WAAROM GAAN MENSEN NAAR DE SPOEDGEVALLENDIENST?

Tack Sara, UGent

Promotor: Dr. Diego Schrans, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven. Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Er is veel tijd en moeite gestoken in het schrijven van deze masterproef en het verliep dan ook niet altijd even vlot. Gelukkig kon ik tijdens dit proces wel rekenen op de steun van verschillende personen uit mijn omgeving en wil ik hen bij deze dan ook graag bedanken.

Grote dank voor mijn promotor Dr. Diego Schrans die mij gedurende de 3 jaren heeft begeleid en ondersteunende feedback heeft gegeven.

Vervolgens ook nog bedankt aan al mijn huisartsenpraktijkopleiders, collega's en praktijkmedewerkers van de afgelopen 3 jaar. Dr. Joost Veryser, Dr. Laurens Strobbe, verpleegkundige van in mijn eerste opleidingspraktijk Sanne Couttouw, Dr. Tack Carl en Dr. Depuydt Benjamin om mij tijd te geven wanneer nodig om aan de masterproef te kunnen werken en om bemoedigende woorden te geven wanneer het wat minder vlot liep of wanneer ik het wat minder goed zag zitten.

Ook niet te vergeten mijn ziekenhuisopleider Dr. Katrien Van Laeken en het personeel van de ganse spoedafdeling van het Jan Yperman Ziekenhuis te Ieper die een cruciale rol speelden bij het opstellen en uitvoeren van mijn masterproef en mij hierbij hebben gesteund. Hierbij moet ik ook de patiënten van op spoed bedanken die mijn vragenlijst volledig hebben ingevuld.

Daarnaast wil ik ook nog mijn ouders bedanken die mij al altijd gesteund hebben gedurende mijn ganse studies.

Als laatste wil ik ook nog mijn grote dankbaarheid uiten aan mijn vriend Brecht Vanderjeugt die mij ook steeds heeft gesteund en bijgestaan tijdens mijn ganse opleiding in het algemeen en dus ook het schrijven van deze masterproef. Dankzij hem kreeg ik de tijd en ruimte om aan mijn masterproef te kunnen werken.

Tack Sara
Ieper, 27/04/2022

1. Abstract

Inleiding: In België is er een waaier aan mogelijkheden voor mensen met een dringende medische vraag. Ze kunnen bellen naar het noodnummer 112, rechtstreeks naar spoed gaan, de huisarts of de huisarts van wacht bellen (via 1733) of in sommige regio's naar een huisartsenwachtpost gaan. Spoedcontacten blijven toenemen en bijna 71% komt naar spoed zonder doorverwijzing. Vanuit medisch standpunt kan echter een aanzienlijk aantal patiënten op spoed even goed via eerstelijnszorg geholpen worden, zowel binnen als buiten de kantooruren. Patiënten beoordelen hun medische problemen met hun eigen bezorgdheden en interpretaties volgens hun eigen context en kunnen beslissen om hulp te zoeken onafhankelijk van doorverwijzing of triagesystemen. Het is noodzakelijk om een uitgebreide kennis te verkrijgen over de ervaringen en attitudes van patiënten en hun keuzegedrag. Gezondheidszorginstellingen moeten hiervoor aandacht hebben om dit te af te stemmen met de voorkeuren van mensen voor zorg, al dan niet tijdens de wachtdiensturen. Zo kan men proberen om patiënten richting de meest geschikte zorgverleningsdienst te sturen. Het doel van deze studie is om na te gaan wat de stand van zaken is voor de regio Ieper waarom mensen op eigen initiatief naar spoed gaan zonder voordien contact op te nemen met de huisarts (van wacht).

Methode: Deze studie betreft een kwalitatief prospectief onderzoek aan de hand van een vragenlijst. Hiervan werden er 100 uitgedeeld op de spoedgevallendienst van het Jan Yperman Ziekenhuis te Ieper in juni 2021. Mensen die werden doorverwezen door de huisarts of die waren binnengebracht met ambulance of na oproep voor Paramedisch Interventie Team of MUG werden geëxcludeerd. Data werden ingegeven en verwerkt met behulp van SPSS Statistics 27.

Resultaten: Er werden 85 volledig ingevulde vragenlijsten verkregen. De verdeling tussen mannen en vrouwen was ongeveer gelijk. De gemiddelde leeftijd bedroeg 34.33 jaar, met 2 en 76 jaar als respectievelijk jongste en oudste leeftijd. Bijna alle patiënten en hun ouders waren geboren in België. 40 mensen waren gekomen naar spoed tijdens kantooruren, dus op een weekdag, tussen 8u-18u59. 45 patiënten kwamen tijdens het weekend of tussen 19u-7u59 op een weekdag, namelijk de wachtdiensturen. De meest vernoemde aanmeldingsklachten hadden te maken met het bewegingsstelsel en de huid, dit respectievelijk door ongeveer de helft en een vijfde van de patiënten. Meer dan de helft van de mensen verwachten snelle hulp op spoed, ongeveer 30% een snelle behandeling en ongeveer een vierde een specialistische behandeling. Ongeveer een derde van de mensen was reeds minstens 1 keer naar spoed gegaan het afgelopen jaar. De belangrijkste redenen die genoemd worden, zijn voor ongeveer een derde dat men denkt nood te hebben aan bijkomende onderzoeken, voor ongeveer een vijfde dat men niet weet waar men anders naartoe kan gaan, voor ongeveer een tiende dat men hun klacht als ernstig ervaart en tevredenheid over spoed en de kwaliteit van de geleverde zorg. 30% van de patiënten is niet op de hoogte van de huisartsenwachtdienst en bijna de helft weet niet hoe deze precies georganiseerd is. De organisatie van de wachtdienst is voor de regio rond Ieper nog heel divers. Meer dan de helft van de mensen had nog nooit een beroep gedaan op de huisartsenwachtdienst. 70% van de patiënten maakten geen gebruik van de huisarts/wachtdienst omdat men dacht nood te hebben aan gespecialiseerde hulp. Ongeveer 95% van de patiënten had een vaste huisarts, maar ongeveer een kwart van de patiënten had geen recent contact (< 3 maanden) met hun huisarts.

Discussie: In vergelijking met voorgaand onderzoek zijn er overeenkomsten wat betreft de aanmeldingsklacht(en) en motivatie waarmee mensen naar spoed komen. Bij de huidige studie valt het op dat de meeste patiënten denken dat men niet terecht kan bij een huisarts voor hun klacht(en). Voorgaand onderzoek heeft reeds verschillende oplossingen vermeld voor het oneigenlijk gebruik van spoed. Een co-locatiesysteem van spoed en huisartsenwachtpost, die al dan niet 24/7 zou open zijn, verduidelijking van de rol van eerstelijnszorg en de huisarts en informatiecampagnes zouden eventueel betekenisvolle veranderingen kunnen teweeg brengen. Echter, om de financiële en praktische haalbaarheid hiervan te kunnen inschatten, moet er nog verder onderzoek gebeuren.

Conclusie: Reeds met deze studie waarbij er een kleine onderzoekspopulatie is, komen reeds gevonden resultaten van voorgaande onderzoeken uit andere regio's overeen. Het blijft echter nog moeilijk om in te schatten welke mogelijke en kwaliteitsvolle oplossingen er zijn om het inefficiënt gebruik maken van urgentiediensten te voorkomen en de eerstelijnszorg zo optimaal mogelijk te benutten. Hierbij is het noodzakelijk dat er een goede consensus en samenwerking bereikt wordt tussen spoeddiensten en huisartsen, eventueel via de reeds bestaande eerstelijnszones of regionale huisartsenkringen.

2. Inhoudstafel

INHOUDSOPGAVE

1. ABSTRACT 4

2. INHOUDSTAFEL 5

INHOUDSOPGAVE 5

3. INLEIDING 6

4. METHODE 13

5. RESULTATEN 15

5.1. SOCIO-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 15
5.2. DATA IN VERBAND MET HET CONSULTEREN VAN SPOED 16
5.3. DATA MET BETREKKING TOT KENNIS EN GEBRUIK VAN DE EERSTE LIJN 21

6. DISCUSSIE 26

6.1 BESPREKING RESULTATEN 26
6.2 VERGELIJKING MET VOORGAAND ONDERZOEK 29
6.3 BEPERKINGEN 31
6.4 IMPLICATIES VOOR VERDER BELEID 31

7. CONCLUSIE 34

8. REFERENTIES 36

9. BIJLAGEN 38

9.1 GOEDGEKEURD PROTOCOL 38
9.2 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 40
9.3 VRAGENLIJST 42

3. Inleiding

In België is er een waaier aan mogelijkheden voor mensen met een dringende medische vraag. Ze kunnen bellen naar het noodnummer 112, rechtstreeks naar spoed gaan, de huisarts of de huisarts van wacht bellen (via 1733) of in sommige regio's naar een huisartsenwachtpost gaan (1).

In 2012 waren er in België 290 spoedcontacten per 1000 inwoners. Spoedcontacten stijgen van ongeveer 3 miljoen in 2009 naar 3.2 miljoen in 2012. De toename in spoedcontacten doet zich vooral voor bij mensen die nog dezelfde dag het ziekenhuis mogen verlaten. Dit bedraagt 77% van alle spoedcontacten. Ongeveer 77% van de baby's jonger dan 1 jaar mag dezelfde dag spoed verlaten en bij patiënten tussen 1 en 20 jaar is dit ongeveer 90%. Naarmate de leeftijd stijgt ziet men dat de kans op een ziekenhuisopname na een spoedcontact groter wordt. Bij 80-plussers kan slechts 32% de dag zelf nog terug naar huis. Bovendien komt bijna 71% naar spoed zonder doorverwijzing. Bij Nederland en Engeland bedraagt dit percentage respectievelijk 42% en 64%. De voornaamste aanmeldingsreden(en) waarom mensen naar spoed gaan zijn somatische aandoeningen (58%), ongeval of trauma (37%) en psychosociale redenen (1.5%) (2).

Volgens cijfers van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse overheid is 81% van de contacten met spoed zonder tussenkomst van de '100' dienst, ambulance of MUG. 15% van de contacten is met tussenkomst van de '100' dienst of ambulance en in de overige 4% van de gevallen gebeurt een opname op spoed via een interventie met de MUG. 37% van de contacten resulteren in een klassieke hospitalisatie, waarbij dus het merendeel, namelijk 63%, ambulant wordt behandeld op spoed. Deze cijfers werden verder niet gespecifieerd (3).

