Evolutie van de manier van aanmelding en de hulpvraag op spoedgevallendienst

[Hysenbegasi Merita , VUB]

Promotor: [Prof.Dirk Devroey, VUB]

Co-promotoren: [Prof. Ives Hubloue, UZ Brussel]

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Evolutie van de manier van aanmelding en de hulpvraag op spoedgevallendienst

Haio: Merita Hysenbegasi

Universiteit: VUB

Promotor: Prof .Dirk Devroey

Co-promotor:Prof. Ives Hybloue

Praktijkopleider: Els Huybregts

Context:

Door een betere organisatie van huisartsen wachtdiensten gedurende de week en in het weekend met onder meer het implementeren van wachtposten zou er een verschuiven kunnen ontstaan in de hulpvraag waarmee patiënten zich aanmelden op de spoedgevallendienst van ziekenhuizen.Maar ook de karakteristieken van de patiënten en lokale factoren kunnen een rol spelen in de beslissing van de patiënt om een spoeddienst te consulteren in plaats van huisarts

Onderzoeksvragen:
Voor welke reden komen de patiënten naar spoedgevallen dienst?
Is er met jaren een verandering in het patroon van zorggebruik op de spoedgevallendienst ?
In welke mate worden de patiënten verwezen door een huisarts , en in hoeverre komen ze op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Uit verschillende studies blijkt dat een groot aantal patiënten nog de spoedgevallen dienst contacteren zonder vooraf een huisarts te gaan zien. Die zijn meestal zelfverwijzers die aan de spoeddienst hulp vragen. Via de literatuurstudie werd nagegaan wat zijn de meeste reden van de “walk in patiënten” die zich aanmelden op spoedgevallendienst ,factoren die hier een rol kunnen spelen.

Ons onderzoek betreft patiënten die zich aanmelden op de spoedgevallen dienst van het UZ Brussel gedurende de periode 22/06/2012 tot en met 25/06/2012. De registratie periode van het onderzoek loopt van 8 uur s'morgens tot en met 23 uur s' avonds. De vragen hebben als doel een idee te krijgen over de reden van de patiënten die op spoedgevallen dienst medische hulp vragen , karakteristieken van deze patiënten , hebben ze een huisarts, in hoeverre zijn ze doorverwezen door een huisarts.De gegevens zijn vergeleken met een eerdere onderzoek dat in 2001 is uitgevoerd in hetzelfde ziekenhuis .

Resultaten:
Uit de literatuur blijkt dat de grote meerderheid van de zelfverwijzingen beschouwt de spoeddienst als de meest geschikte plaats aan welke hun probleem te presenteren om de redenen dat de diagnostische faciliteiten en de overtuiging dat in het ziekenhuis betere kwalificatie bestaat om hun probleem te behandelen.De meerderheid van de patiënten ,(85 %) die met eigen kracht zich aangemeld zijn op spoedgevallendienst ,hebben wel een huisarts.63 % van hem zijn gekomen zonder vooraf contact met hun huisarts te nemen.

Conclusies:

De reden waar vooor de patiënten spoeddienst hebben gekozen , zijn verschillend .Mogelijke oplossingen om het aantal onterechte zelfverwijzers te kunnen laten dalen moeten verschillende strategieën combineren.

Het is belangrijk dat de huisartsen, de ziekenhuizen, de verzekeringsmaatschappijen samen werken om deze problemen op te lossen en om een kosteneffectieve en kwalitatieve gezondheidszorg voor patiënten in nood te garanderen, binnen en buiten het ziekenhuis.

E-mail:mehysenb@vub.ac.be

ICPC code:Z10

Inhoudstafel

1. Inleiding..... 2
1.1 Continuiteit van zorg..... 2

2. Literatuur overzicht..... **3**
2.1 Spoedafdeling voorkeur..... 4
2.2 Eerste lijn problemen..... 4
2.3 Leeftijd..... 5
2.4 Culturele identiteit..... 5
2.5 Financiële reden..... 6
2.6 Slechte perceptie van dringend medisch probleem..... 6

3. Studie..... 8
3.1 Onderzoeksvragen..... 8
3.2 Methodologie..... 8
3.3 Inclusie criteria..... 8
3.4 Exclusie criteria..... 8
3.5 Enquête..... 9
3.6 Ethiek-deontologie..... 9
3.7 Statistische verwerking..... 9

4.Resultaten..... 10
4.1 Resultaten vergeleken..... 29

5. Discussie..... 33
5.1 Zwakte en sterkte punten van het onderzoek..... 34

6.Besluit..... 35

7.Referenties..... 36

8.Bijlage..... 39

Inleiding

Huisartsen zijn vaak verantwoordelijk voor de eerste beoordeling en behandeling in de medische situatie, waardoor zij de toegang tot de acute tweedelijns gezondheidszorg kunnen inschatten.

In België, in een medische noodsituatie kan de patiënt contact met de huisarts opnemen. Verder kan de huisarts hem bij een specialist of spoedgevallen dienst doorverwijzen als het nodig is.

In België ,hebben patiënten vrije keuze om medische hulp te vragen op in de eerste , tweede of derde lijn.

Uit verschillende studies [1,2,3,4] blijkt dat een groot aantal patiënten nog de spoedgevallen dienst contacteren zonder vooraf een huisarts te gaan zien. Die zijn meestal zelfverwijzers die aan de spoeddienst hulp vragen. Daar bestaan verschillende redenen voor zoals de bereikbaarheid, de informatie via de media, het niet bereikbaar zijn van de eigen huisarts, het nut aan de mening van een specialist, meer onderzoeken, een tweede mening, een gebrek aan een herkenbare lokalisatie van de huisarts met wachtdienst, patiënten die geen eigen huisarts hebben, slechte inschatting van de notie “dringend”, een tekort aan kennis over het zorgsysteem (allochtonen, kansarmen), financiële redenen.

Continuïteit van zorg

De wachtdienst is meer dan een oplossing voor de continuïteit van de zorgen,waar je 24 op 24 uur bij een arts hulp kan vragen. Het is ook een wettelijke garantie die geboden wordt aan alle personen die – onafhankelijk van hun huisarts en de plaats waar ze zich bevinden – plots nood hebben aan een huisarts.

De huisartsen zijn in huisartsen kringen georganiseerd. De voornaamste taak van de huisartsen kring is de organisatie van de wachtdienst. De wachtdienst wordt waargenomen door de praktijkvoerende artsen binnen het werkgebied van de kring.

Om tot een optimale afstemming te komen tussen de wachtdienst, de spoeddiensten en de dringende medische hulpverlening in de huisartsenzone, maakt de kring afspraken met de ziekenhuizen en de extramurale specialisten.

Er bestaan twee soorten wacht systemen :

1. het klassieke systeem waar de huisarts de wacht in eigen praktijk doet, wachtdienst van 12 of 24 uur, vaak zonder administratieve ondersteuning, met eigen vervoer ;
2. de huisartsen wachtpost met wachtdienst van 12 uur, wagen met chauffeur, en met onthaal medewerkers.

In Deurne-Borgerhout werd het systeem van de huisartsen wachtposten al in 2003 opgestart en na 3 jaar werden deze geëvalueerd. Hieruit bleek dat het aantal patiëntencontact in de wachtposten elk jaar groter werd, wat de positieve invloed van het project al aantoonde.

Globaal gezien wordt er verwacht dat het aantal patiëntencontacten op de spoedgevallen diensten zou daalen en dat dit dan zou gepaard gaan met een stijging op de huisartsen wachtposten.

2.Literatuur overzicht

Er werd gezocht op twee elektronische databanken. Voor originele onderzoeken werd gebruikt gemaakt van de database Medline. Opzoeking naar systematische reviews gebeurd met de elektronische bibliotheek CEBAM. De zoektermen betroffen zoektermen en vrije tekst: “emergency and inappropriate attenders” , “emergency and triage”, “emergency and primary care”.Er werd eveneens gezocht in de archieven van het Tijdschrift voor Geneeskunde “het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde met de zoektermen “spoedgevallen en zelfverwijzer”,”spoedgevallen en eerstelijn”.

Talrijke publicaties gaan over de drijfveren van de patiënten om al dan niet de huisarts of de spoeddienst voor hun probleem te consulteren.

De medicus zal stellen dat de spoeddienst de patiënten met urgente en levensbedreigende aandoeningen moet opvangen maar er is nog een aantal patiënten dat zich met niet-medische urgenties op de spoeddienst komt. Die zijn de *walk-in* patiënten die op eigen kracht naar de spoedgevallen afdeling komen en de zelfverwijzers die zich zonder verwijzing door hun huisarts op de spoeddienst aanbieden.

Onjuist gebruik van spoeddienst kan ook de efficiëntie van het personeel in de gezondheidszorg, de infrastructuur en de financiële middelen compromitteren. Onjuist gebruik bedreigt ook de tijdige behandeling op tijd van ernstige medische gevallen in de spoeddienst.

Veel studies zijn uitgevoerd om een idee te kunnen krijgen betreffende de motieven en de karakteristieken van de zelfverwijzers maar de redenen ervan zijn ingewikkeld.

Talrijke studies tonen dat er een grote variatie bestaat. Men concludeert dat 6% tot 80% van de gevallen op zoek naar advies in de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis geen ernstig medisch probleem hebben.[1]

De organisatie van de gezondheidszorg speelt een rol in effectiviteit van de zorgdiensten. In verschillende landen bestaat het triagesysteem.

Het belang van het triagesysteem is in een studie in London aangetond, waaruit blijkt dat 41% van de patiënten eerder eerstelijnshulp nodig had.[2] De karakteristieken van de patiënten die zich eerst de eerste lijn hebben gepresenteerd ,zijn anders dan de karakteristieken van de patiënten die op spoedafdeling om hulp hebben gevraagd. [2]

Een andere studie in Finland heeft als doel om de invloed van het triagesysteem om de gezondheidszorg te bekijken. Daar gaat een samenwerking van de eerste lijn binnen de tweede lijn gepaard met het triagesysteem. De organisatie van de gezondheidszorg bestaat uit twee sectoren : eerste lijn private sector en eerste lijn public sector.

