department. J Clin Nurs 2017, 26(5-6): 840-848.
28. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell 1. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. Acad Emerg Med 2017, 24(9): 1137-1149.
29. Becker J, Dell A, Jenkins L, Sayed R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. S Afr Med J 2012, 102(10): 800-1.
30. Müller U, Winterhalder R, Businger A, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Why do walk-in patients prefer a busy urban emergency department during office hours? A pilot survey of 200 consecutive patients from Switzerland. Swiss Med Wkly. 2012, 142: w13565.
31. Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, Shea JA, Alessandrini EA. A qualitative assessment of reasons for nonurgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions. Pediatr Emerg Care 2012, 28(3): 220-5.
32. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg Med J 2001, 18(6):482-7.
33. Akpinar Y, Demirci H, Budak E, Baran AK, Candar A, Ocakoglu G. Why do patients with minor complaints choose emergency departments and does satisfaction with primary care services influence their decisions? Prim Health Care Res Dev 2018, 19(4):398-406.
34. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract 2013, 63(616): e742-50.
35. Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database Syst Rev. 2018, 2: CD002097.
36. Ng JY, Fatovich DM, Turner VF, Wurmel JA, Skevington SA, Phillips MR. Appropriateness of healthdirect referrals to the emergency department compared with self-referrals and GP referrals. Med J Aust 2012, 197(9): 498-502.
37. Nash E, Hespe C, Chalkley D. A retrospective audit of referral letter quality from general practice to an inner-city emergency department. Emerg Med Australas 2016, 28(3): 313-8.
38. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database Syst Rev 2004, (4):CD004180.

39. Boggan JC, Shoup JP, Whited JD, Van Voorhees E, Gordon AM, Rushton S et al. Effectiveness of Acute Care Remote Triage Systems: a Systematic Review. J Gen Intern Med 2020. [Epub ahead of print]
40. Crone P. Are preadmission general practitioner telephone calls of value? A study in communication. N Z Med J 1987, 100(833): 632-4.
41. Cooling N, Walpole B. General practitioner referrals to a department of emergency medicine. Aust Fam Physician 1992, 21(5): 621-8.
42. Barnes PK, Hoile RW. Emergency admissions to a general medical unit: A survey of the accompanying letters, with recommendations. Br Med J 1969, 4(5680): 424–425.
43. Montalto M, Harris P, Rosengarten P. Survey of Australian emergency physicians' expectations of general practitioner referrals. Br J Gen Pract 1993, 43(372): 277-80.
44. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, van Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. CMAJ 2003, 169(10):1023-8.
45. Ismail SA, Gibbons DC, Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. Br J Gen Pract 2013, 63(617): e813-20.
46. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. Br J Gen Pract 2011, 61(593): e787-93.
47. Morton S, Hames R, Kelso I, Newth A, Gnani S. Does attending general practice prior to the emergency department change patient outcomes? A descriptive, observational study of one central London general practice. London J Prim Care (Abingdon) 2017, 9(3): 28-32.