Volgens een enquête uitgevoerd door Test Aankoop spenderen mensen gemiddeld 3 uur op de spoedafdeling, van aankomst tot vertrek. Na aanmelding van de patiënt aan het loket wordt een patiënt zo snel mogelijk gezien door een triageverpleegkundige. Deze schat in hoe dringend de medische situatie moet behandeld worden en welke verdere onderzoeken en eventuele medicatie er nodig zijn. Vervolgens worden patiënten op basis van die inschatting ingedeeld in verschillende categorieën: niet dringend (blauw), standaard (groen), dringend (geel), zeer dringend (oranje) of acuut (rood). Wie als acuut/rood wordt getrieerd moet slechts 5 minuten wachten om een eerste keer onderzocht te worden door een arts. Volgens diezelfde enquête ging 1 op de 3 patiënten eerst langs bij de huisarts. Wie zonder verwijzing naar de spoeddienst ging, deed dat omdat het ziekenhuis beter uitgerust is (32%), de huisarts op dat moment geen raadplegingen deed (20%), het ziekenhuispersoneel meer ervaring heeft met moeilijke gevallen (17%) of het ziekenhuis dichterbij was (15%). 1 op de 10 koos voor de spoeddienst omdat het er 'sneller vooruitgaat'. Indien men naar een spoedgevallendienst gaat na

doorverwijzing door de huisarts betaalt men gewoonlijk 4.07 euro remgeld, zonder doorverwijzing bedraagt het remgeld 18.30 euro. Wie rechtstreeks met ambulance of MUG naar spoed wordt gebracht, betaalt geen remgeld, maar een ambulance kost wel een forfaitair bedrag van 53.23 euro (voor elke rit tot 10km). Volgens een interview in Test Aankoop vinden spoedartsen dat de drempel naar de spoedafdeling vaak te laag is. In tegenstelling tot Nederland mogen er geen patiënten geweigerd worden op spoed, tenzij het voor de spoedartsen onmogelijk is om op een goede en veilige manier met de patiënt te interageren. Hierdoor kunnen wachttijden oplopen en is er soms minder tijd voor patiënten die wel thuishoren op spoed. In Nederland word je zonder doorverwijzing of noodgeval wel weggestuurd, naar huis of naar de huisarts (van wacht) (4,5).

Meeste patiënten hebben soms onverwachts nood aan zorg en oordelen dat spoed de beste keuze is. Vanuit een medisch standpunt kan echter een aanzienlijk aantal patiënten op spoed even goed terecht bij een huisarts. Dit worden dan zogenaamde ‘oneigenlijke spoedcontacten’ genoemd. Volgens de meeste internationale studies zijn 24 tot 40% van de contacten oneigenlijk. Een oneigenlijk gebruik mag echter niet gezien worden als een foutieve keuze van patiënt of spoedarts. Patiënten beoordelen hun medische problemen met hun eigen bezorgdheden en interpretaties in hun eigen context en kunnen beslissen om hulp te zoeken onafhankelijk van doorverwijzing of triagesystemen. Hoewel er enige consensus is van dokters en verplegend personeel betreffende de perceptie van ‘urgentie’ worden er belangrijke verschillen gevonden tussen de perceptie van de patiënten en medisch geschoold personeel. Wat wel of niet een urgentie is, kan vervolgens leiden tot verschillende interpretaties van geschikt of ongeschikt gebruik van spoed. Een eenduidige meetmethode om na te gaan of een bezoek aan spoed al dan niet oneigenlijk is bestaat (nog) niet. Zorgverleners en patiënten schatten een ‘nood aan spoed’ heel verschillend in. Het is noodzakelijk om een uitgebreide kennis te hebben over de ervaringen en attitudes van patiënten en hun keuzegedrag. Zorgverleningsdiensten moeten hiervoor aandacht hebben om dit te af te stemmen met de voorkeuren van mensen voor zorg tijdens de wachtdiensturen om zo patiënten aan te trekken aan de meest gepaste dienst ervoor (2,6,7).

Studie uitgevoerd door Benahmed N. et al. onderzochten determinanten van niet urgente zaken bij spoedgevallendienst in 12 Belgische ziekenhuizen voor pediatrische patiënten (kinderen jonger dan 15 jaar). 63.6% van de deelnemers aan de vragenlijst waren naar spoed gegaan zonder doorverwijzing. Slechts 1 op 5 van de patiënten werd doorverwezen door een arts. Het grote merendeel van de patiënten, namelijk 83.6%, werd ontslagen naar huis. Minder dan 1% verliet het ziekenhuis tegen medisch advies van de zorgverlener in. Tijdens de studie werd 39.9% van de bezoeken beschouwd als ‘ongepast’. Een ‘geschikt’ gebruik van spoed bestond uit de ernst van de toestand en het model van aankomst op spoed. Het was geschikt als er aan minstens 1 van volgende criteria werd voldaan: nood aan kort verblijf voor observatie, nood aan technisch onderzoek(en) (radiografie,

bloedonderzoek, …) of orthopedische/chirurgische behandeling, dood, verwezen door dokter of politie of binnengebracht door ambulance. Een ongepast of niet urgent bezoek wordt gezien als een interventie die door een meer geschikte dienstverlening zou kunnen voorzien worden en is geassocieerd met een minder acuut niveau op triageschaal. 5 factoren werden significant hiermee geassocieerd: leeftijd van het kind, afstand tot spoeddienst, het hebben van een vaste huisarts en bezoeken tijdens wachtdienst en geografische regio. De perceptie van de ouders van dringendheid is een subjectieve determinant. Deze kan namelijk beïnvloed worden door de evaluator, maar ook door de cultuur van de ouders, opleidingsniveau of persoonlijkheid. Het verminderen van niet urgente bezoeken zou een significante impact moeten hebben op patiëntenstroom op spoed, vooral ’s nachts (8).

Verschillende factoren beïnvloeden de keuze van een patiënt om van een bepaalde zorgdienst gebruik te maken. Dit kan te maken hebben met opleidingsniveau, sociaal economische status, gezinssituatie (alleenstaand of niet), onvoldoende kennis over alternatieven van zorgverlening, het al dan niet hebben van een vaste huisarts (Globaal Medisch Dossier), verwachtingspatroon van wachttijden en lokale gewoontes (Vlaanderen, Brussel, Wallonië, …). De ervaringen uit het verleden (diagnose en behandeling) spelen hierin mee een rol. Bepalend is ook of een patiënt een probleem als dringend beschouwt. Mensen kunnen vaak zelf niet inschatten hoe urgent een probleem is. Patiënten met complexe en/of zeldzame aandoeningen zullen zich sneller naar de spoeddienst van het ziekenhuis begeven waar ze behandeld worden (1,2).

Ook factoren gerelateerd aan de manier van organisatie van zorg kunnen ook een rol te spelen bij de keuze voor spoed, bijvoorbeeld de perceptie dat zorg gratis is. Wanneer mensen naar spoed gaan, moet men pas betalen na ontvangst van de factuur. Terwijl de meeste patiënten bij de huisarts meteen het volledige ereloon zelf moeten voorschieten om nadien door het ziekenfonds terugbetaald te worden. Men ziet dat in achtergestelde regio’s 4 keer zoveel spoedcontacten zijn dan in andere. Het beoogde ontradende effect van het hogere remgeld voor patiënten die zonder doorverwijzing naar spoed komen is verwaarloosbaar gebleken. De maatregel is namelijk onvoldoende gekend bij de mensen of wordt niet altijd toegepast door de ziekenhuizen (1,2).

Studies uitgevoerd door Hilde Philips et al probeerden reeds patiënten en socio-economische determinanten voor de keuze van spoed of huisarts van wacht te kwantificeren. Daaruit bleek dat volgende determinanten geassocieerd waren met keuze voor spoed: mannelijk geslacht, spoed minstens 1 keer bezocht hebben in de afgelopen 12 maanden, anderstalig zijn (geen Frans of Nederlands spreken), de Afrikaanse nationaliteit hebben (zowel sub-Saharisch als Noord-afrikaans) en het ontbreken van een medische verzekering. Ze vonden ook dat jonge mannen meer geneigd waren om hulp te zoeken op spoed voor mineur trauma in vergelijking met vrouwen. De gemiddelde leeftijd van patiënten die spoed bezochten was 32.2 jaar

terwijl dit voor de huisarts van wacht 35.7 jaar was. De meest frequente aanmeldingsklachten volgens ICPC codering waren op spoed musculoskeletale problemen (21.6%) en huidproblemen (inclusief traumatische huidlaesies) (17.3%). Bij de huisarts betrof dit voornamelijk luchtweg- (36.8%) en spijsverteringsklachten (20.2%). 39.3% van de patiënten had reeds gebruik gemaakt van spoed gedurende de laatste 12 maanden. 21.9% van de mensen die de beslissing had genomen om naar spoed te gaan was niet geregistreerd bij een vaste huisarts (7).

In 2 studies uitgevoerd door Hilde Philips et al werd ook nagegaan wat de redenen waren waarom mensen hulp zochten op spoed. In beide studies waren toegankelijkheid (14.4-15%), bekwaamheid van het personeel (5.6-11.3%) en nabijheid (6.4-11%) de 3 belangrijkste redenen om gebruik te maken van spoed. Een ander onderzoek voegt er ook nog aan toe dat het idee dat beeldvorming nodig zou zijn en de continue beschikbaarheid van arts bijkomende argumenten kunnen zijn. De ene studie vermeldt ook nog volgende zaken als redenen om spoed te bezoeken: 24/7 open (9.1%), geen kennis van de huisarts van wacht (7.2%), eigen huisarts die niet beschikbaar is (5.1%), geen afspraak nodig (4%), dat men de huisarts van wacht niet wilde storen (2.6%) of dat men daar niet meteen moet betalen (1%) (7,9).

Spoed is vaak beter gekend, goed toegankelijk en er zijn bovendien meer spoeddiensten dan wachtposten. Wachtposten of wachtdiensten georganiseerd door de lokale huisartsenkring variëren per regio. Is de organisatie van het zorgaanbod eigenlijk wel aangepast aan de zorgvraag? Het huidig model van wachtposten biedt momenteel geen oplossing voor de ontlasting van spoed (1,2).

In België zijn er huisartsenkringen die onder andere de werkomstandigheden voor de eerstelijnszorg tijdens de wachtdiensturen willen verbeteren en het aantal van weinig acute zorg consultaties door patiënten willen verminderen. Sinds 2003 zijn er ongeveer 80 huisartsenkringen en 70 wachtposten opgericht. De organisatie hiervan heeft echter niet tot een daling geleid in het aantal spoedcontacten. Bovendien is de organisatie van de huisartsenkringen ook niet afgesteld op de spoeddiensten. Er zijn soms beperkte openingsuren, er is geen overeenkomst met spoeddiensten over verwijzing, de wachtdienst is meestal buiten het ziekenhuis gelokaliseerd en is vaak onvoldoende gekend bij de bevolking. Een studie uitgevoerd door Annelies Colliers et al onderzocht de impact van het oprichten van een wachtpost op de werkbelasting van de spoeddienst. Hierbij werd vooral een significante toename van de werkbelasting voor de wachtposten in 2 regio’s gezien zonder significante veranderingen in de werkbelasting voor de spoeddiensten. Hierbij was er 1 post gelokaliseerd naast een spoeddienst van een algemeen ziekenhuis en een ander niet. Het aandeel van zelfverwijzers veranderde hier niet door. Patiënten hebben vrije toegang tot spoed waar ze gewoonlijk verwachten om snelle, efficiënte en gesofisticeerde hulpverlening te krijgen. Ze zijn ook meer vertrouwd met dit type van zorg buiten de kantooruren of ongeplande zorg dan de organisatie van de huisartsenwachtdienst (10,11).