Patiënten met niet acute problemen zullen door hun huisarts gezien worden. Een onderzoek op Eespo city (in Finland) toont dat het triagesysteem een invloed op de eerste lijn kan hebben (via verschuiving van de patiënten bij private sector) maar geen verandering op het aantal patiënten dat zich op de tweede lijn presentereert. [3]

Studies zijn uitgevoerd over de klachten van de patiënten buiten de kantooruren die op spoed en bij de HA om hulp hebben gevraagd. Er is ook naar onterechte aanmeldingen bekeken.

Er was weinig overlap in de aard van de klachten waarmee patiënten een beroep deden op de HA en spoed. Bij de HA , was er meestal eerst telefonisch contact, en was het aantal onterechte klachten 1 op 7, bij spoed was deze ratio 1 op 5.

De meeste van de klachten die meer dan 3 dagen duren kunnen in de eerste lijn behandeld worden. In en piloot studie met patienten die zich op spoed gepresenteren met niet acute klachten kon de meerderheid door de eerste lijn met gunstig gevolg behandeld worden. [4,22]

2.1 Spoedafdelingen voorkeur

De grote meerderheid van de zelfverwijzingen beschouwt de spoeddienst als de meest geschikte plaats aan welke hun probleem te presenteren om de redenen dat de diagnostische faciliteiten en de overtuiging dat in het ziekenhuis betere kwalificatie bestaat om hun probleem te behandelen. [5]

In een studie uitgevoerd door Lewis in Nederland blijkt het dat een tweede mening van een specialist was ook één van de redenen van de patiënten.[6]

Ijzerman in zijn studie toont ook dat dezelfde factoren die een invloed op de keuze van de patiënten hebben die in de spoeddienst waren : mogelijkheden voor andere onderzoeken (RX) en tweede mening.[7]

In een studie die Lega et al uitgevoerd hebben tonen patiënten een voorkeur voor de spoedafdeling . Dit waren vaak mensen die eerder al tevreden waren over een vroegere behandeling op de spoed, tijd- en geldbesparing zijn ook van betekenis omdat alle onderzoeken plaatsvinden in in eenzelfde omgeving.[8]

Een aanvullende studie werd uitgevoerd in Engeland in de periode *out of hours,*waar uit blijkt dat de kwaliteit van de spoeddienst ook de voorkeur heeft van de patiënten.[9]

Een pilootstudie in Zwitserland toont aan dat men meer vertrouwen heeft in het ziekenhuis en dit op basis van een grotere ervaring en expertise op de spoeddienst.[10]

Rajpar et al. in een andere studie bevestigen dat patiënten een voorkeur hebben voor een dienst met meer ervaring.[11]

2.2Eerste lijn problemen

Een pilootstudie in Zwitserland toont dat de meerderheid van de "walk in "patiënten geen HA hebben.[12] In een studie van K, Gerard et al,[9] blijkt dat voor jongeren het niet hebben van een vaste huisarts één van de redenen was om zich onmiddellijk naar de spoedafdeling te begeven.

Meer verantwoordelijkheid en beschikbaarheid aan de kant van de eerste lijn kunnen het aantal van "onterechte patiënten"op de spoed verminderen, dat toont een onderzoek aan , dat uitgevoerd werd in Engeland (Walsh et al). [13] Beperkingen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van uitgebreide primaire gezondheidszorg maken dat patiënten de hulpdiensten gebruiken als alternatief voor primaire gezondheidszorg wat blijkt uit een studie van Lee et al , uit Hong Kong.[14]

Een Nederlandse studie (Lewis H.) toont eveneens aan dat het niet hebben van een vaste huisarts ook een van de redenen was waarom de patiënten de spoeddienst verkozen in plaats van een huisarts. [6]

Ontevredenheid met een wachtpost maar niet met eigen HA was ook een van de redenen om spoeddienst te verkiezen.[5]

De organisatie van de gezondheidszorg speelt een rol in de effectiviteit van de zorgdiensten.[30]

In Finland bestaat een samenwerking van de eerste lijn binnen de tweede lijn, gepaard met een triagesysteem. Patiënten met niet acute problemen zullen door hun huisarts gezien worden. Een onderzoek op Eespo city toont aan dat een sorteersysteem een invloed kan hebben op de eerste lijn (door een verschuiving van de patiënten naar private sector) maar geen verandering op het aantal patiënten dat op de tweede lijn zich presenteren. [3]

Bereikbaarheid en het niveau van de eerste lijn kan niet het overmatig gebruik van de spoeddienst verklaren, ook een verbetering van de eerste lijn kan niet de meerderheid van zelfverwijzers verminderen. Toch ,zijn er meer sociale determinanten die het gebruik van spoeddienst nog kunnen verklaren. [15,16,17]

2.3 Leeftijd

De sociaal-demografische toestanden zijn onderzocht in een artikel uit de VS (Hasting et al.), waar men concludeerde dat oudere volwassenen die alleen wonen een voorkeur hebben voor de spoed dienst. [18]

In Australia (JA Lowthian at al.) is men ook tot dezelfde conclusie gekomen. De oudere patiënten met niet urgentie redenen hebben een voorkeur voor de spoeddienst in plaats van hun huisarts. Moeilijkheden om een eerste lijn te bezoeken en een gespecialiseerde mening waren de voornaamste redenen van deze groepspopulatie. [19]

In Quebec (R. Ionescu-Ittu et al.) ,een andere studie, toont aan dat een goede organisatie van de eerste lijn belangrijk is. Ouderen kunnen in minder gevallen de spoedafdeling bezoeken als er een goede bereikbaarheid en continuïteit van zorg bestaat van hun huisarts is. [20]

Ook patiënten van jonge leeftijd waren de meeste *walk-in* patiënten in een studie dat Clement et al. in Zwitserland hebben uitgevoerd. [12]

2.4 Culturele identiteit

Culturele identiteit is voorgesteld als een indicator voor ander gedrag in de gezondheidszorg.

De karakteristieken van de mensen die hulp aan spoeddienst vragen in een onderzoek in Birmingham (Rajpar et al) , zijn mensen van buitenlandse afkomst en jonge mannen met een kleine trauma .Patiënten van buitenlandse nationaliteit presenteerden zich aanzienlijk meer bij de spoeddienst, ze hebben minder kennis over de toegankelijkheid en de organisatie van *"out of hours"* diensten. [11]

Immigranten vervangen de eerste lijn zorg door spoedafdelingen, mogelijk als gevolg van hun beperkte toegang tot verzekeringen.

Bevindingen uit eerdere studies suggereren dat verzekering voor geneeskundige verzorgings een cruciaal oorzaak is van de verschillen tussen immigranten en niet immigranten wat de toegang tot de primaire zorg betreft.

Ook lokale factoren spelen een rol. Elenie et al. in een studie in Griekenland toont aan dat een e mogelijke andere verklaring voor de vermindering van het gebruik van de primaire gezondheidszorg door immigranten het feit kan zijn dat het immigranten waren van een jongere leeftijd en dan ook dat ze minder kans op gezondheidsproblemen rapporteren, tenzij een noodgeval. Immigranten gevestigd in Griekenland zijn meestal werkzaam in manuele beroepen, zodat ze op een hoger risico hebben op ongevallen en dus meer kans hebben om geplaatst te worden in een ziekenhuis op de spoedafdelingen. Immigranten laten zich behandelen op de spoeddienst van openbare ziekenhuizen omdat die gratis zijn en zijn zeer toegankelijk voor deze etnische groep die vooral gelegen is in een stedelijke omgeving. [21]

Nationaliteit speelde een rol bij patiënten die de spoeddienst bezoeken in een universitair ziekenhuis te Bern. Niet Zwitserse patiënten waren aanzienlijk groter in aantal in vergelijking met Zwitserse patiënten die om spoeddienst hulp kwamen vragen. Een van de mogelijke redenen is dat immigranten niet vertrouwd zijn met de Zwitserse gezondheidszorg . Patiënten vanuit de Balkan en Afrika komen vaker op spoed 's morgens en 's avonds en in het weekend, in vergelijking met Zwitserse patiënten. [12]

2.5 Financiële redenen

Bij de huisarts moet de patiënt de consultatie meteen betalen, de spoeddienst verwacht enkel het remgeld. Voor bevolkingsgroepen die het financieel moeilijk hebben, speelt dat ook mee.[22]

Financiële problemen zijn niet altijd de reden van de spoeddienst bezoekers.

In deze studie [14] blijkt dat bij mensen met lage sociaal-economisch status, de spoeddienst minder vaak geconsulteerd wordt. De redenen hiervoor zijn complex maar de organisatie van de eerste lijn speelt een belangrijke rol.

Een geïntegreerde eerste lijn infrastructuur binnen de tweede lijn en het triage systeem kunnen een belangrijke rol spelen in de vermindering van de "ongepaste " patiënten in spoedafdeling. [14]

Financiële toestanden waren de voornaamste oorzaak. [23,24]

In Belgie werd de sociaal-economische gradiënt en de bezoeken op de gezondheidsdiensten ook bekeken. Lage socio-economische niveau correleert met een hoge eerste lijn bezoekers (huisarts en thuisverpleging). Ze worden ook vaker in het ziekenhuis opgenomen dan mensen met een hogere opleiding. Mensen met hogere opleiding worden wel vaker geregistreerd bij een specialist, een fysiotherapeut en een tandarts.[25]

2.6 Slechte perceptie van een dringend medisch probleem

Murphy toont dat een "ernstig" geval één van de redenen is van de spoedbezoekers.

Er werd onderzocht het verschil van reden van de clinicus en die van de patiënten die hulp op spoedgevallen dienst vragen. Wat patiënten zeggen was niet gelijk aan wat de clinicus verklaart. De studie in Australië uitgevoerd door Massot et al. toont aan dat volgens de clinicus een slechte perceptie van "dringend geval" één van de voornaamste redenen is.