Bijlagen

Bijlage 1 : Diagram keuze huisarts, spoed of niet geweten per aanmeldingsklacht

Legende: Huisarts Spoed Geen antwoord

Diagram 1: Snijwonde

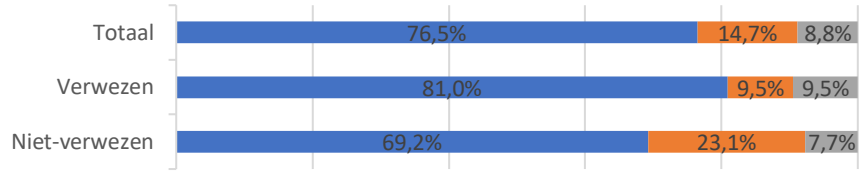


Diagram 2: Bijtwonde

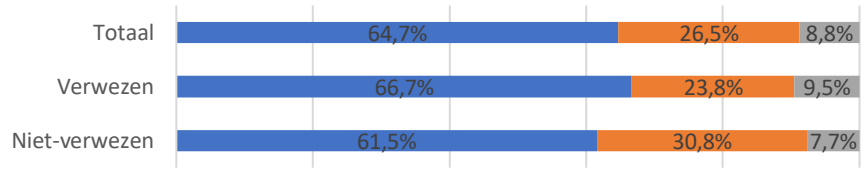


Diagram 3: Pijn op de borst

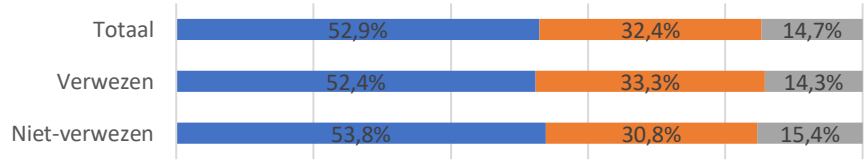


Diagram 4: Hartkloppingen

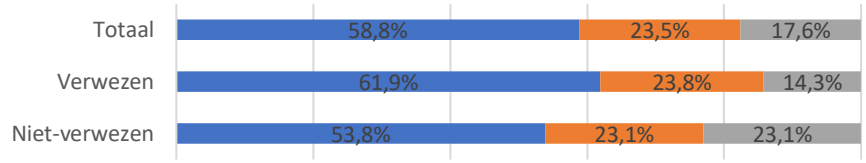


Diagram 5: Vertigo

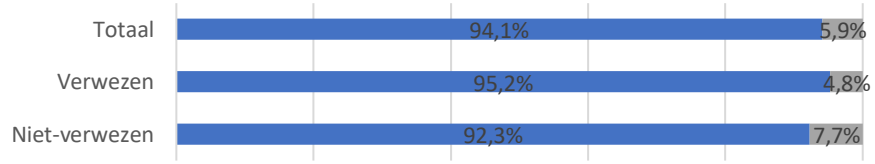


Diagram 6: Hoofdpijn

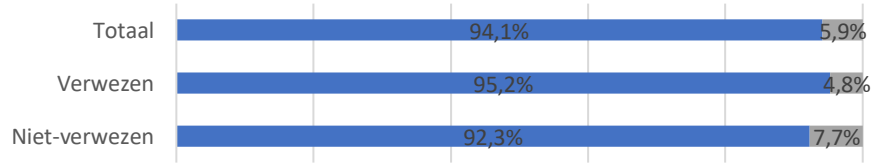


Diagram 7: Rugpijn

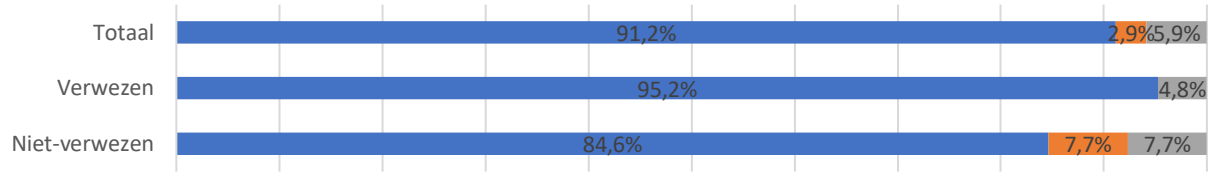


Diagram 8: Buikpijn bij de volwassene

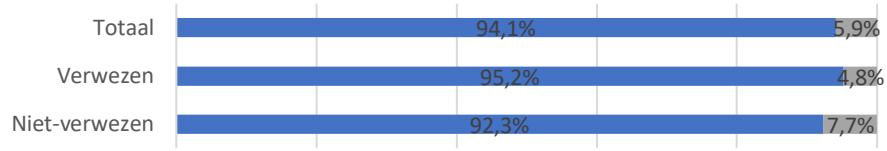


Diagram 9: Buikpijn bij het kind

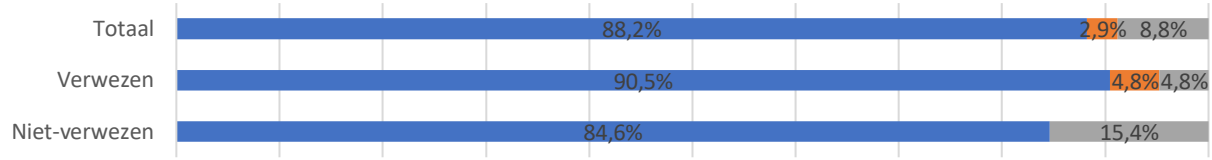


Diagram 10: Braken of diarree bij de volwassene

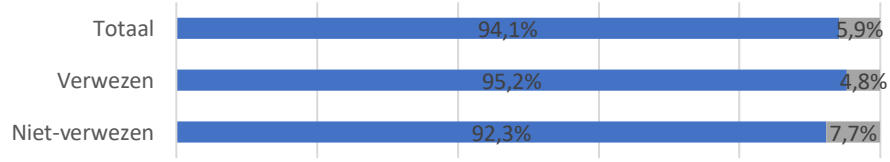


Diagram 11: Braken of diarree bij het kind

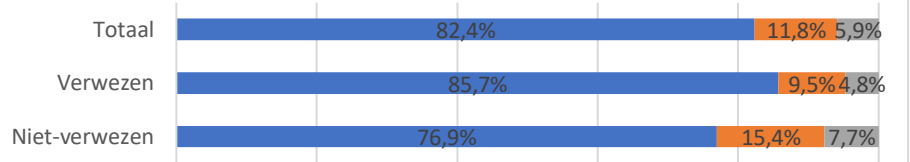


Diagram 12: 40°C of meer bij de volwassene

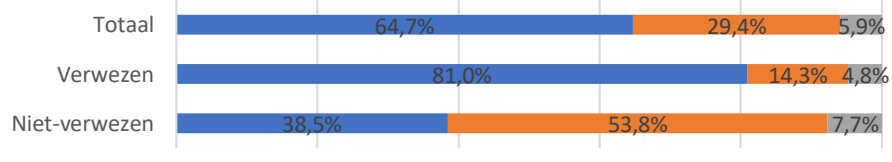


Diagram 13: 40°C of meer bij het kind

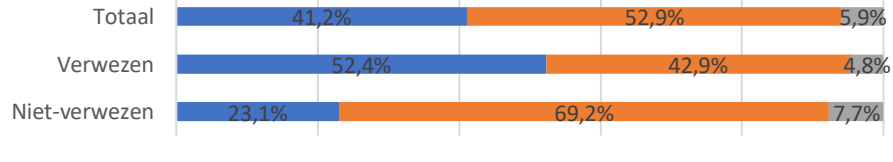


Diagram 14: Craniaal trauma bij de volwassene

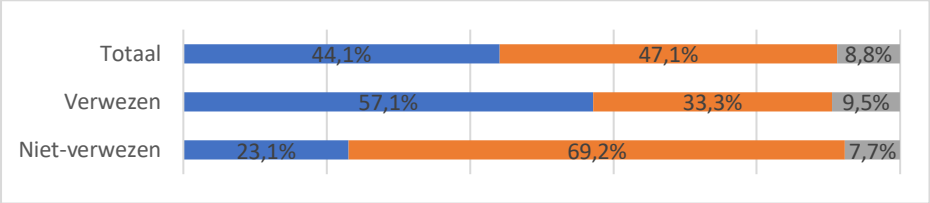


Diagram 15: Craniaal trauma bij het kind

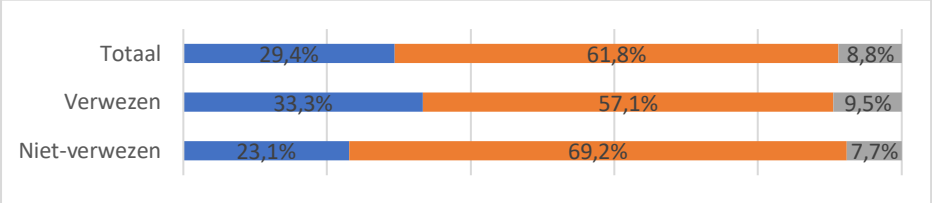


Diagram 16: Niet-craniaal trauma bij de volwassene

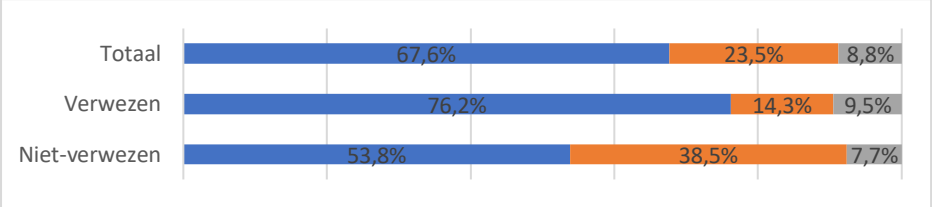


Diagram 17: Niet-craniaal trauma bij het kind

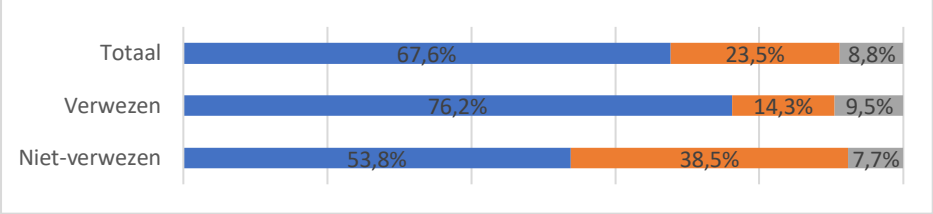
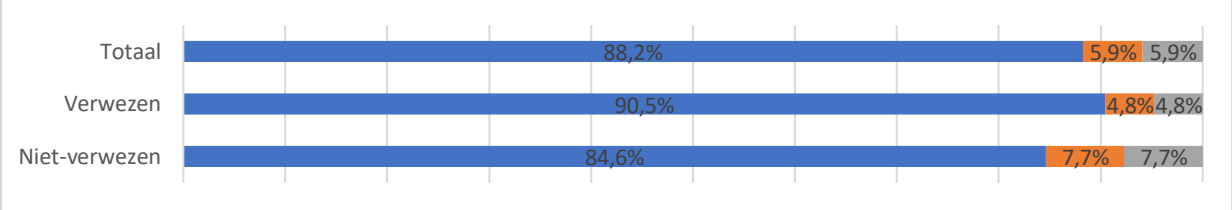