De regering installeerde het nummer 1733 voor ongeplande, niet levensbedreigende zorg buiten de kantooruren. Hierbij is er een operator die volgens vooropgestelde algoritmes mensen met een ongeplande zorgnood stuurt richting het aangepast zorgniveau. Op die manier wilde men het probleem van weinig acuut gebruik van de spoeddiensten verminderen en de productiviteit van de huisartsen verbeteren. Uit een eerdere studie blijkt dat een dergelijk middel succesvol is om patiënten te triëren volgens een adequaat zorgniveau indien protocollen, stroomdiagrammen en zorgniveaus goed gedefinieerd zijn en als de operatoren goed opgeleid zijn. 9 van de 10 oproepen werden namelijk toegewezen aan de huisarts van wacht. Operatoren kregen echter vaak ook met ontevreden bellers te maken, voornamelijk wanneer men verwachtte medisch advies te krijgen. Publieke informerende campagnes zijn nodig om de objectieven van een dergelijk 1733-systeem af te stemmen met de publieke verwachtingen (10,12).

Daarnaast is er internationaal ook een pleidooi voor een fysieke samenwerking tussen spoeddiensten en huisartsenkringen voor de organisatie van ongeplande zorg. In een dergelijk co-locatiemodel hebben beide diensten een gemeenschappelijke ingang met een gedeelde triage die het geschikte zorgniveau bepaalt volgens vooropgestelde protocollen en algoritmes. Beide diensten werken dan onafhankelijk, maar behouden tegelijk een hoog niveau van samenwerking. Het is momenteel echter nog onduidelijk of dit ook effectief voor een ontlasting van de spoeddienst zou zorgen. Volgens Shammi Ramlakhan et al zou er voorlopig weinig bewijs zijn om de implementatie van dergelijke co-locatiesystemen te ondersteunen en is er een robuuste evaluatie nodig van de voorgestelde modellen om toekomstig beleid te informeren. Een artikel van Lukas Delmeiren et al onderzocht of een deel van de patiënten op spoed veilig kon omgeleid worden naar een huisartsenwachtpost volgens een nieuw triagesysteem. Hieruit bleek dat 9.5% op deze manier veilig naar de eerstelijnszorg kon verwezen worden. Het waren vaker jonge patiënten die aankwamen op spoed zonder ambulance en zich presenteerden met een typische eerstelijnszorg klacht die aan de huisarts van wacht werden toegewezen. Onderzoek van Hilde Philips et al vond dat de co-locatie van spoed en een huisartsenwachtpost had geleid tot een daling van 5.4% van de patiënten die zich presenteren op spoed en dat dit dus kan bijdragen tot een efficiënter management van spoed. Zowel de co-locatie van een huisartsenwachtpost en spoed als het informeren van patiënten is een betekenisvolle stap richting een diepgaandere samenwerking. Dit leidde tot een langdurige verandering van 5.9% van de patiënten die zich initieel aanmelden op spoed, maar zichzelf uiteindelijk triëren naar de huisartsenwachtpost. Een dergelijk systeem vereist echter ook wel de steun van alle betrokken partijen (10,12,13,14,15,16).

Een studie uitgevoerd door Schoenmakers et al onderzocht de mening van patiënten, huisartsen en spoedartsen over een bovenvermeld co-locatiesysteem. Hieruit concludeerde men dat patiënten en artsen over het algemeen voorstander zijn van een gezamenlijke locatie van spoed en een huisartsenwachtpost. Ze

verwachten hierbij vooral een daling in wachttijd, maar ook in werkbelasting. Wanneer patiënten ongeplande zorgdiensten gebruiken zijn ze vooral bezorgd over de wachttijden, adequate doorverwijzing en competentie van de aanwezige arts (en overig medisch personeel). Zelfverwijzende patiënten, onderbezetting van personeel en infrastructurele beperkingen spelen een rol in die wachttijden. Wanneer de adequaatheid van doorverwijzing toeneemt, zal de patiëntenstroom voor ongeplande zorg de werkbelasting en wachttijden verminderen. De lokale regering zou een rol kunnen spelen in het ondersteunen van de toegankelijkheid van de diensten, maar ook in publieke campagnes om een correct gebruik van ongeplande zorg te promoten. Herhaalde en verstaanbare campagnes spelen een grote ondersteunende rol in het aanvaarden van een nieuw systeem. Oudere patiënten leken wel minder bereid om een doorverwijzing naar een co-locatiesite te aanvaarden omdat ze mogelijks een voorkeur hebben voor het huidige systeem waarmee ze meer vertrouwd zijn. Patiënten die spoed voor bepaalde problemen bezochten, drukten wel hun voorkeur uit voor spoed, maar het merendeel verklaarde ook vertrouwen te hebben in de competenties van de huisarts voor hun problemen. De linken tussen bepaalde problemen (wonden, musculoskeletale problemen) en spoed is eerder het gevolg van een imagoprobleem dan een rationeel geloof dat huisartsen niet met kleine trauma's zouden kunnen omgaan. Artsen geloven dat dit systeem ten goede zou kunnen komen voor een adequate doorverwijzing en een verbetering van de kwaliteit van zorg. Deze indicatoren hebben een grote impact op gezondheidszorg-uitkomsten en op de tevredenheid van patiënten. Meer spoedartsen dan huisartsen waren voorstander van een co-locatie. Huisartsen vrezen ervoor dat hun input en expertise overruled zal worden in een ziekenhuissetting. Om tegemoet te komen aan deze bezorgdheid van de huisartsen is het belangrijk dat de infrastructuur en werkomstandigheden aangepast zijn aan de noden van de eerstelijnszorg. Het is daarom van belang dat er bij een dergelijk co-locatie zorgsysteem een strikte flowchart is en een duidelijke definiëring van de rollen. Hiervoor zou er wel nog verder onderzoek moeten gebeuren met focus op kosteneffectiviteit, zorgkwaliteit en arts- en patiënttevredenheid op een concrete gezamenlijke locatie site. Het voorstel van het KCE om dergelijke co-locatiesites 24/7 open te houden zorgt wel voor een bijkomend discussiepunt. Dit vereist namelijk een reorganisatie van het werkschema van de huisartsen. Spoedartsen werken reeds in een 24/7 schema waardoor hun werkomstandigheden hiermee niet beïnvloed worden (10).

Het doel van deze studie is om na te gaan wat de stand van zaken is voor de regio Ieper waarom mensen op eigen initiatief naar spoed gaan zonder contact op te nemen met de huisarts (van wacht). Hierbij wil ik nakijken of dit enigszins overeenkomt met de reeds gekende resultaten omtrent de problematiek van het oneigenlijk gebruik van spoed en of er eventueel ook nieuwe elementen naar voren komen. Dit om een aanzet te kunnen zijn om na te gaan wat er zou moeten veranderen in de organisatie van ons zorgsysteem of waar er eventueel kan op ingespeeld worden betreffende de perceptie van de mensen over spoed of huisarts (van wacht). Hierbij wil ik vooral ook zien of er een eventueel verband is met het

hebben van een vaste huisarts en of de praktijkorganisatie van de huisarts hierbij ook een rol speelt.

4. Methode

De studie betreft een kwalitatief prospectief onderzoek aan de hand van een vragenlijst. Deze werd opgesteld en deels gebaseerd op een vragenlijst gebruikt in een andere masterproef van 2010-2011 (*Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost?).* Een aantal vragen werden aangepast aan het onderwerp van deze studie om ook het zorggebruik tijdens de gewone werkuren na te gaan. Hiermee werd geprobeerd om te achterhalen welke karakteristieken en redenen patiënten hebben om op eigen initiatief naar spoed te gaan. Deze vragenlijst had onder andere betrekking tot de persoonlijke achtergrond van de patiënten, hun verwachtingen betreffende het consulteren van spoed, aanmeldingsklacht en kennis over en gebruik van de eerstelijnszorg, inclusief de huisarts(enwachtdienst). De antwoordmogelijkheden werden geformuleerd zodat er relatief eenduidig kon geantwoord worden, om de dataverwerking te vereenvoudigen. Er werd ook bij bepaalde topics vrije tekstruimte voorzien die indien gewenst kon ingevuld worden. De vragenlijst werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent op 21 december 2020. Deze is tevens terug te vinden als bijlage 9.3.

De vragenlijsten werden uitgedeeld op de spoedgevallendienst van het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper tijdens juni 2021. Het doel was om dit gedurende 1 maand te doen of tot 100 vragenlijsten werden uitgedeeld. Patiënten werden geëxcludeerd wanneer men doorverwezen was door de huisarts (met verwijsbrief of na telefonisch contact met de huisarts), werd binnengebracht door een ambulance (al dan niet vanuit een woonzorgcentrum) of was meegebracht na een MUG-oproep of oproep van het paramedisch interventieteam (PIT). De patiënten die geïncludeerd werden, waren gewoonlijk mensen die uiteindelijk getrieerd werden met code geel, groen of blauw (dit werd echter niet opgevolgd of genoteerd). De vragenlijst werd enkel uitgedeeld aan wilsbekwame mensen en in het geval van een consult voor een kind op eigen initiatief werd deze ingevuld door de ouder die mee was met dat kind.

De gegevens werden vervolgens verwerkt in SPSS Statistics 27 tijdens september 2021. Onvolledige vragenlijsten werden niet verwerkt en maken dus geen deel uit van de resultaten. Een aantal topics werden herwerkt voor een eenvoudigere dataverwerking. Zo werd leeftijd berekend op basis van het ingevulde geboortejaar. Op basis van deze berekende leeftijd werden er ook 4 leeftijdscategorieën opgemaakt, namelijk jonger dan 12 jaar, tussen 12 en 18 jaar, tussen 18 en 65 jaar en ouder dan 65 jaar. Het uur van aankomst, die men invulde, werd omgezet naar dagdeel van aankomst, namelijk overdag (tussen 8u-18u59), avond (tussen 19u-20u59) en nacht (21u-7u59). Dit was gebaseerd op de uren waarop een huisarts gewoonlijk permanentie voorziet tijdens de weekdagen overdag, namelijk van 8u-18u59. Deze uren worden ook kantooruren of de gewone werkuren genoemd verder in deze studie. Vanaf 19u wordt er in regio Ieper permanentie voorzien door de lokale wachtdienst tot 8u de dag nadien. Volgens nomenclatuurnummers die worden toegepast door de huisartsen wordt een consultatie tussen 19u en 20u59 nog

beschouwd als avondconsultatie. Vanaf 21u tot 7u59 de dag nadien betreft dit een consultatie ’s nachts. Zo kon er nagekeken worden welke mensen waren aangekomen tijdens de wachtdiensturen van de huisarts. Via crosstabs kon hiervan een overzicht verkregen worden. Tevens werd de dag van aankomst opgedeeld in week- en weekenddagen. Hierbij werd er geen rekening gehouden met wettelijke feestdagen tijdens de week, maar dit was niet noodzakelijk aangezien er in juni 2021 geen wettelijke feestdagen waren op weekdagen. Dit werd ook uitgevoerd waarbij enkel mensen met betaald werk werden geselecteerd om te kunnen nagaan of dit opvallende verschillen naar voren zou brengen.