Volgens de patiënten : ernstig, meer onderzoeken nodig en niet bereikbaarheid van de huisarts doen de patiënten hier op spoed hulp vragen.[26]

Ook dezelfde resultaten tonen (Agarwal et al) in een studie aan het Leicester universitair ziekenhuis. Angst over hun ziekte (slechte perceptie), tweede mening, tekort aan medische kennis , zijn de redenen van patiënten om de spoeddiensten hulp te vragen ongeacht hun niet acute probleem.[27]

In zijn studie, Ijzerman toont aan dat één van de redenen die patiënten aangaven om naar de spoeddienst te komen voor "ernstige ziekte " was.[7]

Beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts, een ernstig ziektebeeld waren de redenen van de patiënten in Québec. Een onderzoek heeft vergeleken de dringende met niet dringende patiënten en redenen van de non-urgente patiënten die op spoedgevallen hulp vragen.[28]

Padget en Brodsky hebben als conclusie een model van 3 stadia determinanten gecreëerd. Dit model bevat de interactie tussen de predisponerende factoren, de sleutelfactoren en de factoren in nood (Murphy). [1]

Predisponerende factoren: **Eerste stadium : probleem kennen**

Leeftijd
Geslacht
Ras
Educatie
Sociale ondersteuning
Psychologische ondersteuning

Sleutel factoren : **Tweede stadium : beslissing om hulp te zoeken**

Inkomen
Beschikbaarheid
Afstand
Bron van zorg

Factoren in nood **Derde stadium : beslissing om spoeddienst te gebruiken**

Symptomen kennen
Evaluatie van nood
Niveau van angst
Psychiatric-comorbidity

3. Studie

Door een betere organisatie van de huisartsenwachtdiensten gedurende de week en in het weekend met onder meer het implementeren van wachtposten zou een verschuiving kunnen ontstaan in de hulpvraag waarmee patiënten zich aanmelden op de spoedgevallendienst van ziekenhuizen.Maar ook karakteristieken van de patiënten en lokale factoren kunnen een rol spelen in de beslissing van de patiënt om een spoeddienst te consulteren in plaats van huisarts.

3.1 Onderzoeksvragen

Voor welke reden komen de patiënten naar spoedgevallen dienst?
Is er met jaren een verandering in het patroon van zorggebruik op de spoedgevallendienst ?
In welke mate worden de patiënten verwezen door een huisarts , en in hoeverre komen ze op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst?

3.2 Methodologie

Ons onderzoek betreft patiënten die zich aanmelden op de spoedgevallen dienst van het UZ Brussel gedurende de periode 22/06/2012 tot en met 25/06/2012.
De registratie periode van het onderzoek loopt van 8 uur s'morgens tot en met 23 uur s' avonds.
De vragen hebben als doel een idee te krijgen over de reden van de patiënten die op spoedgevallen dienst medische hulp vragen , karakteristieken van deze patiënten , hebben ze een huisarts, in hoeverre zijn ze doorverwezen door een huisarts.
De gegevens zijn vergeleken met een eerdere onderzoek dat in 2001 is uitgevoerd in hetzelfde ziekenhuis .

3.3 Inclusie criteria

Alle personen van 18 jaar of ouder (man of vrouw) nederlandstalig, franstalig,of engelstalig die zich op eigen houtje aanmelden op de spoedgevallen dienst gedurende 22/06 tot en met 25/06/2012.

3.4 Exclusie criteria

Alle personen minder dan 18 jaar oud
Alle personen die door een ambulance op spoedgevallen dienst binnengebracht worden

Van elke patiënte die voldoet aan de inclusie criteria van het onderzoek werden gegevens verzameld aan de hand van de vragenlijst (zie bijlage)
232 patiënten namen deel aan dit onderzoek.De vragen werden gesteld in het nederlands, frans en engels volgens de taal dat de patiënten spreken. 18 hebben geweigerd.

3.5 Enquete

De enquete formulier vraagt over: (zie bijlage 2)
1)datum , uur van aanmelding
2)leeftijd
3)geslacht
4)beroep (bijlage 1)
5)postcode
6)burgerlijke staat
7)nationaliteit
8)aanmeldingsklacht
9)reden van aanmelding op spoedgevallen dienst
-te ernstig
-niet tevreden met de huisarts
-meer ervaring op spoedgevallen dienst
-meer bijkomende onderzoeken: RX , scanner , labo
- behandeling
-tweede opinie
-financieel voordeliger
-mogelijk tot opname
10)hebben ze wel of niet een huisarts , hebben ze wel of niet een GMD
11)zijn ze wel of niet doorverwezen door huisarts
12)zijn ze wel of niet op de hoogte van huisartswachtposten
13) diagnose , codering

3.6 Ethiek-deontologie

Op basis van de literatuurstudie werd conform de reglementering een goedkeuring aangevraagd aan het ethisch comité verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Brussel en de VUB. De studie werd goedgekeurd. Elke patiënt kreeg een volledige uitleg over de studie en ondertekende informed consent. Vertrouwelijkheid werd gegarandeerd.

3.7 Statistische verwerking

Boven staande gegevens eerst zijn ingevuld in Excel-werkblad.Het gemiddelde, de standaard deviatie en het betrouwbaarheidsinterval, t-test, chi-kwadraat zijn in SPSS 20.0 berekend.
Ze zijn geanalyseerd en vergeleken met de resultaten van eerder onderzoek.Er is een nazicht over de factoren die en rol spelen van het gebruik van spoedgevallen dienst.
Er is nagegaan of er een verandering bestaat in het patroon van zorggebruik op de spoedgevallen dienst met de jaren.

4. Resultaten

232 patiënten zijn geregistreerd.Patiëntencontacten gedurende 4 dagen zijn:vrijdag 59 mensen. ,zaterdag 49 mensen,zondag 57 en maandag 67 aantal.De meerderheid van de patiënten op maandag zijn geregistreerd.Opvallend zien we maandag s'ochtend het merendeel . Op zaterdag en zondag een piek na 12 uur tot en met 18 uur is geregistreerd.

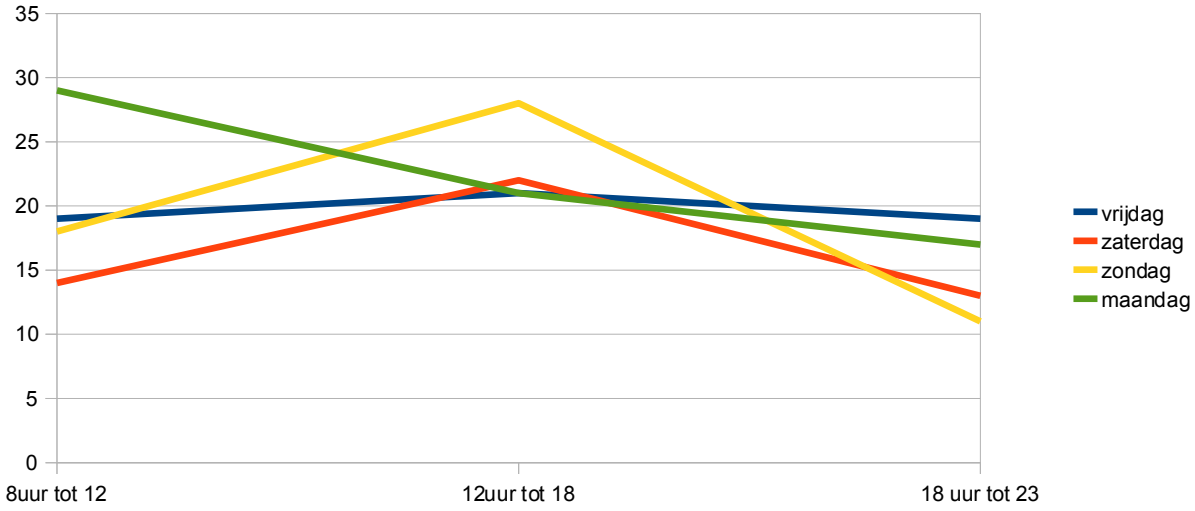
Tabel 1.De registratie periode (uur, datum)

	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag
08:00-09:00	8	2	0	5
09:00-10:00	5	2	3	7
10:00-11:00	3	3	6	9
11:00-12:00	3	7	9	8
12:00-13:00	4	1	5	3
13:00-14:00	4	4	2	5
14:00-15:00	3	7	7	6
15:00-16:00	5	1	5	3
16:00-17:00	2	3	5	3
17:00-18:00	3	6	4	1
18:00-19:00	7	2	0	2
19:00-20:00	4	3	0	5
20:00-21:00	3	1	6	4
21:00-22:00	5	7	4	4
22:00-23:00	0	0	1	2

Tabel 2 .Registratie periode volgens (groep uren)

	vrijdag	zaterdag	zondag	maandag
8 tot 12	19	14	18	29
12 tot 18	21	22	28	21
18 tot 23	19	13	11	17

Grafiek 1.Registratie periode volgens (groep uren)



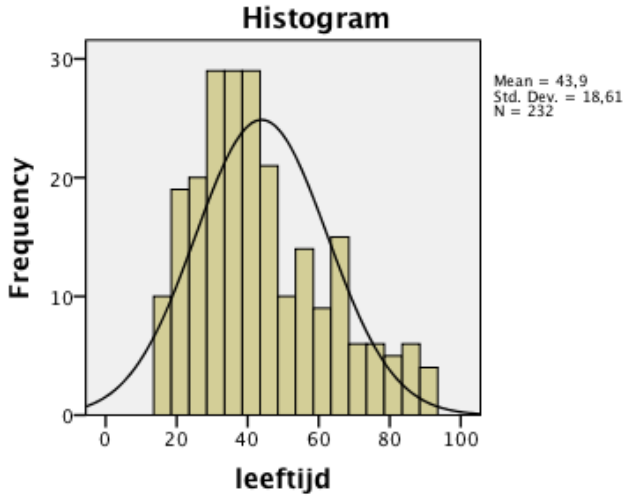
Leeftijd

Gedurende 4 dagen de mensen die de enquête hebben ingevuld waren de mensen met een gemiddelde leeftijd van 43,9 jaar ;Std. Dev. (18,6)
Volgens de groepsleeftijd mensen vanaf leeftijd 35 tot en met 44 jaar zijn die de meeste hulp hebben gevraagd.