Diagram 18: Kind met koorts



Bijlage 2 : De vragenlijst

Op de spoeddienst met en zonder verwijzing van de huisarts: ervaringen van patiënten

1) **Met welke klacht presenteerde u/uw familielid zich op spoed? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)***
    a. Pijn ledematen (armen/benen), rug, nek, schouders, bekken
    b. Onwel zijn, braken, diarree, buikpijn
    c. Wonden
    d. Tandpijn, Neus-Keel-Oor-klachten, hoest
    e. Hartkloppingen, pijn op de borst
    f. Ademhalingsklachten
    g. Hoofdletsel, hoofdpijn
    h. Gedrags- of emotioneel probleem
    i. Genitale problemen, zwangerschapsproblemen, urinewegproblemen
    j. Koorts, infectie, abces
    k. Duizeligheid, flauwvallen
    l. Intoxicatie/vergiftiging
    m. Huidprobleem
    n. Trauma (vb verstuiking, auto-ongeluk…)
    o. Ziek kind
    p. Andere: _____

Specifieer/opmerkingen:

2) **Welke leeftijd had u/uw familielid op dat moment? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte*)**
    a. Baby (0-1 jaar)
    b. Peuter (2-4 jaar)
    c. Kleuter (5-6 jaar)
    d. Schoolkind (7-12 jaar)
    e. Puber (13-16 jaar)
    f. Adolescent (17-21 jaar)
    g. Volwassene (22-65 jaar)
    h. Oudere (65+ jaar)

Specifieer/opmerkingen:

3) **Wanneer presenteerde u zich op de spoeddienst? (*Omcirkel wat van toepassing is; dag + uur*)**
    a. Maandag tot vrijdag
        i. 8u – 20u
        ii. 20u – 8u (’s nachts)
    b. Zaterdag/zondag/feestdag
        i. 8u – 20u

ii. 20u – 8u (’s nachts)