De aanmeldingsklacht waarvoor men vrije ruimte had gekregen om dit in te vullen werd herleid tot één van de 17 hoofdstukken van de ICPC-2 codering. Bijvoorbeeld wonden of huiduitslag horen bij de categorie van problemen ter hoogte van de huid ingedeeld. Pijn of traumata ter hoogte van één of meerdere lidmaten zijn ingedeeld in de categorie bij het ‘bewegingsapparaat’.

Bij de overige vragen werden de antwoorden gewoon ingegeven zoals aangeduid door de patiënten. Om een overzicht te krijgen van de data werd gewerkt met frequentietabellen. Deze werden verkregen met behulp van het analyseren via beschrijvende statistieken in het programma SPSS Statistics 27.

5. Resultaten

Van de 100 vragenlijsten die werden uitgedeeld, werden er 96 terug ingediend. Er waren uiteindelijk 85 vragenlijsten volledig ingevuld en op basis hiervan zijn de volgende resultaten berekend. De resultaten worden overlopen in volgorde van de opgestelde vragenlijst die terug te vinden is als bijlage 9.3.

5.1. SOCIO-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

De eerste vragen hadden voornamelijk betrekking tot het bevragen van sociodemografische data die opgelijst staan in tabel 1. Er waren ongeveer evenveel mannen als vrouwen die deelnamen aan de vragenlijst. De grootste leeftijdscategorie was deze van patiënten tussen 18 en 65 jaar oud. Het merendeel van de patiënten was geboren in België en had ouders die ook geboren waren in België. 1 persoon was geboren in Letland van wie de ouders ook geboren waren in Letland. Bij 3 personen was er minstens 1 van de ouders geboren in Frankrijk en 1 persoon had een ouder die geboren was in Duitsland.
Wat betreft de werksituatie van de patiënten had ongeveer de helft betaald werk. Ongeveer een vierde was nog schoolgaand, ongeveer een tiende was gepensioneerd en ongeveer 7% had tijdelijk onderbroken werk. 1 persoon had geen betaald werk of was invalide en 4 personen wilden deze vraag liever niet beantwoorden. Bij het bevragen van het hoogst behaalde diploma antwoordde ongeveer een vijfde een diploma van hoger onderwijs te hebben behaald. Ongeveer 17% had een diploma van lager of technisch secundair onderwijs. Ongeveer een tiende van de patiënten behaalde een diploma van beroepssecundair onderwijs of had nog geen diploma. 6 mensen behaalden een diploma van algemeen secundair onderwijs, 5 mensen een universitair diploma of diploma van post secundair onderwijs en 2 personen hadden een diploma van het buitengewoon onderwijs.

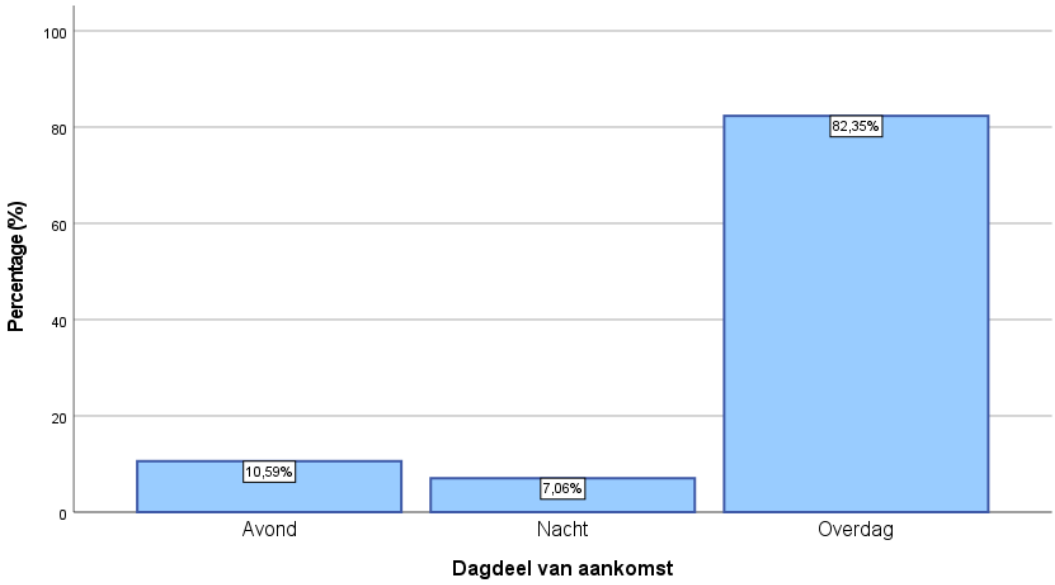
Tabel 1. Sociodemografische data deelnemers vragenlijst

Sociodemografische data van de deelnemende patiënten			
		Aantal (personen)	**Percentage (%)**
Geslacht	Man	42	49,4
	Vrouw	43	50,6
Leeftijd	Gemiddelde = 34.33 jaar		
	Range = 2-76 jaar		
	<12 jaar	6	7,1
	>65 jaar	6	7,1
	12-18 jaar	12	14,1
	18-65	61	71,8

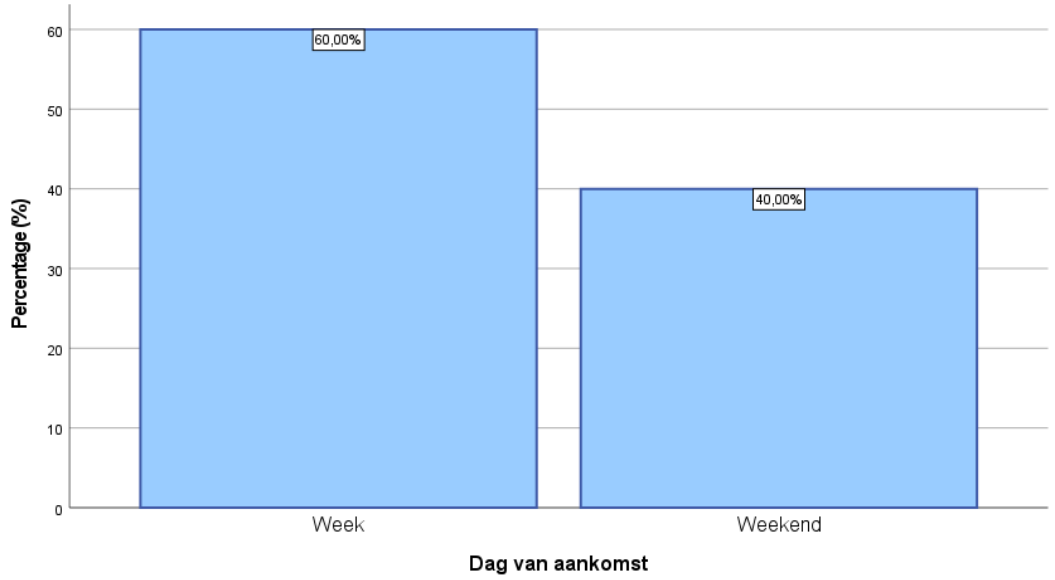
Geboorteland patiënt	België	84	98,8
	Letland	1	1,2
Geboorteland ouders patiënt	1 uit Duitsland	1	1,2
	1 uit Frankrijk	2	2,4
	België	80	94,1
	Frankrijk	1	1,2
	Letland	1	1,2
Werk	Betaald werk	42	49,4
	Tijdelijk onderbroken werk	6	7,1
	Geen betaald werk	1	1,2
	Schoolgaand	22	25,9
	Pensioen	9	10,6
	Geen antwoord	4	4,7
	Invalide	1	1,2
Hoogst behaalde diploma	Geen diploma	8	9,4
	Universiteit	5	5,9
	Geen antwoord	4	4,7
	Lager onderwijs	14	16,5
	Buitengewoon secundair onderwijs	2	2,4
	Beroepssecundair onderwijs	9	10,6
	Technisch secundair onderwijs	14	16,5
	Algemeen secundair onderwijs	6	7,1
	Post secundair onderwijs	5	5,9
	Hoger onderwijs	18	21,2

5.2. DATA IN VERBAND MET HET CONSULTEREN VAN SPOED

Het moment en dag van aankomst op de spoedgevallendienst worden weergegeven in figuur 1 en 2. Het merendeel van de patiënten die de vragenlijst invulden waren overdag gekomen, namelijk tussen 8u-18u59. De minderheid kwam ’s avonds en ’s nachts naar spoed. Meer dan de helft van de patiënten waren gekomen op een weekdag, dus van maandag tot en met vrijdag. De overige personen waren tijdens het weekend naar spoed gegaan.



Figuur 1. Dagdeel van aankomst van patiënten op spoed



Figuur 2. Dag van aankomst van patiënten op spoed

In tabel 2 werden de hierboven vermelde antwoorden betreffende het dagdeel en de dag van aankomst samengevoegd. Op die manier is er een overzicht van welk aandeel van de patiënten tijdens de gewone werkuren en welk aandeel tijdens de wachtdiensturen kwam. Dit werd ook uitgevoerd waarbij enkel mensen met betaald werk werden geselecteerd en wordt weergegeven in tabel 3. Uit beide tabellen is af te leiden dat de meeste mensen overdag kwamen, zowel tijdens de week als tijdens het weekend. Iets minder dan de helft van de patiënten kwam tijdens de kantooruren. De anderen, dus iets meer dan de helft, waren tijdens de wachtdiensturen naar spoed gegaan.

Tabel 2. Dagdeel en dag van aankomst patiënten (n=85)

		Dag van aankomst		Totaal
		Week	Weekend	
Dagdeel van aankomst	**Overdag**	40	30	70
	Avond	7	2	9
	Nacht	4	2	6
Totaal		51	34	**85**

Tabel 3. Dagdeel en dag van aankomst patiënten met betaald werk (n=42)

		Dag van aankomst		Totaal
		Week	Weekend	
Dagdeel van aankomst	**Overdag**	19	15	34
	Avond	5	1	6
	Nacht	1	1	2
Totaal		25	17	**42**

Tabel 4 geeft de aanmeldingsklacht weer die de patiënten hadden opgegeven en die ingedeeld werd volgens ICPC-2 codering. Net iets meer dan de helft was omwille van een klacht met betrekking tot het bewegingsapparaat naar spoed gegaan. Ongeveer een vijfde kwam voor een probleem ter hoogte van de huid. De overige categorieën werden veel minder frequent genoemd.