Tabel 3.Leeftijd volgens groepen

leeftijd volgens groepen	Frequency	Percent
van 15 tot 24	33	14,2
van 25 tot 34	48	20,7
van 35 tot 44	56	24,1
van 45 tot 54	30	12,9
van 55 tot 64	28	12,1
van 65 tot 74	19	8,2
van 75 tot 84	8	3,4
van 85 tot 95	10	4,3
Totaal	232	100

Grafiek 2.Leeftijd van de patiënten



Tabel 4. Parameters van leeftijd(mean, median, st dev)

N	Valid	232
	Missing	0
Mean		43,90
Median		40,00
Std. Deviation		18,610
Minimum		16
Maximum		90

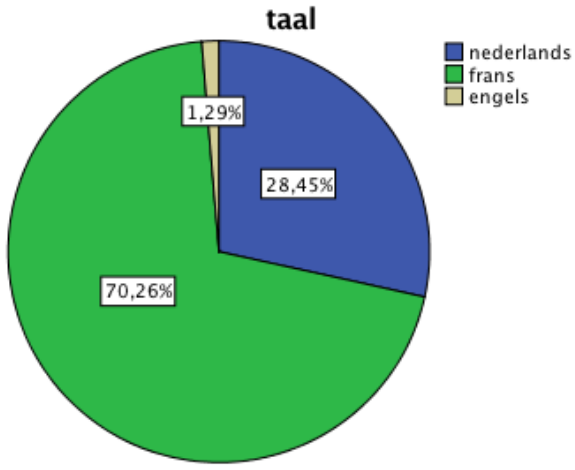
Taal van de patiënten (die met eigen kracht zijn gekomen)

De taal dat deze mensen hebben gebruikt was Frans (70%), Nederlands (28,4%) en Engels (1.3%).

Tabel 5.Taal van de patiënten

Taal		Frequency	Percent
	Nederlands	66	28,4
	Frans	163	70,3
	Engels	3	1,3
	Totaal	232	100

Grafiek 3.Taal van de patienten



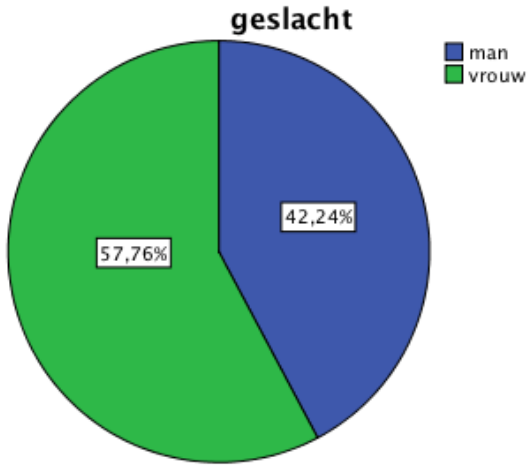
Geslacht

Volgens het geslacht, vrouwen met 57,8% bezoeken spoed meer ,in vergelijking met mannen 42,2%.

Tabel 6. Geslacht van de patienten

Geslacht		Frequency	Percent
	man	98	42,2
	vrouw	134	57,8
	Totaal	232	100

Grafiek 4. geslacht van de patienten



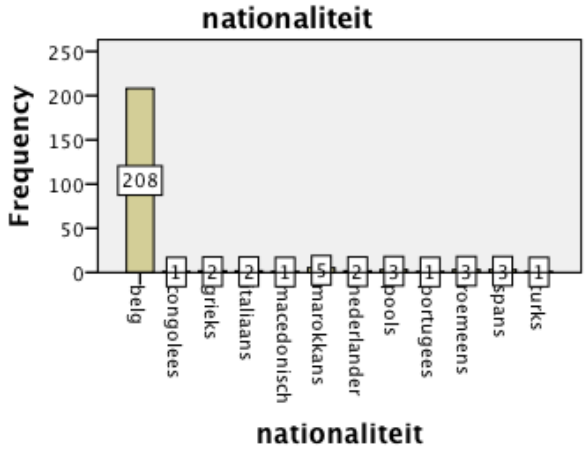
Nationaliteit

Nationaliteit:meestal zijn ze mensen met Belgische nationaliteit (89,7%).
Andere nationaliteiten die zich gepresenteerd hebben : Marokkaans (5 patiënten), Pools (3), Roemeens (3), Spaans (3), Grieks (2), Italiaans (2), Nederlander (2), Turks (1), Portugees (1), Macedonisch (1), Congolees (1)

Tabel 7. Nationaliteit van de patiënten

Nationaliteit		Frequency	Percent
	Belg	208	89,7
	Congolees	1	0,4
	Grieks	2	0,9
	Italiaans	2	0,9
	Macedonisch	1	0,4
	Marokkaans	5	2,2
	Nederlander	2	0,9
	Pools	3	1,3
	Portugees	1	0,4
	Roemeens	3	1,3
	Spaans	3	1,3
	Turks	1	0,4
	Totaal	232	100

Grafiek 5. Nationalieteit van de patiënten



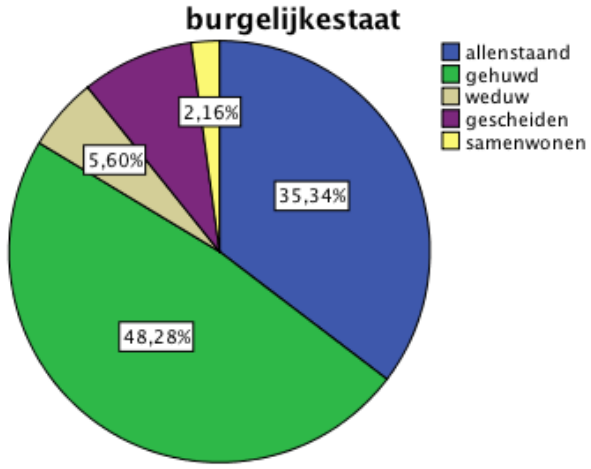
Burgerlijke staat

Mensen die gehuwd zijn waren de meest frequent met 48,3%, gevolgd door alleenstaanden 35,3%, gescheiden met 8,6%, weduwnaars 5,6% en samenwonenden 2,2%.

Tabel 8.Burgerlijke staat (nummer en procent)

Burgerlijkestaat		Frequency	Percent
	Alleenstaand	82	35,3
	Gehuwd	112	48,3
	Weduwe	13	5,6
	Gescheiden	20	8,6
	Samenwoner	5	2,2
	Totaal	232	100

Grafiek 6.Burgerlijke staat



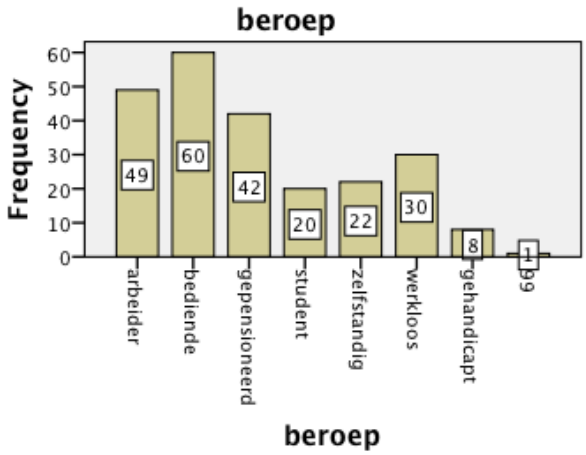
Beroep

Mensen die meest frequent spoeddienst bezoeken zijn de bedienden met 25,9%, daarna de arbeiders met 21,1% , de gepensioneerden met 18% et de werklozen met 12,9%.

Tabel 9. Beroep (nummer en procent)

Beroep		Frequency	Percent
	arbeider	49	21,1
	bediende	60	25,9
	gepensioneer	42	18,1
	student	20	8,6
	zelfstandig	22	9,5
	werkloos	30	12,9
	gehandicapt	8	3,4
	99	1	0,4
	Totaal	232	100

Grafiek 7. Beroep van de patiënten (nummer)



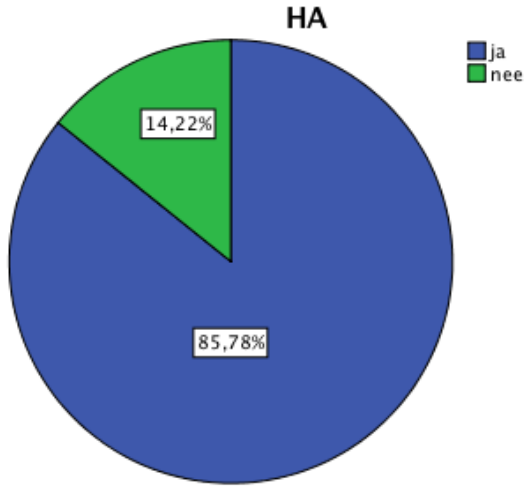
Huisarts : wel of niet

De meerderheid van de patiënten (85,8%) hebben wel een huisarts, 14,2% van hem hebben nog geen een huisarts.

Tabel 10. Hebben patiënten al een huisarts? (nummer en procent)

Hebben ze een HA	Frequency	Percent
ja	199	85,8
nee	33	14,2
Totaal	232	100

Grafiek 8. Hebben deze patiënten een huisarts?