4) <u>Wat is het meest correcte in uw situatie? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)*</u>

a. U consulteerde eerst uw huisarts in zijn eigen praktijk of op huisbezoek, deze verwees u vervolgens door naar het ziekenhuis na zijn nazicht
b. U belde de huisarts op vooraf aan het vertrek naar de spoeddienst en vervolgens
    i. Verwees de huisarts u door naar de spoeddienst via telefoon
    ii. Verwees de huisarts u door naar de spoeddienst via telefoon en maakte een verwijsbrief klaar
    iii. Verwees de huisarts u door naar de spoeddienst via telefoon, maakte geen verwijsbrief, maar belde de spoeddienst zelf op om hen in te lichten over uw komst
c. U belde de huisarts niet op vooraf aan het vertrek naar de spoeddienst (specifieer hieronder uw reden hiervoor)
d. Andere: specifieer in de voorziene ruimte

Specifieer/opmerkingen:

5) <u>Naar welk ziekenhuis begaf u zich en waarom? (*Omcirkel wat van toepassing is*)</u>

_____

a. Dossier is daar gekend
b. Keuze van de huisarts
c. Meest nabij gelegen
d. Andere: _____

6) <u>Hoe begaf u zich naar het ziekenhuis? (*Omcirkel wat van toepassing is*):</u>

a. Eigen vervoer
b. Ambulance
c. Andere: _____

7) <u>Bij wie gebeurde de eerste aanmelding op spoed? (*Omcirkel wat van toepassing is)*</u>

a. Receptionist
b. Verpleegkundige
c. Arts
d. Andere: _____

8) <u>Bent u tevreden met de organisatie van de spoeddienst? Vb: Was het duidelijk waar u zich moest aanmelden? Ging dit vlot? Werd er u op een zekere manier verteld hoe lang dit bezoek aan de spoeddienst zou kunnen duren?</u>