Tabel 4. Aanmeldingsklacht volgens ICPC codering

ICPC codering	Aantal	Percentage (%)
Algemeen	6	7,1
Bloed, bloedvormende organen en immuunstelsel	2	2,4
Spijsverteringsorganen	4	4,7
Oog	2	2,4
Oor	3	3,5
Cardiovasculair stelsel	2	2,4
Bewegingsapparaat	45	52,9
Luchtwegen	2	2,4
Huid	18	21,2
Geslachtsorganen man, inclusief borsten	1	1,2
Totaal	85	100

De verwachting die patiënten hadden omtrent hun aanmelding op spoed wordt getoond in tabel 5. De antwoordmogelijkheden waren opgedeeld in 4 categorieën, namelijk snelle hulp, snelle behandeling, specialistische behandeling en andere. Hierbij mocht men meerdere antwoorden aanduiden. Bijna drie vijfde van de patiënten verwachtte snelle hulp, bijna 30% een snelle behandeling en ongeveer een vierde een specialistische behandeling. Daarnaast was er iets meer dan een tiende die nog een andere verwachting had. Hierbij waren er patiënten die geen verdere

verduidelijking hadden vermeld, verwachtte men gewoon goede hulp, medische hulp, pijnstilling, een diagnose, hulp (niet nader gespecifieerd) of beeldvorming.

Tabel 5. Verwachting(en) waarmee patiënten spoed raadpleegden

Verwachting		Aantal	Percentage (%)
Snelle hulp		49	57,6
Snelle behandeling		25	29,4
Specialistische behandeling		22	25,9
Andere	Algemeen, niet verder gespecificeerd	3	3,5
	Goede hulp	3	3,5
	Hulp	1	1,2
	Medische hulp	1	1,2
	Pijnstilling	1	1,2
	Beeldvorming	1	1,2
	Diagnose	1	1,2

Tabel 6 omvat het eerder gebruik van spoed in de afgelopen 12 maanden. Ongeveer een derde van de patiënten had reeds eerder dat jaar spoed geraadpleegd. Hierbij varieerde de frequentie van 1 tot 2 keer.

Tabel 6. Patiënten die reeds naar spoed waren gegaan in de 12 maanden voordien

Eerder spoedgebruik (de afgelopen 12 maanden)		Aantal	Percentage (%)
Ja	(geen verdere specificatie)	5	5,9
	1-2 keer	1	1,2
	1 keer	17	20
	2 keer	5	5,9
Nee		57	67,1
Totaal		85	100

Patiënten mochten 3 redenen opgeven waarom men naar spoed was gekomen voor hun klacht(en). Dit werd opgedeeld volgens de mate waarin men deze belangrijk vond, gaande van belangrijkste (1) naar minder belangrijk (2) tot het minst belangrijk (3). Op die manier kon achterhaald worden wat patiënten gewoonlijk aangaven als de 3 belangrijkste motivaties om voor spoed te kiezen. Deze worden samen weergegeven in tabel 7. Niet alle patiënten gaven 3 redenen op, namelijk iets meer dan een derde gaf geen bijkomende motivatie op en bijna de helft had geen derde reden aangeduid.

Meest aangegeven reden als belangrijkste was voor iets meer dan een derde van de patiënten dat men dacht om nood te hebben aan verdere onderzoeken. Daarna antwoordt ongeveer een vijfde als reden dat men niet wist waar men anders terecht kon met hun klacht(en) en iets meer dan een tiende van de mensen omdat men de klacht(en) als ernstig ervaart. Ongeveer 8% geeft als motivatie aan dat men tevreden is van de zorg die wordt geleverd op spoed en de kwaliteit ervan. 5 patiënten zeggen dat dit was omwille van wachttijden. Overige redenen werden slechts door enkele patiënten opgegeven. Deze omvatten afstand, advies van een huisarts, transport,

een arbeidsongeval, dat men denkt toch doorverwijzing nodig te hebben, een directe oplossing tegen pijn, geen afspraak nodig, geen goede behandeling van de huisarts, onzekerheid of doorverwezen vanuit school omwille van schoolverzekering.

Meest aangegeven reden als minder belangrijk is de wachttijd op spoed. Daarna volgen de tevredenheid over de geleverde zorg en kwaliteit ervan op spoed, omdat men niet weet waar men anders naartoe kan gaan met hun klacht(en), afstand naar de spoeddienst of het vermoeden van nood aan bijkomende onderzoeken. Minder frequent genoemde motivaties hierbij waren het ervaren van hun klacht(en) als ernstig, transport, financiële redenen, het vermoeden van een te lange wachttijd bij de huisarts of het advies van de huisarts van wacht om meteen naar spoed te gaan.

Meest aangegeven als minst belangrijke reden, maar toch voldoende belangrijk om naar spoed te gaan was tevredenheid over de geleverde zorg en kwaliteit op spoed. Daarna volgen omdat men niet wist waar men anders terecht kon, wachttijden en de afstand. Het vermoeden van bijkomende onderzoeken nodig te hebben, het idee dat hun klachten ernstig zijn, transport, afkomstig zijn uit een andere regio of het idee dat een huisarts van wacht minder goed is dan de spoeddienst werden ook nog als antwoord gegeven, weliswaar minder frequent.

Tabel 7. Reden(en) van patiënten om spoed te consulteren voor hun klacht(en)

1ste reden (belangrijkste)		
	Aantal	Percentage (%)
Wachttijden	5	5,9
Niet weten waar anders	18	21,2
Tevredenheid, kwaliteit	7	8,2
Afstand	3	3,5
Onderzoeken	30	35,3
Ernst	10	11,8
Transport	1	1,2
Advies huisarts	3	3,5
Arbeidsongeval	1	1,2
Denkt doorverwijzing nodig te hebben	1	1,2
Een directe oplossing tegen de pijn	1	1,2
Gebeld met huisarts	1	1,2
Geen afspraak nodig	1	1,2
Geen goede therapie van huisarts	1	1,2
Huisarts wou niet komen	1	1,2
Schoolverzekering	1	1,2
Totaal	85	100
2de reden (minder belangrijk)		
Geen bijkomende reden	30	35,3
Wachttijden	11	12,9
Niet weten waar anders	8	9,4
Tevredenheid, kwaliteit	9	10,6

Afstand		8	9,4
Financieel		2	2,4
Onderzoeken		8	9,4
Ernst		5	5,9
Transport		2	2,4
Advies van de huisarts van wacht		1	1,2
Huisarts zou te lang duren		1	1,2
Totaal		85	100
3de reden (minst belangrijk)			
Geen bijkomende reden		42	49,4
Wachttijden		6	7,1
Niet weten waar anders		8	9,4
Tevredenheid, kwaliteit		12	14,1
Afstand		5	5,9
Onderzoeken		4	4,7
Ernst		4	4,7
Transport		1	1,2
Andere	Beter dan de huisarts van wacht	1	1,2
	Niet afkomstig van de regio	1	1,2
	Wondzorg, huisarts is niet beschikbaar	1	1,2
Totaal		85	100

5.3. DATA MET BETREKKING TOT KENNIS EN GEBRUIK VAN DE EERSTE LIJN

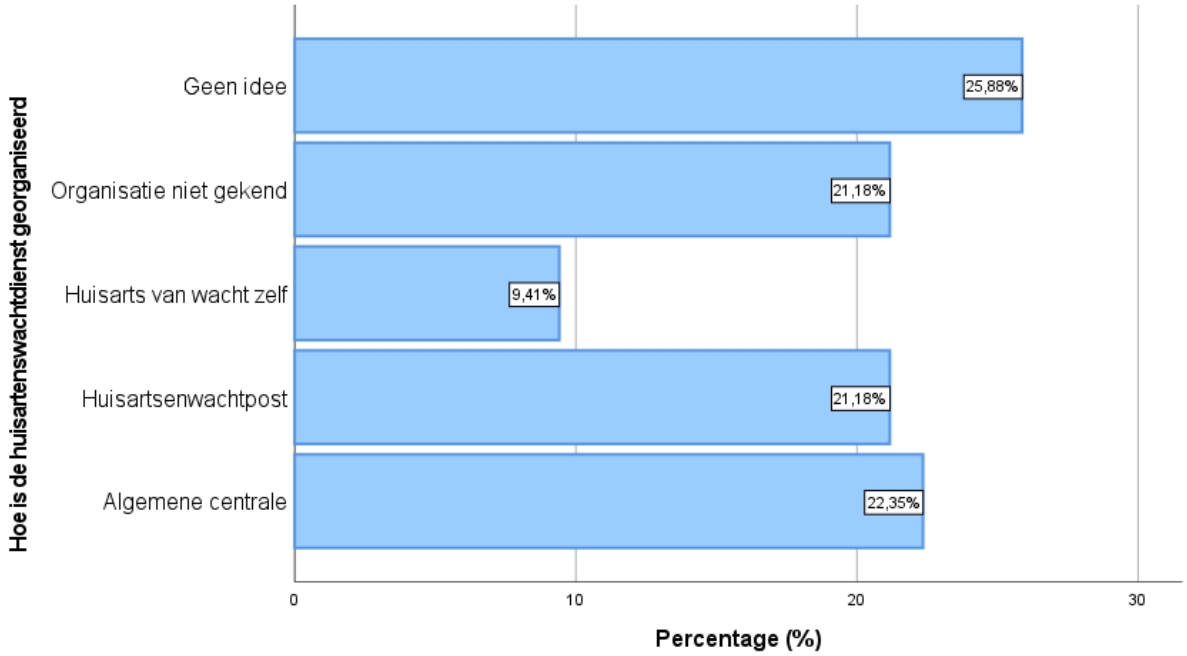
Hierna volgen vooral topics in verband met de kennis van de patiënten over eerstelijnszorg. In tabel 8 wordt weergegeven hoeveel patiënten op de hoogte zijn van het bestaan van de regionale huisartsenwachtdienst. Ongeveer 30% geeft aan dat men niet op de hoogte is van de organisatie van de wachtdienst of dat men hier geen idee van heeft.

Tabel 8. Patiënten die al dan niet op de hoogte zijn van de wachtdienst georganiseerd door huisartsen

Huisartsenwachtdienst gekend?	Aantal	Percentage (%)
Ja	60	70,6
Nee	18	21,2
Geen idee	7	8,2
Totaal	85	100

Vervolgens illustreert figuur 3 of mensen weten hoe de regionale huisartsenwachtdienst precies georganiseerd is. Bijna de helft geeft aan dat men ofwel de precieze organisatie ervan niet kent ofwel dat men hier geen idee van heeft. Bijna evenveel patiënten geven aan dat dit in een huisartsenwachtpost is of dat men terecht komt bij een algemene centrale wanneer men belt naar de wachtdienst. Bij de

minderheid van de mensen komt men tijdens de wachtdienst rechtstreeks uit bij de huisarts van wacht.



Figuur 3. Organisatie van de regionale huisartsenwachtdienst

In tabel 9 is het eerder gebruik van de regionale wachtdienst georganiseerd door huisartsen terug te vinden. Ongeveer de helft van de patiënten had hiermee nog nooit contact gehad. Daarnaast is er ook nog een tiende van de patiënten die dit niet meer weet.