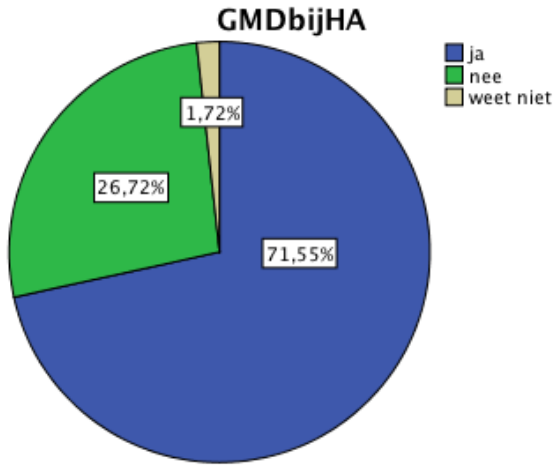
Wat voor GMD (globale medische dossier)

De meerderheid van de patiënten hebben wel een GMD gehad (71,6 % terwijl 26,7% geen GMD (hier zijn ook de patiënten die nog geen huisarts hebben) en 1,7 % geen antwoord

Tabel 11. Hebben deze patiënten een GMD bij hun huisarts?

GMD bij huisarts	Frequency	Percent
ja	166	71,6
nee	62	26,7
weet niet	4	1,7
Total	232	100

Grafiek 9. hebben deze patiënten een GMD bij hun huisarts



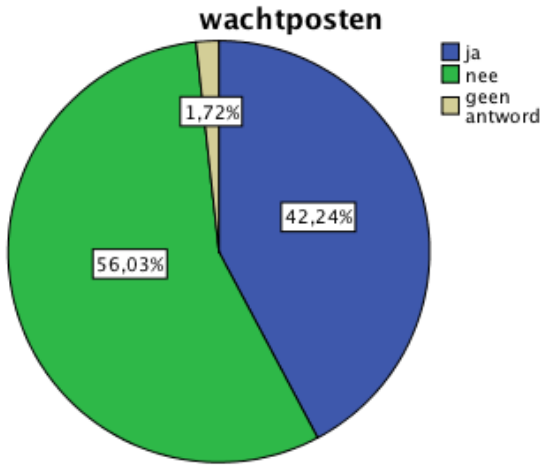
Huisarts wachposten: zijn ze op de hoogte?

In verband met het bestaan van wachtposten: 56% van de patiënten zijn niet op de hoogte. 42% weten wel dat ze bestaan. 1,7%: geen antwoord

Tabel 12. Zijn patiënten op de hoogte over het bestaan van huisarts wachtposten?

wachtposten op de hoogte		Frequency	Percent
	ja	98	42,2
	nee	130	56
	geen antwoord	4	1,7
	Totaal	232	100

Grafiek 10. Zijn patiënten op de hoogte over het bestaan van huisarts wachtposten?



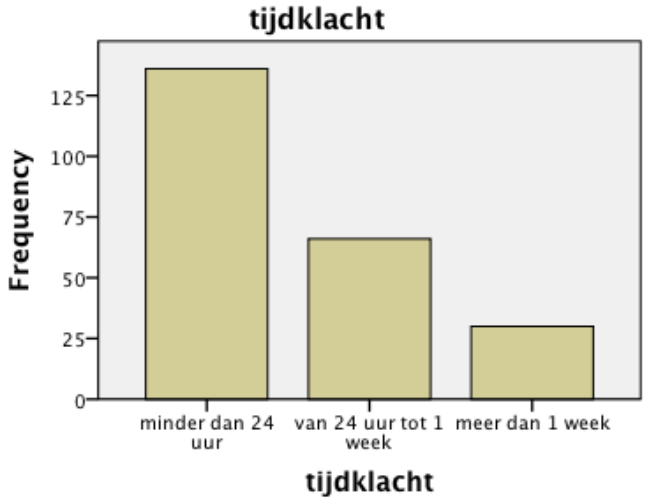
Begin van de klacht (tijdkacht)

In verband met het begin van de klachten, 58,6% van de klachten die begonnen zijn van minder dan 24 uur, terwijl zijn er nog mensen (28,4%) van 24 uur tot en met 1 week) en 12,9% meer dan een week.

Tabel 13.Wanneer zijn de klachten begonnen?

tijdklacht	Frequency	Percent
minder dan 24 uur	136	58,6
van 24 uur tot 1 wee	66	28,4
meer dan 1 week	30	12,9
Total	232	100

Grafiek 11.Wanneer zijn de klachten begonnen?



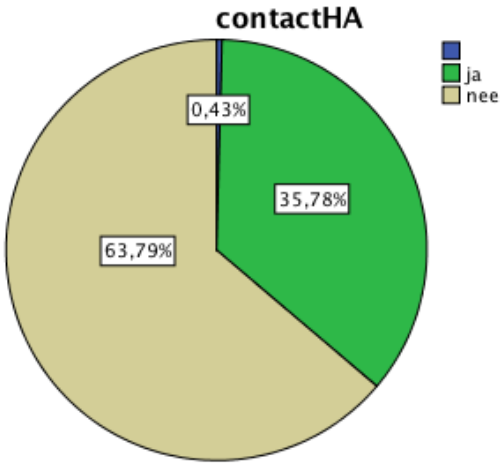
Contact vooraf huisarts

Contact huisarts: een belangrijke vraag is: hebben ze contact vooraf gehad met de huisarts of de huisarts van wacht? De meerderheid (63,8%) van hen hebben geen contact genomen.

Tabel 14.Hebben patiënten contact vooraf met huisarts?

Contact HA	Frequency	Percent
wel contact	83	35,8
nee	148	63,8
nsv	1	0,4
Totaal	232	100

Grafiek 12. Hebben patiënten contact vooraf met huisarts?



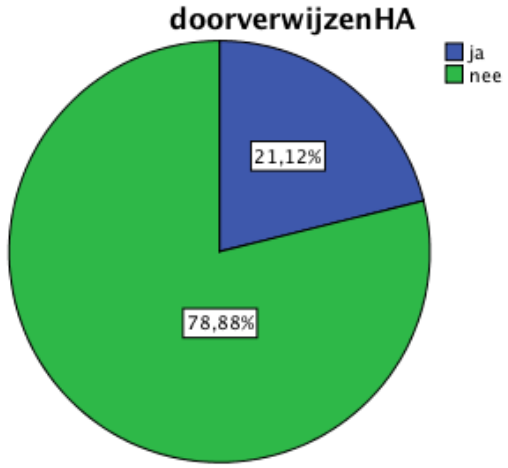
Doorverwezen door huisarts of wachtdienstarts

Ook de doorverwezen patiënten zijn minder (21,1%) in vergelijking met de zelfverwijzers (78,9%)

Tabel 15.Zijn de patiënten doorverwezen door huisartsen of wachtdienst huisarts?

Doorverwezen HA		Frequency	Percent
	ja	49	21,1
	nee	183	78,9
	Totaal	232	100

Grafiek 13.Zijn de patiënten doorverwezen door huisartsen of wachtdienst huisarts?



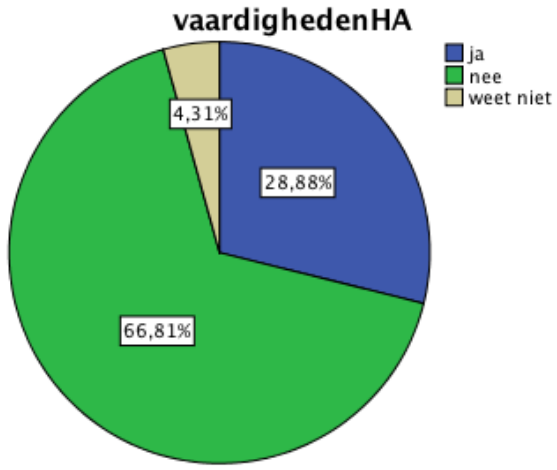
Vaardigheden van hun huisarts

In verband met de vaardigheden van hun huisarts de meeste patiënten (66,8%) zijn niet op de hoogte voor een aantal vaardigheden zoals gipsen, hechten en behandeling van andere dringende noodsituaties. Alleen 28,9% zijn op de hoogte.

Tabel 16.Zijn de patiënten op de hoogte van de vaardigheden van hun huisarts(gipsen , hechten ..)?

Vaardigheden HA		Frequency	Percent
	ja	67	28,9
	nee	155	66,8
	weet niet	10	4,3
	Totaal	232	100

Grafiek 14 .Zijn de patiënten op de hoogte van de vaardigheden van hun huisarts(gipsen hechten ..)?



Gemakkelijk op spoed komen

De meerderheid (57, 8%) vinden spoed gemakkelijker op te komen in plaats van andere alternatieven (huisarts of wachtpost)

Tabel 17. Komen de patiënten gemakkelijk op spoed in plaats van andere alternatieven?

makkelijkopspoedkome	Frequency	Percent
ja	134	57,8
nee	84	36,2
nsv	14	6
Totaal	232	100

Grafiek 15.Komen de patiënten gemakkelijk op spoed in plaats van andere alternatieven?



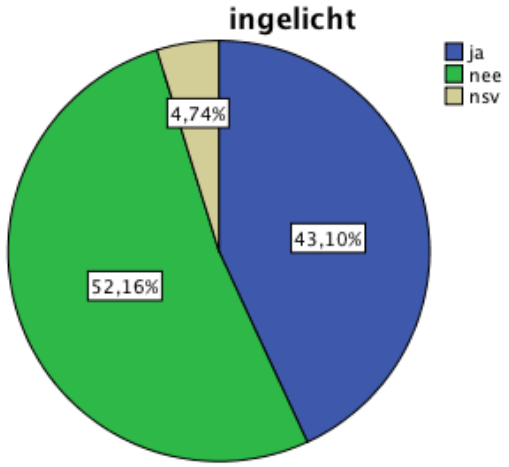
Ingelicht wanneer op spoed moet komen

52,2% van de patiënten zijn niet ingelicht van hun huisarts wanneer en met welke dringend geval zij op spoedgevallen dients moeten komen

Tabel 18. Zijn ze ingelicht van hun huisarts met welke dringend klacht moet op spoedgevallen dienst komen?

Ingelicht wanneerspoed		Frequency	Percent
	ja	100	43,1
	nee	121	52,2
	nsv	11	4,7
	Totaal	232	100

Grafiek 16. Zijn ze ingelicht van hun huisarts met welke dringend klacht moet op spoedgevallen dienst komen?