<u>Geef de aanmelding een score van 1 – 5 (1: zeer slecht, 5: zeer goed)</u>

Score:

Specifieer/opmerkingen:

9) **<u>Hoe lang duurde het voor u contact had met een arts of verpleegkundige na uw aanmelding op de spoeddienst? (*Omcirkel wat van toepassing is)*</u>**

   a. 0 – 30 minuten
   b. 30 – 60 minuten
   c. 1 – 2 uur
   d. 2 – 4 uur
   e. 4 – 6 uur
   f. > 6 uur

10) **<u>Met wie had u als eerst contact na de aanmelding? (*Omcirkel wat van toepassing is)*</u>**

   a. Een verpleegkundige
   b. Een arts (spoedarts of andere specialist)
   c. Een radioloog
   d. Andere: _____

11) **<u>Indien uw eerste contact niet met een arts was (bijvoorbeeld een verpleegkundige), hoe lang duurde het vooraleer u contact had met een arts?</u>**

   a. 0 – 30 minuten
   b. 30 – 60 minuten
   c. 1 – 2 uur
   d. 2 – 4 uur
   e. 4 – 6 uur
   f. > 6 uur

12) **<u>Volgde er een opname op uw bezoek aan de spoeddienst? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)*</u>**

   a. Ja (specifieer aantal dagen van de opname)
   b. Nee

Specifieer/opmerkingen:

13) **<u>Indien er geen opname volgde, werd er een specifieke behandeling opgestart? (vb gips, nieuwe medicatie…) *(Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)*</u>**

   a. Ja
   b. Nee

Specifieer/opmerkingen:

14) **<u>Hoe was uw ervaring met de volgende zaken tijdens uw bezoek aan de spoeddienst? Geef elk onderwerp een score van 1 – 5 (1: zeer slecht, 5: zeer goed) en specifieer:</u>**

a. Wachttijd

Score:
Specifieer/opmerkingen

b. Uitgevoerde onderzoeken

Score:
Specifieer/opmerkingen

c. Uitleg van de zorgverleners naar u toe

Score:
Specifieer/opmerkingen

d. Het contact met de zorgverleners (Voelde u zich gehoord? Voelde u zich eerder aan de kant geschoven?)

Score:
Specifieer/opmerkingen

e. Indien van toepassing: psychologische opvang

Score:
Specifieer/opmerkingen

f. Andere

Specifieer/opmerkingen

15) **<u>Zou u voor deze klacht in het vervolg (opnieuw) rechtstreeks naar de spoeddienst gaan? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)*</u>**

a. Ja
b. Nee, ik zou eerst mijn huisarts bellen
c. Andere (specifieer in de voorziene ruimte)

Specifieer/opmerkingen

16) **<u>Had u na of tijdens het contact met de spoeddienst ook contact met de huisarts? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)*</u>**

a. Ja, de huisarts nam zelf contact met mij op tijdens/na contact met de spoeddienst
    i. Zo ja, gebeurde dit telefonisch/via mail/andere? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer*)

Specifieer/opmerkingen

b. Ja, ik nam zelf contact op met de huisarts tijdens/na contact met de spoeddienst

i. Zo ja, gebeurde dit telefonisch/via mail/andere? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer*)

Specifieer/opmerkingen

c. Nee

i. Had u dit graag gewild? Onder welke vorm? Telefonisch/ziekenhuisbezoek/consultatie/andere? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer)*

Specifieer/opmerkingen

17) <u>Zijn er maatregelen die een huisarts volgens u zou kunnen nemen om u meer aan te moedigen eerst met hem/haar contact op te nemen? (*Omcirkel wat van toepassing is en specifieer nadien in de voorziene ruimte)*</u>

a. Ja

b. Nee

Specifieer/opmerkingen

18) <u>Geef een score van 1 – 5 (1: zeer slecht, 5: zeer goed) aan uw contact met de spoeddienst en specifieer (ter verduidelijking: niet enkel de aanmelding, maar het hele verloop).</u>