Tabel 9. Patiënten die in het verleden al dan niet een beroep hebben gedaan op de huisartsenwachtdienst

Eerder gebruik regionale wachtdienst	Aantal	Percentage (%)
Ja	36	42,4
Neen	42	49,4
Ik weet het niet meer	7	8,2
Totaal	85	100

Hierbij aansluitend werd nagegaan waarom men voor hun klacht(en) geen beroep heeft gedaan op de huisarts of de huisarts van wacht. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 10. Het grootste deel van de patiënten geeft aan dat men denkt nood te hebben aan gespecialiseerde hulp. Daarna komt er een deel van de patiënten die niet weet hoe deze te bereiken is of dat deze bestaat en dat men denkt dat dit te lang zou duren. Er zijn nog enkele andere redenen die genoemd worden, echter door een beperkt aantal patiënten, variërend van 1 tot 3 personen.

Tabel 10. Reden dat patiënten geen gebruik maakten van de huisarts(enwachtdienst)

Reden	Aantal	Percentage (%)
Geen idee hoe deze te bereiken is of dat deze bestaat	10	11,8
Nood aan gespecialiseerde hulp	59	69,4
Nood aan gespecialiseerde hulp en wachttijd	2	2,4
Wachttijd (zou te lang duren)	6	7,1
Probleem was niet tijdens de wachtdienst begonnen	1	1,2
Advies huisarts	3	3,5
Naar spoed gebracht	1	1,2
Niet bereikbaar	1	1,2
Niet tijdens wacht	1	1,2
Schoolverzekering	1	1,2
Totaal	85	100

Tabel 11 toont welke patiënten dachten dat men al dan niet bij de eigen huisarts terecht kon, indien men gekomen was tijdens wachtdiensturen. Iets meer dan twee derde van de patiënten geven aan dat men ook niet naar de eigen huisarts was gegaan.

Tabel 11. Patiënten die denken dat men wel bij de eigen huisarts had terecht gekund (indien gekomen tijdens de wachtdiensturen)

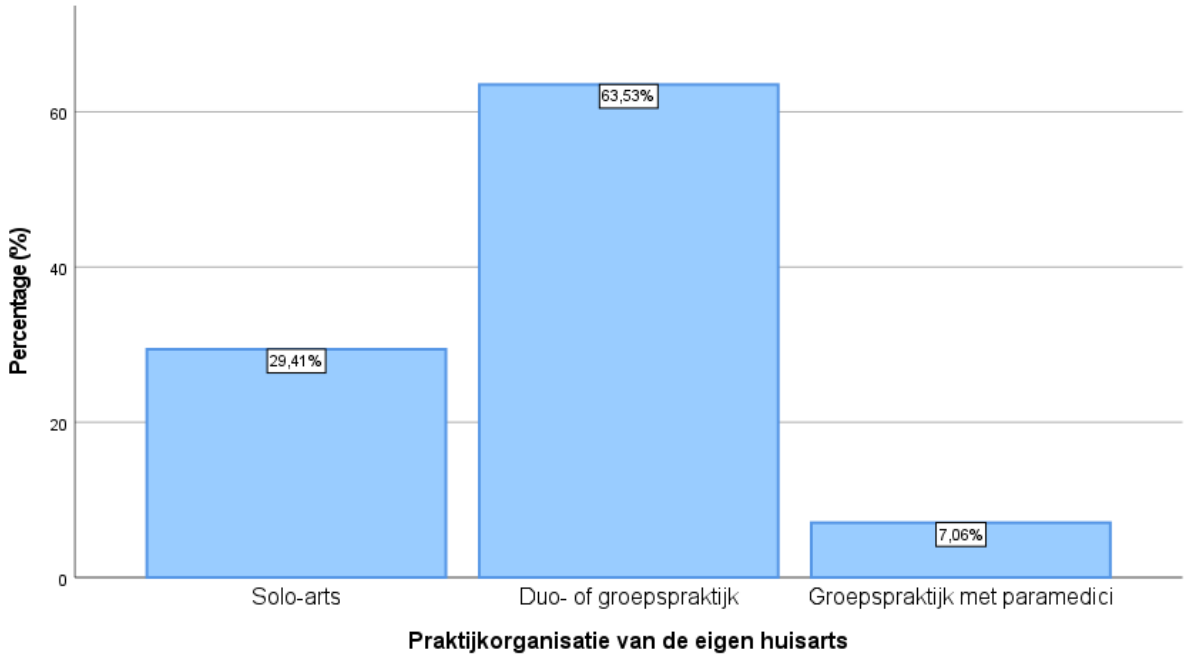
Bij eigen huisarts indien geen wachtdienst	Aantal	Percentage (%)
Ja	20	23,5
Nee	57	67,1
Probleem niet tijdens wachtdienst	8	9,4
Totaal	85	100

In tabel 12 is te zien hoeveel patiënten een vaste huisarts hebben. Hierbij hebben bijna alle patiënten aangegeven dat ze een vaste huisarts hebben.

Tabel 12. Patiënten die een vaste huisarts hebben

Vaste huisarts	Aantal	Percentage (%)
Ja	81	95,3
Nee	4	4,7
Totaal	85	100

Hierbij aansluitend werd de praktijkorganisatie van de eigen huisarts nagegaan. Dit wordt geïllustreerd in figuur 4. Het merendeel van de patiënten geeft aan dat hun huisarts in een duo- of groepspraktijk werkt. Daarna is er ook nog een deel bij wie de huisarts nog alleen werkt. Bij een minderheid van de mensen werkt de huisarts in een groepspraktijk waar zich ook paramedici bevinden.



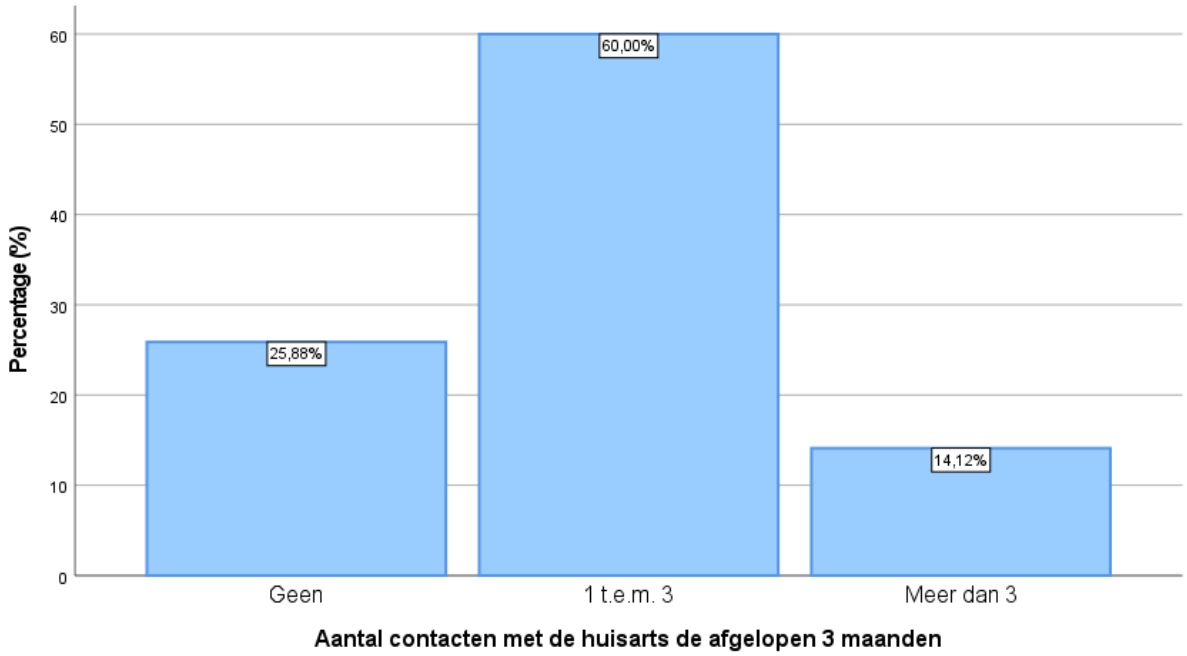
Figuur 4. Praktijkorganisatie van de eigen huisarts

Er werd ook gepeild naar welke mensen dachten dat men bij de eigen huisarts terecht kon, onafhankelijk van het feit of men kwam tijdens wachtdiensturen. Dit wordt weergegeven in tabel 13. Hierbij geeft het merendeel van de patiënten aan dat men niet denkt dat men met hun klacht ook bij de eigen huisarts terecht kon.

Tabel 13. Patiënten die denken dat men voor hun klacht(en) ook bij de eigen huisarts had terecht gekund

Ook bij eigen huisarts mogelijk?	Aantal	Percentage (%)
Ja	30	35,3
Nee	55	64,7
Totaal	85	100

Als laatste illustreert figuur 5 illustreert hoeveel contacten de patiënten hadden met hun eigen huisarts de afgelopen 3 maanden. Het grootste deel van de mensen had 1 tot en met 3 relatief recente contacten met hun eigen huisarts. Ongeveer een kwart van de patiënten had geen enkel contact met hun eigen huisarts gedurende de 3 maanden voordien.



Figuur 5. Aantal contacten die de patiënt had met de eigen huisarts gedurende de afgelopen 3 maanden

6. Discussie

6.1 BESPREKING RESULTATEN

Mensen kwamen hoofdzakelijk overdag naar spoed. Slechts een minderheid kwam ’s avonds of ‘s nachts. Meer dan de helft van de patiënten was tijdens de week gekomen. Toch was er iets meer dan de helft die kwam tijdens de uren van de wachtdienst. Het verschil echter, tussen de patiënten die tijdens wachtdiensturen en gewone werkuren kwamen, is slechts 6%. Als dit vervolgens werd bekeken voor mensen met betaald werk zien we een soortgelijke verdeling. Het al dan niet hebben van betaald werk lijkt, in deze studie althans, geen duidelijke invloed te hebben op het moment van aankomst op spoed.

De meest frequente aanmeldingsklacht waarmee mensen naar spoed kwamen was in verband met een probleem van het bewegingsapparaat. Daarna volgen problemen ter hoogte van de huid. Hierbij werd ook wondproblematiek gerekend. Van de 18 mensen die kwamen met een probleem ter hoogte van de huid, waren er 14 bij wie dit was omwille van een wondprobleem (postoperatief of traumatisch). Daarna volgen nog andere klachten die vermeld staan bij de resultaten in tabel 4, echter deze waren telkens voor 1 tot 6 personen van toepassing en lijken dus weinig significant.

De verwachting van ongeveer de helft van de patiënten over hun bezoek aan spoed is snelle hulp, daarna volgt een snelle behandeling met iets minder dan een derde en specialistische behandeling voor ongeveer een kwart van de mensen. Er is nog een klein aantal die andere verwachting heeft, meestal aangegeven door 1 tot 3 personen. Hoe het natuurlijk precies komt dat de meeste mensen snelle hulp verwachten, werd hier niet nader onderzocht. Snelle hulp werd in principe ook niet nader omschreven en blijft hierdoor voor interpretatie vatbaar. De vraag is of dat dit eventueel te maken heeft met de benaming van spoedgevallendienst waardoor de naam doet vermoeden dat daar alles sneller wordt bekeken, onderzocht en behandeld.

Ongeveer een derde was al minstens 1 keer naar spoed gegaan in de 12 maanden voordien. Op zich is er dus een aanzienlijk deel van mensen die terugkeert naar spoed op eigen initiatief. Het is echter niet onderzocht of vorige aanmeldingen op spoed ook op eigen initiatief waren of na doorverwijzing van de huisarts.