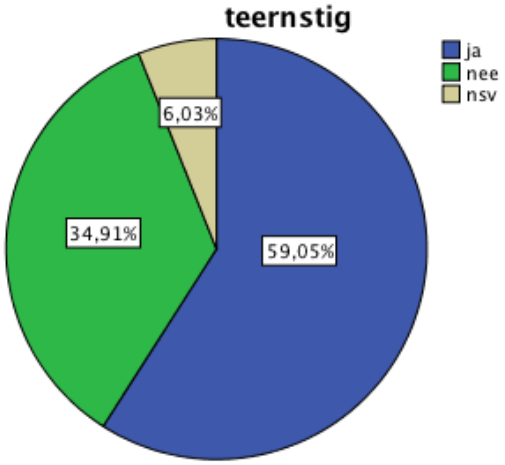
Te ernstig klacht

59% vinden dat hun probleem ernstig is. 34,9% vinden dit niet ernstig en 6% hebben geen antwoord gegeven

Tabel 19. Vinden patiënten dat hun klacht te ernstig is ?

Te ernstig klacht		Frequency	Percent
	ja	137	59,1
	nee	81	34,9
	nsv	14	6
	Totaal	232	100

Grafiek 17. Vinden patiënten dat hun klacht te ernstig is ?



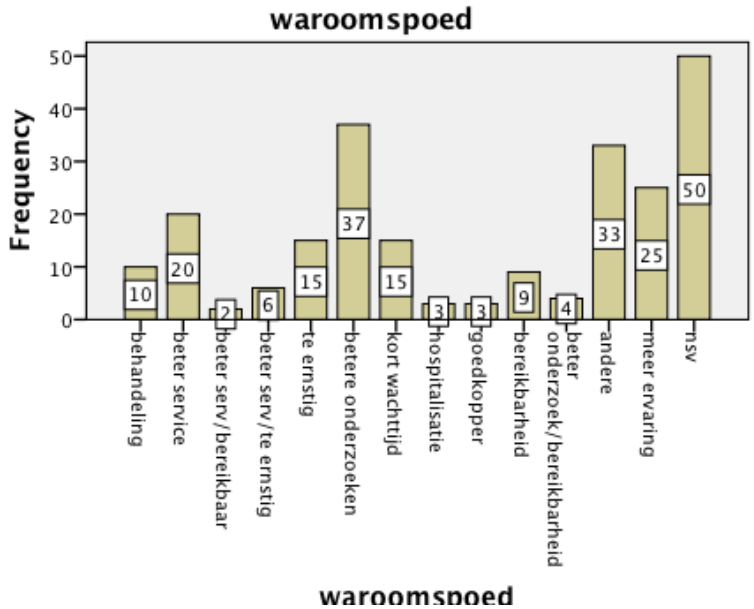
Waarom spoed ?

De patiënten die geen doorverwijzing brief van hun huisarts hebben gekregen ,hebben in de enquête ook de reden ingevuld.
37 van de patiënten hebben als rede :betere onderzoeken,25 van hem :meer ervaring ,20 : betere service,15 te ernstig ,15 kortere wachttijd etc
(21,6 % van hem , nsv) zijn patiënten die de enquete hebben niet ingevuld (doorverwezen patiënten)

Tabel 20. Waarom hebben patiënten spoedgevallen dienst voor hun probleem gekozen?

waaromspoed		Frequency	Percent
	behandeling	10	4,3
	beter service	20	8,6
	beter serv/bereikbaar	2	0,9
	beter serv/te ernstig	6	2,6
	te ernstig	15	6,5
	betere onderzoeken	37	15,9
	kort wachttijd	15	6,5
	hospitalisatie	3	1,3
	goedkopper	3	1,3
	bereikbaarheid	9	3,9
	beter onderzoek/bereikb	4	1,7
	andere	33	14,2
	meer ervaring	25	10,8
	nsv	50	21,6
	Totaal	232	100

Grafiek 18.Waarom hebben patiënten spoedgevallen dienst gekozen?

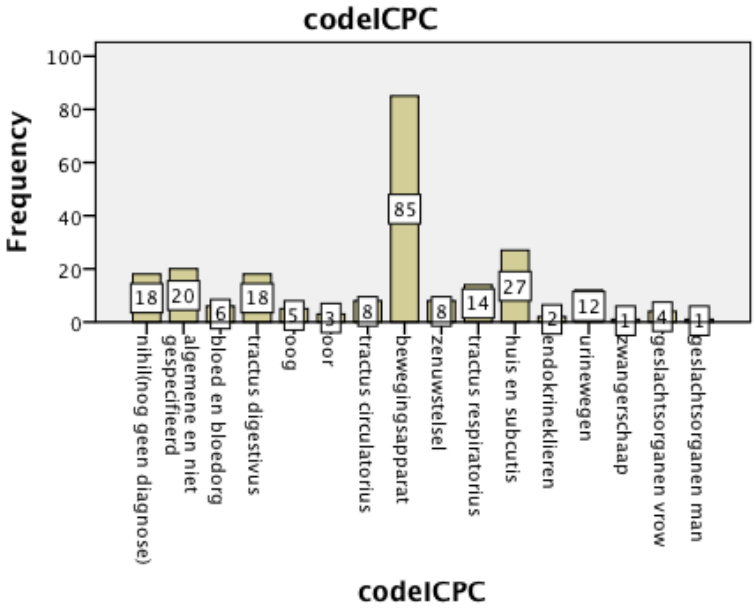


Diagnosen

Volgens de ICPC code , hier zijn de verspreide diagnosen:
Patiënten die volgens de ICPC code, bewegingsapparat (trauma) ziekte hebben gehad , zijn de meerderheid van de patiënten (85%).

Tabel 21.Welke zijn de diagnosen van deze patiënten?

Diagnose volgens ICPC		Frequency	Percent
	nihil(nog geen diagnose)	18	7,8
	algemene en niet gespecifiee	20	8,6
	bloed en bloedorg	6	2,6
	tractus digestivus	18	7,8
	oog	5	2,2
	oor	3	1,3
	tractus circulatorius	8	3,4
	bewegingsapparat	85	36,6
	zenuwstelsel	8	3,4
	tractus respiratorius	14	6
	huis en subcutis	27	11,6
	endokrineklieren	2	0,9
	urinewegen	12	5,2
	zwangerschaap	1	0,4
	geslachtsorganen vrow	4	1,7
	geslachtsorganen man	1	0,4
	Total	232	100



Grafiek 19. Diagnosen van deze patiënten

4.1 Resultaten vergeleken

De tweede part van de analyse bevat,vergelijking met een eerdere onderzoek . Een gelijkaardige onderzoek in 2001 in UZ Brussel is uitgevoerd [29]
De gegevens zijn vergeleken.

Leeftijd
Patiënten die hulp hebben gevraagd op spoeddienst zijn met gemiddelde leeftijd (43,9 op jaar 2012). Ze zijn vergelijken met de gemiddelde leeftijd (mean :40,9)van de patiënten (ook met eigen kracht) die op jaar 2001 medische hulp op spoedgevallen dienst hebben gevraagd.
Toch bestaat een kleine verschil die significant is.

Tabel 22.Parameters van leeftijd (43,9) vergelijken met gemiddelde 40.9 in jaar 2001

	Test Value = 40.9					
	t	df	Sig.	mean diff	95% conf. Inter.	
					Lower	Upper
leeftijd	2,46	231	0,02	3	0,59	5,41

t:2,46 df:231 , p=0,02 ,CI (0,59 -5,41)

Huisarts of niet

De status van patiënten (wel hebben een huisarts of niet,op jaar 2001) vergelek is met de status van de patiënten op jaar 2012 Geen significant verschil is gevonden (p=0,62).De meerderheid van de patiënten blijven te hebben een huisarts .

Tabel 23.Bestaat een verschil tussen de status van patiënten (huisarts of niet) jaar 2012 in vergelijkingen met jaar 2001?

			jaar 2001	jaar 2012
huisarts	ja, wel een huisa	Count	174	198
		% within HA	46,80%	53,20%
	nee, geen huisar	Count	34	34
		% within HA	50,00%	50,00%
Total		Count	208	232
		% within HA	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square :0,24 df 1, p=0,624

Geslacht

In verband met het geslacht , blijven dezelfde resultaten.Geen significant verschil met jaren (P=0,18).Vrouwen blijven de meerderheid spoedpatiënten.

Tabel 23.Bestaat en verandering in geslacht tussen beide jaren?

			jaar 2001	jaar 2012
geslacht	man	Count	101	98
		% within ge	50,80%	49,20%
	vrouw	Count	107	134
		% within ge	44,40%	55,60%
Total		Count	208	232
		% within ge	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square:1,76 df :1, p=0,18

Contact vooraf met huisarts

De meerderheid van de patiënten hebben geen contact vooraf met de huisarts genomen.Geen significant verschil met jaren.

Tabel 24.Is een verschil tussen beide jaren over de vooraf contact met huisarts?

			jaar 2001	jaar 2012
contactvooraf	geen contac	Count	145	148
		% within cor	49,50%	50,50%
	wel contact	Count	63	84
		% within cor	42,90%	57,10%
Total		Count	208	232
		% within cor	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square:1,72 df:1 p=0,18

Nationaliteit

Patiënten met belgische nationaliteit blijven de meerderheid van de patiënten die op eigen kracht op de spoeddienst medische hulp vragen.De enige significant verschil is gevonden tussen de niet belgische patiënten die minder zijn op jaar 2012 (62,5% op jaar 2001 vs 37,5 % op jaar 2012).

Tabel 25.Bestaat een verschil tussen beide jaren in verband met hun nationaliteit?

			jaar 2001	jaar 2012
nationaliteit	belg	Count	168	208
		% within nat	44,70%	55,30%
andere nationaliteit		Count	40	24
		% within nat	62,50%	37,50%
Total		Count	208	232
		% within nat	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square:6,96; df 1; p=0,008

Doorverwijzen huisarts of niet

Resultaten zijn vergeleken in verband met status (doorverwijzen via huisarts of niet)
De meerderheid van de patiënten blijven zelfverwijzers.
Geen significant verschil met jaren.