Score:
Specifieer/opmerkingen

19) <u>Geef in volgende situaties aan of u eerst de huisarts/huisarts van wacht zou bellen of u meteen tot de spoeddienst zou wenden. (Omcirkel wat van toepassing is)</u>

a. Een snijwonde: huisarts – spoed
b. Een bijtwonde: huisarts - spoed
c. Pijn op de borst: huisarts – spoed
d. Duizeligheid: huisarts - spoed
e. Hoofdpijn: huisarts - spoed
f. Rugpijn: huisarts - spoed
g. Hartkloppingen: huisarts - spoed
h. Buikpijn bij volwassene: huisarts – spoed
i. Buikpijn bij kind: huisarts - spoed
j. Braken/diarree bij volwassene: huisarts – spoed
k. Braken/diarree bij kind: huisarts - spoed
l. Temperatuur van 40°C of meer bij een volwassene: huisarts – spoed
m. Temperatuur van 40°C of meer bij een kind: huisarts - spoed
n. Klachten na val op hoofd bij een volwassene: huisarts – spoed

o. Klachten na val op hoofd bij een kind: huisarts - spoed
p. Pijn na trauma/val (niet op hoofd) bij een volwassene: huisarts – spoed
q. Pijn na trauma/val (niet op hoofd) bij een kind: huisarts – spoed
r. Kind met koorts: huisarts – spoed

20) <u>Opmerkingen</u>

Bedankt voor uw deelname!

Bijlage 3: Formulier van geïnformeerde toestemming

Titel van de studie: **Op de spoeddienst met of zonder verwijzing van de huisarts: ervaringen van patiënten.**

Opdrachtgever van de studie: ***KU Leuven; Oude Markt 13 – bus 5500, 3000 Leuven***

Onderzoeksinstelling: ***KU Leuven***

Ethisch comité: ***Onderwijs-BegeleidingsComissie voor medische ethiek voor masterproeven van de groep Biomedische Wetenschappen (OBC)***

Plaatselijke artsen-onderzoekers: ***Dr. Claudia Sterckx, KU Leuven***

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een prospectieve studie die de ervaringen van patiënten op de spoeddienst onderzoekt. Hiervoor zal u één vragenlijst moeten invullen.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de arts-onderzoeker of zijn of haar vertegenwoordiger.

Dit document bestaat uit 3 delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités.
- Uw deelname vrijwillig is; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Doelstellingen en verloop van de studie

Dit kwalitatief onderzoek bevraagt de ervaringen van patiënten op de spoeddienst; zowel van patiënten die zich op verwijzing van de huisarts op de spoeddienst presenteerden als de patiënten die dit op eigen initiatief deden. Het doel is om deze ervaringen met elkaar te vergelijken en eventuele verbeteringsmogelijkheden aan het licht te brengen.

Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u de laatste 4 maanden de spoeddienst geraadpleegd hebben.

Uw arts-onderzoeker zal u vragen om één vragenlijst in te vullen die peilt naar uw ervaring met uw meest recente contact met de spoeddienst; het gaat niet om uw algemene ervaring met de spoeddienst.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Aan deze studie zijn geen gezondheidsrisico's of gezondheidsvoordelen verbonden.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker Claudia Sterckx op het e-mailadres studie.spoedervaringen@gmail.com

Titel van de studie: **Op de spoeddienst met of zonder verwijzing van de huisarts: ervaringen van patiënten.**

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid. Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord (doorhalen wat niet van toepassing is) dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Arts-onderzoeker

Ik ondergetekende Claudia Sterckx, arts-onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, Voornaam, Datum en handtekening van de arts-onderzoeker
Claudia Sterckx
01/08/2019

Titel van de studie: **Op de spoeddienst met of zonder verwijzing van de huisarts: ervaringen van patiënten.**

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité Opleidingsgerelateerde Begeleidingcommissie (OBC) voor medische ethiek van de groep Biomedische Wetenschappen van KU Leuven dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval uw relatie met de arts-onderzoeker en de voortzetting van uw therapeutische behandeling veranderen.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De arts-onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de arts-onderzoeker gegevens over u verzamelt en dat de opdrachtgever van de studie die gebruikt voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

U hebt het recht om aan de arts-onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige klinische situatie maar ook op uw medische voorgeschiedenis en op de resultaten van onderzoeken die werden uitgevoerd voor de behandeling van uw gezondheid volgens de geldende zorgstandaard. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn.

De arts-onderzoeker is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat hij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank (Dr. Jo Goedhuys, promotor, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Leuven)

De arts-onderzoeker en zijn team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en uw medisch dossier.

De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren.