Over het algemeen kan vastgesteld worden dat de mogelijkheid van directe bijkomende onderzoeken, een probleem als ernstig ervaren, toegankelijkheid, kwaliteit van en tevredenheid over spoed, wachttijden en afstand meestal deel uitmaakten van de motivatie van mensen om spoed te raadplegen. Iets meer dan een derde van de patiënten had eigenlijk slechts 1 motivatie om naar spoed te gaan en ongeveer de helft slechts 2 redenen. Als belangrijkste reden om naar spoed te gaan werd vooral het vermoeden van nood aan bijkomende onderzoeken het meest

genoemd. Daarna volgden dat men niet weet waar men anders voor hun klachten terecht kan en dat men hun klachten als ernstig ervaart. Uiteindelijk was er een minderheid die ging omwille van de tevredenheid over spoed en kwaliteit van zorg die men daar ervaart. Er zijn ook enkele personen die vermelden dat men het advies van de huisarts zou gekregen hebben om naar spoed te gaan. Ondanks dat dit één van de exclusiecriteria was, kan het zijn dat deze personen dit onduidelijk hebben doorgegeven bij hun aanmelding op spoed waardoor zij toch een vragenlijst ontvingen.

Als 2de belangrijkste reden komen vooral wachttijden of tevredenheid naar voren. Daarna volgen het vermoeden van nood aan bijkomende onderzoeken, afstand naar spoed of dat men niet weet waar men anders terecht kan voor hun probleem. Overige redenen worden minder frequent vermeld.

Als 3de belangrijkste motivatie worden tevredenheid en kwaliteit van zorg die men er ervaart, niet weten waar men anders terecht kan, wachttijden en afstand het meest opgegeven.

Ongeveer 30% is niet op de hoogte van de huisartsenwachtdienst. Als de precieze organisatie ervan wordt nagevraagd, blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten de precieze organisatie ervan of de huisartsenwachtdienst in het algemeen niet kende. In het geval dat patiënten hier wel van op de hoogte waren, kan opgemerkt worden de organisatie van de huisartsenwachtdienst rond Ieper nog heel divers is. Een verschillende organisatie van wachtdiensten zorgt er wellicht voor dat mensen hierover onzeker zijn. Dat kan dan als gevolg hebben dat men soms gewoon voor spoed kiest omdat dit in België gewoonlijk op eenzelfde manier georganiseerd is en dat men zo beter kan inschatten wat men hiervan kan verwachten.

Bijna de helft van de patiënten had nog nooit gebruik gemaakt van de huisartsenwachtdienst. Ongeveer een tiende wist niet meer of ze er ooit een beroep op hadden gedaan, dus bij deze groep kunnen er wellicht ook patiënten zijn die nog nooit eerder de wachtdienst raadpleegden. Het grootste deel van de patiënten die naar spoed was gekomen, had dus wellicht nog geen contact gehad met een huisartsenwachtdienst.

De meest aangeduide reden dat patiënten geen gebruik maakten van de wachtdienst (of de eigen huisarts) was omdat men dacht nood te hebben aan gespecialiseerde hulp. Daarna volgt nog dat men niet wist hoe de wachtdienst te bereiken is of dat deze bestaat of omdat men dacht dat het te lang zou duren. Overige antwoorden werden slechts door 1 tot 3 patiënten opgegeven en zijn dus weinig significant. Patiënten lijken dus te denken dat een huisarts hen niet kan verder helpen voor hun klacht(en). Vooraleer hieruit echter grote conclusies kunnen getrokken worden, zou er nog verder onderzoek gebeuren naar welke problematiek het precies betreft en of het inderdaad om een klacht gaat waarbij de huisarts hen niet kon helpen.

Het grootste deel van de patiënten dacht zowel niet terecht te kunnen bij de huisarts van wacht als de eigen huisarts. Bij deze mensen maakt het dus wellicht niet uit op welk moment van de dag hun klacht(en) aanwezig waren. Dit komt ongeveer overeen met hetgeen hierboven vermeld werd en dat patiënten vermoeden gespecialiseerde hulp nodig te hebben voor hun klachten.

Bijna alle patiënten die naar spoed waren gekomen gaven aan een vaste huisarts te hebben, met uitzondering van slechts 4 personen. Meeste huisartsenpraktijken van de patiënten die de vragenlijst invulden waren georganiseerd als een duo- of groepspraktijk waarvan ook een klein deel met paramedici. Ongeveer 30% had een huisarts die nog alleen werkt.

Van de mensen die naar spoed waren gekomen was er bijna een kwart van de patiënten die geen contact had met hun huisarts de afgelopen 3 maanden. Bij het merendeel van de mensen was er dus wel minstens 1 relatief recent contact met hun huisarts. Deze patiënten zouden dus in principe moeten weten hoe de eigen huisarts te bereiken is. Er is ook het vermoeden dat men hierdoor op de hoogte is van de competenties van hun huisarts of hoe hun huisarts hen kan verder helpen. Het is door deze resultaten dus niet zeker of een goed contact met de huisarts noodzakelijkerwijs een grote impact heeft op het al dan niet gebruik maken van spoed.

Op het eerste gezicht lijken er geen duidelijke uitschieters te zijn wat betreft socio-demografische gegevens van de patiënten die deelnamen aan deze vragenlijst.
Er waren ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Het overgrote deel was geboren in België en had ouders geboren in België. Dit werd wellicht mee in de hand gewerkt omwille van het feit dat de vragenlijst enkel in het Nederlands beschikbaar was. Het zou eventueel een betere optie zijn, moest deze in verschillende talen opgesteld worden of moesten er tolken ingezet kunnen worden vooraleer dergelijke data grondiger kunnen bestudeerd worden.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was hier 34.33 jaar. Het grootste percentage was tussen 18 en 65 jaar oud. Over het algemeen betreft het dus een eerder jonge populatie waarbij de oudste persoon 76 jaar was. Dit kan wellicht ook mee verklaard worden omwille van de exclusiecriteria bij deze studie. Deze waren onder andere mensen die gebracht werden met een ambulance en dat men wilsbekwaam moest zijn. Bij ouderen is de kans wellicht groter om met een ambulance naar spoed vervoerd te worden of dat men cognitief beperkt is waardoor wilsbekwaamheid moeilijk in te schatten is. Concrete cijfers hiervan zijn echter niet beschikbaar, dit is dus louter een vooronderstelling. Voor deze studie is het echter wellicht geen meerwaarde om dit verder te onderzoeken.

Het merendeel van de patiënten had betaald werk, namelijk bijna de helft. Een deel was nog schoolgaand, iets meer dan de leeftijdscategorieën van 0 tot 18 jaar. Wellicht is er nog een deel van de patiënten die ouder is dan 18 jaar die ook nog studeert. Ongeveer een tiende van de mensen die op eigen initiatief kwam, was op

pensioen, wat iets meer is dan het aandeel van mensen ouder dan 65 jaar (wettelijke pensioenleeftijd in België). Volgens ACERTA bedroeg de gemiddelde pensioenleeftijd in België in 2021 63 jaar en bijna 4 maanden. Een klein deel van de patiënten had tijdelijk onderbroken werk en slechts een paar personen wilden deze vraag liever niet beantwoorden. Hiervoor werd geen reden opgegeven. Slechts 1 persoon had geen betaald werk en 1 patiënt was invalide. Het is hier dus onduidelijk of het al dan niet hebben van betaald werk een grote invloed heeft op het consulteren van spoed op eigen initiatief.

Ongeveer twee derde van de patiënten hadden (nog) geen verdere studies aangevat na het secundair onderwijs. Hierbij moet ook wel rekening gehouden worden met het aandeel van mensen die nog een schoolgaande leeftijd hebben. Wanneer dus het aandeel van mensen met schoolgaande leeftijd aftrekken van het percentage die geen verdere studies heeft aangevat (na het secundair onderwijs) zien we dat ongeveer 45% geen verdere studies heeft gevolgd. Er is dus een iets groter aandeel van patiënten die geen verdere studies heeft gedaan na het secundair onderwijs die spoed raadpleegde dan mensen met bijkomende studies. Of dit echter een significante impact heeft op het al dan niet gebruik maken van spoed, werd in deze studie niet nader onderzocht.

6.2 VERGELIJKING MET VOORGAAND ONDERZOEK

De bovengenoemde verkregen resultaten werden voor sommige onderdelen vergeleken met voorgaand onderzoek. Er werden 2 gelijkaardige onderzoeken gevonden (7,9).

Eerder onderzoek vond dat spoed meer bezocht werd door mannen en mensen met Afrikaanse origine. In de huidige studie kon er geen verschil aangetoond worden tussen geslacht of nationaliteit. Hiervoor zijn er minstens 2 plausibele verklaringen. Als eerste is er wellicht meer selectiebias geweest in huidig onderzoek doordat de vragenlijsten enkel in het Nederlands waren opgesteld. Terwijl er bij vorig onderzoek ook een Franstalige versie bestond. Als tweede is de regio waar huidig onderzoek werd uitgevoerd verschillend van deze uit voorgaand onderzoek. Vorig onderzoek vond plaats in 4 grote Belgische steden (Antwerpen, Gent, Brussel en Charleroi), terwijl de huidige studie zich situeerde in een kleinere stad, namelijk Ieper (7).

De gemiddelde leeftijd van patiënten die zich op spoed presenteerden was vergelijkbaar met deze in ander onderzoek, namelijk 34.3 jaar alhier versus 32.2 jaar in vorige studie. In eerdere studies werd dit niet verder onderzocht op basis van leeftijdscategorieën, waardoor dit niet kan vergeleken worden (7).

Het moment van aanmelding op spoed kan niet vergeleken worden, aangezien voorgaande studies gewoonlijk mensen onderzochten die tijdens wachtdiensturen waren gekomen (7).

De klacht(en) waarmee patiënten zich aanmeldden op spoed kwam(en) grotendeels overeen met voorgaand onderzoek. Hierbij waren musculoskeletale problemen en problemen ter hoogte van de huid ook de meest frequent genoemde aanmeldingsklachten. Dit kwam reeds overeen ondanks dat er in de huidige studie een kleinere steekproefgrootte was, namelijk 85 vragenlijsten, ten opzichte van die van voorgaand onderzoek (honderden patiënten). Er werd in de voorgaande onderzoeken ook geen onderscheid gemaakt tussen mensen die enkel op eigen initiatief kwamen of die waren doorverwezen (7).

Bij vorig onderzoek vond men dat ongeveer twee vijfde van de mensen spoed reeds hadden bezocht in het afgelopen jaar. In huidig onderzoek lag het aandeel iets lager, namelijk ongeveer een derde van de mensen (7).