Tabel 26. Bestaat een verschil in verband met doorverwezen door huisarts of wachtdienst arts?

			jaar 2001	jaar 2012
doorverwijz	geen doorverwijz	Count	164	184
		% within do	47,10%	52,90%
	wel , doorverwijze	Count	44	48
		% within do	47,80%	52,20%
Total		Count	208	232
		% within do	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square:0,014 df:1 p=0,9

Duur klachten
De meerderheid van de patienten blijven te hebben een klacht die minder dan 24 uur is begonen. Geen verschil met jaren (p=0,09)

Tabel 27. Is een verschil tussen jaren in verband met begin van klachten ?

			jaar 2001	jaar 2012
duurklachten	minder dan 24 uur	Count	100	135
		% within duu	42,60%	57,40%
	van 24 uur tot 1 week	Count	71	67
		% within duu	51,40%	48,60%
	meer dan 1 week	Count	37	30
		% within duu	55,20%	44,80%
Total		Count	208	232
		% within duu	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square :4,7 df:2 p=0,09

Te ernstig klacht

In verband met de slechte perceptie van hun ziekte , de meerderheid van de patiënten vinden ze te ernstig (op jaar 2001 zoals op jaar 2012) De enige significant verschil was tussen de mensen die geen antwoord hebben gegeven.De meerderheid van hun is op 2001 gevonden.

Tabel 28. Bestaat een verschil tussen jaren in verband met «te ernstig klacht»?

			jaar 2001	jaar 2012
Te ernstig klacht	te ernstig vinden	Count	91	137
		% within tee	39,90%	60,10%
	niet te ernstig	Count	62	81
		% within tee	43,40%	56,60%
	geen antwoord	Count	55	14
		% within tee	79,70%	20,30%
Total		Count	208	232
		% within tee	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square 34,9df :2 p=0,001

Vaardigheden huisarts (op de hoogte voor vaardigheden huisarts)

Patienten die op jaar 2012 zijn aangemeld zijn beter ingelicht in verband met vaardigheden van hun huisarts.Het verschil is significant.

Tabel 29.Bestaat een verschil tussen de informatie over vaardigheden van hun huisarts?

			jaar 2001	jaar 2012
vaardighedenHA	ja	Count	35	67
		% within va	34,30%	65,70%
	nee of weet	Count	173	165
		% within va	51,20%	48,80%
Total		Count	208	232
		% within va	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square: 8,9 df:1 p=0,003

Spoed gemakkelijk vinden om te komen

Patiënten vinden even gemakkelijker om spoed te komen aanmelden voor hun medische probleem.

Geen verschil is gevonden tussen de patiënten die op spoed (jaar 2001) en op(jaar 2012).

Tabel 30. Bestaat een verschil tussen het feit dat patiënten gemakkelijk op spoed komen ?

			jaar 2001	jaar 2012
spoedmakkelijk	ja (spoed mak	Count	112	134
		% within spo	45,50%	54,50%
	nee	Count	96	98
		% within spo	49,50%	50,50%
Total		Count	208	232
		% within spo	47,30%	52,70%

Pearson Chi-Square 0,68 df:1 p=0,4

5. Discussie

85.6 % van de patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst hebben wel een huisarts, desondanks blijven ze op de spoed komen zonder vooraf een huisarts te contacteren (63,8%) en alleen een minderheid van hen (21,1%) zijn doorverwezen.

Het niet hebben van een huisarts is niet de reden dat de patiënt zich begeeft naar de spoeddienst. Het zelfde resultaat toont ook Muller U et al[10]: in zijn studie 82% van de "walk in" patiënten die op spoedgevallendienst zich aangemeld zijn hebben een huisarts.

Andere studies tonen controversiële resultaten aan waaruit blijkt dat de meerderheid van de "walk in" patiënten die op spoedgevallen hulp vragen geen huisarts hebben.[9, 12, 13]

71% van hen hebben wel een GMD (globale medisch dossier) maar 56% onder hun zijn niet op de hoogte van het bestaan van wachtposten. Het tekort aan kennis omtrent de wachtpost zou ook een invloed hebben op deze zelfverwezen patiënten[32].

De redenen waarvoor de patiënten de spoedgevallen dienst hebben gekozen, zijn verschillend.

Opvallend is dat 37 van de 182 zelfverwezenen hebben als reden opgegeven de betere onderzoeken ; voor 25 van hen, meer ervaring en voor 20 van hen: de betere service.

Uit de literatuur blijkt ook dat de grote meerderheid van de zelfverwijzingen beschouwt de spoeddienst als de meest geschikte plaats om hun probleem te presenteren met als reden dat de diagnostische faciliteiten en de overtuiging dat er in het ziekenhuis een betere kwalificatie bestaat om hun probleem te behandelen.[6,7,8,9,10]

15 onder hun hebben een "ernstig klacht" als reden vermeld. Slechte perceptie van "een dringend medisch probleem'' is ook gekend in de verschillende studies[1, 10, 16, 30, 31]. De ernst van het probleem moet gedetailleerd bekeken worden.

Ondanks de gekende diagnosen in het onderzoek, kunnen we tot geen conclusie over de onterechte patiënten komen.

De meerderheid van de patiënten (36%) hebben locomotorische aandoening. Om te oordelen dat "een ernstig" of spoedbehandeling klacht is, zijn extra gegevens nodig.

De vaardigheden van hun huisarts (zoals gipsen, hechten) zijn niet gekend door een merendeel van de patiënten. 66% zijn niet op de hoogte.

Ook 52% van hen zijn niet ingelicht door hun huisarts wanneer ze en met welke klacht de patiënt op spoed medische hulp moet gaan zoeken.

In verband met sociaal demografische gegevens, mensen die op eigen kracht op de spoeddienst medische hulp hebben gevraagd zijn vooral mensen met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar met een Belgische nationaliteit (89%) en getrouwd. (48%).

De meerderheid van hen zijn bedienden (26%) en arbeiders (21%). Een juist beeld van de patiënten die spoed bezoeken moet nog dieper bestudeerd worden.

De vergelijkende gegevens met het gelijkaardige onderzoek hebben als doel een evolutie te kunnen zien in de manier van aanmelding en de hulpvraag op de spoedgevallen.

Opvallend is dat er geen grote verschillen bestaan tussen de gegevens van het jaar 2012 met het jaar 2001.

De meerderheid van de patiënten blijven een huisarts hebben. Zoals ook in het jaar 2001 als in 2012, een minderheid van hen hebben vooraf contact gehad met hun huisarts en zijn door de dokter doorverwezen.

Zo is men ook tot de conclusie gekomen dat de zorggebruikers een gebrek aan informatie heeft over mogelijke alternatieven.
Verschillende studies ondersteunen ook dit resultaat, een betere informatie kan wel een invloed hebben op de vermindering van onterechte patiënten op spoedgevallen.[15, 16, 17].
Om te oordelen over de evolutie van de aanmelding en hulpvraag op spoedgevallen is een grotere studie nodig en eventueel een vergelijkende studie tussen de spoeddiensten en de wachtposten.

5.1. Sterkten en zwakte van het onderzoek

Het is maar een kleine studie, uitgevoerd gedurende een korte periode, die niet het juiste beeld kan aantonen.
Ondanks de gekende diagnosen, de graad van de urgentie moet gedetailleerd bekeken worden om een juist idee over deze "onterechte" patiënten te kunnen krijgen.

Dit onderzoek geeft een idee waarom de "walk in" patiënten op spoedgevallen zich aanmelden. Het ondersteunt ook het bewijs van de literatuur, wat bevestigd dat een groot aantal "walk in" patiënten op de spoeddiensten hulp vragen.
Het is belangrijk dat de huisartsen, de ziekenhuizen, de verzekeringsmaatschappijen samen werken om deze problemen op te lossen en om een kosteneffectieve en kwalitatieve gezondheidszorg voor patiënten in nood te garanderen, binnen en buiten het ziekenhuis.

6. Besluit

Mogelijke oplossingen om het aantal onterechte zelfverwijzers te kunnen laten dalen moeten verschillende strategieën combineren.
Verschillende triagesystemen (telefoon triage en triage door verpleegkundigen op de spoedgevallendienst en huisartsen wachtdienst) :
• poortwachter systemen op de spoeddiensten, waarbij een huisarts de patiënten die zich aanbieden op de spoedgevallen eerst onderzoekt en dan beslist of een spoedbezoek al dan niet nodig is
• walk-in centers die wat toegankelijkheid en organisatie betreft, verschillen van land tot land. Ze kunnen ofwel door verpleegkundigen of door huisartsen gerund worden.
• het forfaitair bedrag op de spoeddienst voor zelfverwijzers[22]
In een gelijkaardige logica kunnen ook verdere eerstelijnsvoorzieningen genomen worden : meer informatie over het bestaan van alternatieven (huisarts wachtposten), het goed inlichten van de patiënt wanneer en met welke dringende medische klacht zij zich moeten begeven naar een spoeddienst, en het meer (financieel) toegankelijker kunnen maken (via derde betaler of overschrijving).

Ik dank prof.Dirk Devroey , prof.Ives Hubloue,dr Els Hyubregts en ook die anderen voor de hulp dat zij mij verstrekt hebben in verband met dit onderzoek.

7.Referentie

1. Murphy AW.'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. Fam Pract. 1998 Feb;15(1):23-32.

2. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients.*BMJ 1995;311:423*

3. Jarmo Kantonen, Ricardo Menezes, Tuula Heinänen, Juho Mattila, Kari J Mattila and Timo Kauppila Impact of the ABCDE triage in primary care emergency department on the number of patient visits to different parts of the health care system in Espoo City. *BMC Emergency Medicine* 2012, **12**:2

4. McGugan EA, Morrison W. Primary care or A&E? A study of patients redirected from an accident & emergency department.Scott Med J. 2000 Oct;45(5):144-7

5. Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P.Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics.Patient Educ Couns. 2008 Feb;70(2):256-65. Epub 2007 Dec 11.