De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle artsen-onderzoekers die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Om de kwaliteit van de studie te controleren, kan uw medisch dossier worden ingekeken door personen die gebonden zijn aan het beroepsgeheim zoals vertegenwoordigers van de ethische comités, van de opdrachtgever van de studie of een extern auditbureau. Dit kan enkel gebeuren onder strikte voorwaarden, onder de verantwoordelijkheid van de arts-onderzoeker en onder zijn/haar toezicht (of van één van zijn/haar onderzoeksmedewerkers).

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere artsen en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever.

Ze kunnen ook doorgegeven worden aan andere sites van de opdrachtgever in België en in andere landen waar de normen inzake de bescherming van persoonsgegevens verschillend of minder strikt kunnen zijn. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm zoals hierboven uitgelegd [1].

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde medische gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier staan beschreven en dat ze worden overgedragen aan bovenvermelde personen en/of instellingen.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staan ter uwer beschikking.
De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO - UZ Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, e-mail dpo@uzleuven.be.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Bijlage 4: Goedgekeurd protocol door de ethische commissie

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Op de spoeddienst met of zonder verwijzing van de huisarts: ervaringen van patiënten.
Version 1: Date submission	Date:27/02/2019
Principal Investigator – Promoter	Name: Jo Goedhuys
	Telephone: +32 16 37 72 98
	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES**	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Claudia Sterckx
	Student number: r0307213
	Telephone: 0474 38 67 04
	E-mail: sterckx.claudia@hotmail.com

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Het is alom geweten dat de spoeddienst vaak te kampen heeft met lange wachttijden door de grote hoeveelheid patiënten die ze dagelijks lokt. Het is tevens geweten dat een niet te onderschatten deel van de aanmeldingsklachten in principe ook door huisartsen behandeld zouden kunnen worden. Ondanks dit feit presenteerden zich in 2015 ruim 7 op 10 patiënten op de spoeddienst zonder verwijzing van de huisarts. Bovendien is het te betalen remgeld voor een bezoek aan de spoeddienst beduidend lager wanneer de patiënt doorverwezen wordt door de huisarts.

Hieruit zou men kunnen concluderen dat patiënten best eerst de huisarts contacteren voor hun vertrek naar de spoeddienst.

Hoewel er al verschillende onderzoeken zijn gebeurd naar het opstellen van de “ideale verwijsbrief”, is er in de literatuur niet veel geschreven over de ervaringen en het praktisch gebruik ervan, over de meerwaarde van dergelijke doorverwijzing. Ervaren patiënten die doorverwezen werden via de huisarts hun contact met de spoeddienst anders dan diegenen die zich spontaan aanmeldden op de spoeddienst? Worden ze sneller gezien? Lijdt dit vaker tot opnames? Met andere woorden zijn

Met deze studie hoop ik verscheidene ervaringen te verzamelen met als doel te kunnen oordelen of een verwijzing via de huisarts inderdaad een meerwaarde biedt. En bijgevolg of de patiënten meer aangeleerd moeten krijgen om eerst naar de huisarts te bellen vooraleer men zich in allerijl naar de spoeddienst begeeft.

3. STUDY OBJECTIVES

Het doel van deze studie is ervaringen te beschrijven van de patiënten die zich presenteren op de spoeddienst. Op deze manier beogen we de eventuele verschillen tussen ervaringen op de spoeddienst op verwijzing van de huisarts en ervaringen zonder tussenkomst van de huisarts aan het licht te brengen en zo eventuele verbeteringsmogelijkheden te kunnen voorstellen voor de toekomst.

4. RESEARCH METHOD

De resultaten zullen worden bekomen met behulp van een vragenlijst. Patiënten die zich de laatste 4 maanden op de spoeddienst presenteerden of die dit deden gedurende het verloop van de studie zullen telefonisch gecontacteerd worden. Deze patiënten zullen vooraf geïdentificeerd worden door middel van de ontvangen spoeddienstverslagen in de huisartsenpraktijk waarin ik werkzaam ben. (Schorenbospraktijk, Schepdaal)

Via telefonisch contact zal hen meegedeeld worden dat ze kandidaat zijn voor het deelnemen aan een studie die peilt naar ervaringen van patiënten met de spoeddienst met of zonder verwijzing van de huisarts. Er zal hen gevraagd worden of ze interesse hebben in deelname aan de studie; deze deelname zou bestaan uit het invullen van een vragenlijst. Er zal benadrukt worden dat deelname geheel vrijwillig is. Indien er interesse is in deelname zal de vragenlijst samen met het formulier van geïnformeerde toestemming doorgemaild worden zonder bijkomende boodschap; dit om geen persoonlijke gegevens via mail uit te wisselen. Ze zullen vooraf via de telefoon de instructie krijgen om na het invullen van de vragenlijst deze terug te bezorgen door deze naar de praktijk te brengen, dus niet elektronisch. Indien de patiënt zich al toevallig in de huisartsenpraktijk zal bevinden in de nabije toekomst zullen deze formulieren persoonlijk afgegeven worden.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Inclusie

- Elke patiënt die zich in de laatste 4 maanden minstens 1 keer presenteerde op de spoeddienst en geïnformeerde toestemming gaf voor deelname aan de studie

5.2 Expected duration

De studie zal over een periode van maximum 16 maanden lopen.