6. Lewis H. Accident and emergency department utilisation: a consumer survey.N Z Med J. 1988 Jul 27;101(850):486-7

7. Ijzermans CJ, Mentink S, Klaphake LM, van Grieken JJ, Bindels PJ. Contact outside of office hours: complaints presented to the general practitioner and to the emergency department. Ned Tijdschr Geneeskd. 2002 Jul 27;146(30):1413-7

8. Lega F, Mengoni A.Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications.Health Policy. 2008 Dec;88(2-3):326-38.

9. Gerard K, Lattimer V.Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: a discrete choice experiment.*Family Practice (2005) 22 (1): 28-36.*

10. Muller U, Winterhalder R, Businger A, Zimmermann H, . 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 May 31;142:w13565. doi: 10.4414/smw.2012.13565

11. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW.Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems.
J Accid Emerg Med. 2000 Jan;17(1):18-21

12. Nicolas Clémenta,Adrian Businberg, Luca Martinollia, Heinz Zimmermanna, Aristomenis K, Exadaktylos
Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department: Are there lessons to be learnt?
Swiss Med Wkly. 2010;140:w13089

13. Walsh M.Patient's choice: GP or A&E department? Nurs Stand. 1990 Nov 28-Dec 4;5(10):28-31

14. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, Chow S.Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong.Soc Sci Med. 2000 Oct;51(7):1075-85

15. Matthew J Harris, Brijesh Patel, Simon Bowen,Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study.Br J Gen Pract. 2011 Dec;61(593):e787-93.

16. Güntensperger U, Pinzello-Hürlimann R, Martina B, Ciurea A, Muff B, .Primary care emergency services utilization in German-speaking Switzerland: a population-based cross-sectional study.Swiss Med Wkly. 2010 Nov 1;140:w13111

17. Harris MF , Daviers PG Fanaian M,Zwar Lior .Access to same day ,next day and after -hours appointment:the views of australian general practitioners Aust Health Rev 2012 Aug 36(3):325-30

18. Hastings SN, George LK, Fillenbaum GG, Park RS, Burchett BM, Schmader KE.Does lack of social supports lead to more emergency departement visitsfor older adults?Am J Emerg Med. 2008 May;26(4):454-61

19. Lowthian JA, Smith C, Stoelwinder JU, Smit DV, McNeil JJ, Cameron PA.Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the Emergency Department.Intern Med J. 2013 Jan;43(1):59-65.

20. Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, Verdon J, Pineault R
Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people.CMAJ. 2007 Nov 20;177(11):1362-8

21. Eleni Lahana, Evelina Pappa, Dimitris Niakas.Do place of residence and ethnicity affect health services utilization? evidence from greece Int J Equity Health. 2011 Apr 26;10(1):16

22. Gourbin C, Du Boullay D, Philips H, Roy R , Buylaert W,
Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst KCE reports vol. 19A

23. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkel D, Wiefferink C. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department Accid Emerg Nurs. 1999 Oct;7(4):217-25

24. Van der Straten LM, van Stel HF, Spee FJ, Vreeburg ME, Schrijvers AJ, Sturms LM Safety and efficiency of triaging low urgent self-referred patients to a general practitioner at an acute care post: an observational studyEmerg Med J. 2012 Nov;29(11):877-81.

25. Van der Heyden JH., Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H.Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium.Health Policy. 2003 Aug;65(2):153-65

26. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, Middleton R, Eagar K.Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ.Emerg Med Australas. 2007 Aug;19(4):333-40

27. Agarwal S, Banerjee J, Baker R, Conroy S, Hsu R, Rashid A, Camosso-Stefinovic J, Sinfield P, Habiba M.Potentially avoidable emergency department attendance: interview study of patients' reasons for attendance.Emerg Med J. 2012 Dec;29(12):e3

28. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, Giguère C Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care.Acad Emerg Med. 2004 Dec;11(12):1302-10.

29. Anthone N, Vandevoorde J. De rol van de huisarts in de urgentiegeneeskunde: waarvan verkiezen patiënten de spoedgevallen? Vrije Universiteit Brussel , juni 2001.

30. Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ.Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services BMC Fam Pract. 2007 Aug 1;8:46

31. Courtney Rocovich, Trushnaa Patel.Emergency department visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular office hours?World J Emerg Med, Vol 3, No 2, 2012

32.Jaarsma-van Leeuwen I, Hammacher ER, Hirsch R, Janssens M Patiënten zonder verwijzing op de afdeling spoedeisende hulp: patiëntenkarakteristieken en motieven Ned Tijdschr Geneeskd 2000 Feb 26;144(9):428-31.

Bijlage 1

Postcode van de patienten:

1000 Bruxelles
1020 Laeken
1030 Schaerbeek
1060 Saint-Gilles
1070 Anderlecht
1090 Jette
1081 Koekelberg
1082 Saint-Agatha-Berchem
1083 Ganshoren
1120 Neder-Over-Hembeek
1150 Sint Pieters Woluwe
1170 Watermaal Bosvorde
1180 Ukkel
1190 Forest
1380 Liege
1460 Virginal Some
1500 Halle
1600 Saint-Pieters-Leeuw
1601 Ruisbroek
1700 Dilbeek
1701 Itterbeek
1703 Schepdal
1730 Asse
1731 Zellik
1740 Ternat
1770 Liedekerke
1780 Wemmel
1785 Brussegem
1800 Vilvoorde
1820 Steen Okkerzeel
1850 Grimbergen
1851 Humbeek
1852 Beigem
1860 Meise
1861 Wolwertem
3090 Overijse
4030 Liege
9300 Aalst
9255 Buggenhout
9470 Denderleeuw

Bijlage 2

Vraagenlijst

Datum …… Uur van aankomst .....

Enquête: deze vragen lijst is anoniem , gelieve hem zo nauwkeurig en waarheidsgetrouw mogelijk in te vullen .Dank u!

Leeftijd (patiënt) ……

Geslacht (patiënt)…… man vrouw

Postcode (patiënt) ……

Nationaliteit (patiënt) ……

Burgerlijke staat (patiënt) ……

Beroep: student

werkloos

arbeider

bediende

zelfstandig

gepensioneerd

autres ……

Heeft u een huisarts: Ja Nee

Belangrijkste klachten /symptomen waarmee u zich op spoedgevallen aanbiedt

……
……
……
……

Hoelang zijn deze klachten aanwezig?	minder dan 24 u	24uur tot 1 week	meer dan1week
Heeft u contact opgenomen met en huisarts voor uw bezoek aan de spoeddienst?	ja	neen	nvt
Bent u doorverwijzen door een huisarts?	ja	neen	nvt
Vond u het gemakkelijker om naar de spoedgevallen dienst te komen in plaats van huisarts?	ja	neen	nvt
Denkt u dat een huisarts in staat is om een wonde te hechten,een breuk te behandelen?	ja	neen	nvt
Heeft uw huisarts u ooit ingelicht welke zijn mogelijkheden zijn , zoals hechten , gipsen ?	ja	neen	nvt
Heeft uw huisarts u ooit ingelicht wanneer hij bereikbaar is buiten de raadpleging?	ja	neen	nvt
Heeft uw huisarts u ooit ingelicht met welke klachten u onmiddellijk naar een spoedgevallen moet?	ja	neen	nvt
Vond u uw klachten te ernstig om door en huisarts behandeld te worden?	ja	neen	nvt
Zou u naar een huisarts gegaan zijn indien u wist dat hij/zij evengoed uw klachten zou kunnen behandelen als een spoedgevallendienst?	ja	neen	nvt
	meer ervaring betere service financieel voordeliger kortere wachttijden betere onderzoeksmogelijkheden behandeling (hechten , gipsen) mogelijk tot opname bereikbaarheid anonimitei tweede advies te ernstig klachten andere		
Hebt u een(GMD)globale medische dossier	ja	neen	nvt
Bent u op de hoogte van huisartswachtposten	ja	neen	nvt

Commentaar

……
……
……

Dank u voor uw medewerking

Bijlage 3

Informatie aan de deelnemers van dit onderzoek

Geachte Heer, Mevrouw

Een betere organisatie van huisartsenwachtdienst gedurende de week en in het weekend zou een invloed kunnen hebben op de hulpvraag waarmee patiënten zich aanmelden op spoedgevallendienst van ziekenhuizen .Ook de karakteristieken van de patiënten en lokale factoren kunnen een rol spelen op de beslissing om een spoeddienst te consulteren in plaats van een huisarts. Dit is het doel van deze studie.
Wij zouden graag een idee krijgen over de reden waarmee patiënten zich op de spoedgevallendienst aanmelden.
We vragen uw toestemming om enkele vragen te stellen over dit onderzoek.
Wij willen er de nadruk op leggen dat zowel het instemmen met, alsook het weigeren van de deelname aan de studie geen enkele invloed heeft, noch op de diagnose noch op uw verdere behandeling. Aan deze studie zijn voor U hoegenaamd geen kosten of bezoldigingen verbonden. Indien u hiermee akkoord gaat, vragen wij u vriendelijk op de achterzijde van dit document een handtekening te plaatsen. Indien u vragen heeft kan u ons steeds bereiken op de onderstaande nummers.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Dr. M.Hysenbegasi: 0476.572.122
Prof.Dr.D.Devroey 02.477.43.11
Prof. Dr. Y. Hubloue: 02.477.51.53

Toestemmingsformulier

Evolutie van de manier van aanmelding en de hulpvraag op spoedgevallendienst

Ondergetekende,geeft
toestemming voor de verzameling van mijn gegevens in het kader van de studie rond de manier van aanmelding en de hulpvraag op spoedgevallendienst, na voldoende geïnformeerd te zijn en na een kopie te hebben ontvangen van het informatieformulier.
Deze studie heeft de goedkeuring van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brusel en de VUB, wat impliceert dat er een verzekering werd afgesloten voor de studie. De deelname is volledig vrijwillig. Het weigeren van deelname heeft geen invloed op uw verdere behandeling.
Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit invloed zal hebben op de relatie met de onderzoeker.

Datum:./…
Handtekening…