Voor de patiënt eindigt zijn participatie na het terugbezorgen van de ingevulde vragenlijst. Mogelijks wordt de patiënt nog eenmaal telefonisch gecontacteerd indien er onduidelijkheden zouden zijn betreffende de gegeven antwoorden.

5.3 Recruitment

De patiënten die binnen de laatste 4 maanden de spoeddienst raadpleegden zullen de in te vullen vragenlijst via mail of persoonlijk ontvangen. Bij deze vragenlijst zal een uitnodiging toegevoegd zijn tot het deelnemen aan de studie met een beschrijving van de doelen van desbetreffende studie. Zij zullen tevens een formulier van geïnformeerde toestemming ontvangen. Instructies voor het doorsturen van de ingevulde formulieren zullen voorzien worden. In geval van vragen,

intrekking van deelname of andere mogelijke problemen kan de patiënt contact opnemen met de onderzoeker via een bijgevoegd e-mailadres.

6. ANALYSIS

Een zo groot mogelijk aantal patiënten zal opgenomen worden in de studie om een zo representatief mogelijk beeld te bekomen van de ervaringen op de spoeddienst. Elke patiënt waarvan een spoedverslag ontvangen werd en waarvan contactgegevens bekend zijn zal gecontacteerd worden met vraag tot deelname. Indien de patiënten anderstalig zijn zullen de vragenlijsten aangepast worden aan die taal; dit om patiënten met een allochtone achtergrond ook te kunnen includeren. Op deze manier hoop ik een zo divers mogelijke populatie te bereiken.

Er worden praktisch enkel open vragen gesteld om suggestieve vragen te vermijden en zo de antwoorden van de patiënten niet te beïnvloeden met eigen overtuigingen.

Het gaat hier om een beschrijvende studie. Via een Excel bestand zullen de verschillende antwoorden gegroepeerd worden om waar mogelijk percentages en grafieken te kunnen opmaken.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

De gegevens verzameld met behulp van de vragenlijst zullen met vertrouwelijkheid behandeld worden. De antwoorden zullen door de onderzoeker volledig uitgetypt en geanonimiseerd worden met behulp van een codelijst. Deze vormt de link tussen de variabele die een persoon identificeert en een willekeurige code, deze codelijst zal binnen een veilige omgeving bewaard worden.

In de eigenlijke masterproef zullen mogelijks enkele fragmenten van de antwoorden worden geciteerd op een volledig anonieme wijze. Tijdens het onderzoek zullen de ingevulde vragenlijsten en de uitgetypte versie ervan op een beveiligde manier bewaard worden. De ingevulde vragenlijsten worden bij mij thuis achter slot bewaard. Het bestand met de uitgetypte versie zal door mij bewaard worden op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles, net zomin als de codelijst.

Na afloop van het project zullen de bestanden met de uitgetypte antwoorden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

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

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

Op de uitnodiging zal een e-mailadres genoteerd staan waarmee de patiënt op elk moment van de studie contact kunnen opnemen met mij. De gegevens, naam en instelling, van zowel mijn promotor als van mezelf zullen tevens op deze informatiebrief vermeld staan.

Indien er toch problemen zouden optreden zal ik meteen mijn promotor hierover inlichten, deze zal opvolging voorzien.

9. APPROVAL

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

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

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.

Bijlage 5 : Goedkeuring door ethisch commissie

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

English version below.

Ons kenmerk: MP009870
Uw kenmerk: Masterproef studie: Ervaringen op de spoeddienst van spoedartsen en patiënten: via verwijzing van de huisarts vs op eigen initiatief.
Leuven, 11-03-2019

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Claudia Sterckx

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 11-03-2019

De Commissie keurt de aanvraag goed. Nog een kleine opmerkingen: in de vragenlijsten laat men ook de mogelijkheid dat een familielid de vragen beantwoordt. We veronderstellen dat dit vooral voor minderjarigen of incompetente personnen bedoeld is. Best

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 28-02-2019 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