Wanneer de motivatie van de mensen om naar spoed te gaan vergeleken wordt, worden er soortgelijke resultaten gevonden. Nood aan bijkomende onderzoeken en het ervaren van hun klacht(en) als ernstig waren echter geen redenen die aangegeven waren bij het onderzoek van Hilde Philips et al. Het is niet zeker of dit een optie was bij hun studie. Voor de patiënten die aangeven niet te weten waar men anders terecht kan, kan dit eventueel gelijk gesteld worden aan redenen uit vorig onderzoek dat men op spoed geen afspraak nodig heeft, dat de eigen huisarts niet beschikbaar is, dat men niet op de hoogte is van de huisartsenwachtdienst, dat spoed 24/7 open is en de toegankelijkheid. Deze motivaties werden hier dus voor de vergelijking gezien als onderdeel van het niet weten waar men anders terecht kan. In voorgaand onderzoek is dit samen opgeteld goed voor ongeveer 38.4% van de redenen. Tevredenheid van spoed en kwaliteit ervan komt ongeveer overeen met het onderzoek van Hilde Philips (11.3% omwille van bekwaamheid personeel). Ander onderzoek vermeldt toegankelijkheid (15%), nabijheid (6,4%) of competenties van het personeel op spoed (5,6%) als meest genoemde redenen om hulp te zoeken op spoed (7,9).

De wachtdiensten rond regio Ieper zijn nog heel divers georganiseerd en bijna de helft van de patiënten zegt nog nooit gebruik gemaakt te hebben van de regionale wachtdienst. Om dit goed te kunnen vergelijken zou een grondig onderzoek moeten gebeuren naar de spreiding en de exacte organisatie van de regionale huisartsenwachtdiensten. Onderzoek toonde vooral aan dat mensen vaak kiezen voor de dienst waarmee men het meest vertrouwd is. Aangezien in huidige studie een groot aandeel van de mensen nooit eerder gebruik maakten van de wachtdienst, kan dit mee een verklaring zijn waarom men wel koos voor spoed (7).

Bij voorgaand onderzoek lag het percentage van mensen zonder vaste huisarts wel een stuk hoger. Ongeveer een vijfde van de mensen had geen globaal medisch dossier bij een huisarts. Het feit dat Ieper een kleinschaligere stad in hoofdzakelijk ruraal gebied is, kan een verklaring zijn voor dit verschil. Het is algemeen bekend dat mensen uit meer landelijk gebied vaker een vaste huisarts hebben dan mensen uit een grote stad. Het is echter niet duidelijk of dit ook een grote impact heeft op het al dan niet kiezen voor spoed (7).

6.3 BEPERKINGEN

Eén van de beperkingen van deze studie is de steekproefgrootte. Gezien ik de enige onderzoeker was en zelf voor alles instond, bestond de onderzoekspopulatie uiteindelijk uit 85 volledig ingevulde vragenlijsten. Deze is wat te klein is om tot significante bevindingen te kunnen leiden. Het doel van deze studie was voornamelijk om na te gaan of bepaalde zaken, zelfs met een kleine steekproefgrootte, naar voren komen die eventueel later verder onderzocht kunnen worden op grotere schaal. Tevens is er ook selectiebias, gezien de vragenlijst enkel werd opgesteld in het Nederlands. Een oplossing zou zijn om soortgelijke vragenlijst ook in andere talen op te stellen.

Een andere beperking is de studieperiode. De studie liep slechts gedurende 1 maand, namelijk juni. Dit was mede te wijten aan het feit dat ik zelf slechts 6 maanden op de spoeddienst als HAIO werkzaam was en dat ik nog andere verantwoordelijkheden had dan enkel het uitvoeren van deze studie in kader van mijn masterproef. Om een beter inzicht te kunnen krijgen, zouden er ook studies over een langere periode moeten lopen. Zeker ook tijdens de wintermaanden, wanneer er meer infectieuze pathologie aan bod komt. Op dat ogenblik was de COVID-pandemie nog steeds aanwezig, dit kan eventueel ook een invloed gehad hebben op de beslissing van patiënten om naar spoed te komen. Dit werd echter door geen enkele persoon aangegeven via de vrije tekstruimte. Indien verdere studies zouden uitgevoerd worden over dit onderwerp, zou men eventueel ook kunnen nagaan of de covidpandemie al dan niet een invloed heeft gehad op de keuze van de mensen.

Er werd ook geen vergelijking gemaakt met de patiëntenpopulatie die een beroep deed op de huisarts van wacht tijdens diezelfde periode, zoals in eerder onderzoek van Hilde Philips et al wel reeds gebeurde. Op het moment van mijn onderzoek was er nog geen huisartsenwachtpost in Ieper. Ondertussen zou er echter de beslissing gevallen zijn in de huisartsenkring dat er een wachtpost komt in de loop van 2022. Een exacte datum hiervoor ligt nog niet officieel vast. Deze zou dichtbij het ziekenhuis gelokaliseerd zijn, wat mogelijks ook een invloed kan hebben op de patiënten die voor spoed kiezen.

6.4 IMPLICATIES VOOR VERDER BELEID

Eerdere studies dachten reeds na over eventuele oplossingen om mensen efficiënter gebruik te laten maken van urgente zorg. Deze worden hieronder verder besproken met hetgeen uit huidige studie naar voren gekomen is van meest opvallende resultaten.

Er is over het algemeen een klein verschil tussen mensen die tijdens de gewone werkuren en degene die tijdens de wachtdiensturen naar spoed gaan. Bovendien denken de meeste mensen dat men niet terecht kan bij de huisarts voor hun

klacht(en) en dat men nood heeft aan specialistische hulp. Een co-locatiemodel van spoed en een huisartsenwachtpost die 24/7 bemand is, zou hiervoor een mogelijke oplossing zijn om spoed overdag en tijdens wachtdiensturen te ontlasten. Een dergelijke 24/7 bemanning van een huisartsen(wacht)post vraagt weliswaar een grote aanpassing van de praktijkorganisatie van huisartsen waardoor dit voorlopig nog niet haalbaar lijkt om te kunnen implementeren. Wat eventueel wel meer haalbaar is, is een co-locatiemodel, maar dan enkel tijdens de wachtdiensturen. Dit vraagt voorlopig geen te grote aanpassing van de huisartsen (1,2,6,10,11,13).

Eerdere studies van onder andere Ramlakhan S. et al en Colliers A. et al hebben niet kunnen aantonen dat een wachtpost en spoeddienst op eenzelfde locatie zorgt voor een ontlasting van spoed. De resultaten tonen gewoonlijk een stabilisatie van aantal contacten op spoed en geen verschil in zelfverwijzers. Hierdoor is er voorlopig nog geen duidelijk bewijs om de implementatie van een dergelijke model te ondersteunen. Een onderzoek heeft dit vergeleken met de situatie in Nederland waarbij resultaten toonden dat de patiëntenstroom naar spoed significant verminderde wanneer er een huisartsenwachtpost was gelokaliseerd voor de spoeddienst. Men merkt hierbij echter op dat dit kan te maken hebben met verschillende organisatie van het gezondheidszorgsysteem. In Nederland fungeert de huisarts als een soort van poortwachter voor spoed waar dit in België niet zo is. Dit kan vervolgens ook een impact hebben op het gedrag en de voorkeuren van patiënten. In een land waar een huisarts niet fungeert als poortwachter lijken mensen meer geneigd te zijn om de eerstelijnszorg te negeren wanneer men geconfronteerd wordt met een waargenomen nood aan dringende zorg. Om spoed en een wachtpost op eenzelfde locatie te integreren waarbij er een gemeenschappelijk toegangspunt is, is tevens de financiële haalbaarheid hiervan een belangrijk aspect. Mensen moeten bovendien goed geïnformeerd worden over hoe men geschikt de gezondheidszorgdiensten tijdens de wachtdiensturen gebruikt (11,13).

Bij deze masterproef werd er voornamelijk gefocust op welke mensen naar spoed gaan die eventueel even goed kunnen geholpen worden door de huisarts en die op sommige momenten zorgen voor een overbelasting op spoed waardoor de zorg voor mensen met een echte urgentie in het gedrang kan komen. Er moet echter ook rekening gehouden worden met de belasting voor huisartsen zodat deze door een dergelijk systeem niet te veel toeneemt en er ook daar geen overbelasting komt.

Over het algemeen wordt ook gezien dat mensen hoofdzakelijk komen voor locomotorische problematiek en huidproblemen, met dan voornamelijk wondpathologie. Het werd hier niet nader onderzocht of het ook effectief problemen betroffen die geen verdere technische onderzoeken of specialistische behandeling vereisten. Er kan dus niet nagegaan worden of dergelijke patiënten eventueel ook door een huisarts konden geholpen worden. Toch zou er wellicht een deel van deze mensen met behulp van een goede triage kunnen terug verwezen worden naar de huisarts. Hier is in België echter voorlopig nog geen duidelijk juridisch kader rond. Voorlopig is het nog zo dat in België iedereen moet geholpen worden die zich

aanmeldt op spoed, tenzij hierdoor de vereiste zorg voor diegenen die het echt nodig hebben in het gedrang zou komen (12,14,15).

Ook informatiecampagnes zouden er onder andere moeten voor zorgen dat het duidelijk is voor de mensen welke rol hulpverleners hebben in het zorgsysteem. In huidige studie is er nog een aanzienlijk deel van de patiënten die niet op de hoogte is van de wachtdienst of hoe men deze kan bereiken. De helft van de mensen heeft bovendien de verwachting om snel geholpen te worden op spoed. Dit werd hier niet nader gespecifieerd en is dus voor interpretatie vatbaar. Het is echter belangrijk dat mensen op de hoogte zijn dat wachttijden oplopen naarmate meer patiënten gebruik maken van een spoeddienst voor niet urgente pathologie. Men moet ook geïnformeerd worden over de financiële verschillen van het zorgsysteem zodat hiermee rekening kan gehouden worden bij het maken van hun keuze voor een bepaalde dienst. Aangezien het voor mensen vaak moeilijk is om de urgentie van hun probleem in te schatten zou eventueel een telefonische triage of telefonische medische ondersteuning kunnen helpen. Mensen die ontevreden waren over het nummer 1733 was omdat sommigen gewoon medisch advies hadden verwacht. Mensen zijn soms onzeker over bepaalde medische zaken en hebben vooral nood aan medisch advies en ondersteuning. Hierbij moet echter ook steeds aandacht zijn voor de veiligheid van een zuiver telefonisch ondersteunend nummer waarbij medisch advies gegeven wordt. Echter indien hierbij duidelijke protocollen kunnen gevolgd worden, moet men onderzoeken of een dergelijk systeem haalbaar en voldoende veilig is (12,16).

7. Conclusie

Deze kwalitatieve prospectieve studie werd uitgevoerd om na te gaan welke mensen op eigen initiatief naar spoed gaan en waarom ze hiervoor kiezen, zonder voordien contact op te nemen met een huisarts.

Ondanks dat er in de huidige studie slechts een kleine onderzoekspopulatie is, komen er resultaten van voorgaande onderzoeken uit andere regio's overeen. De meest frequente aanmeldingsklachten op spoed hebben te maken met problemen van het bewegingsstelsel of van de huid. Een aanzienlijke deel van de patiënten, die eerder dat jaar gebruik maakten van spoed, keert vaak terug naar spoed. Hierbij kan er opgemerkt worden dat mensen vaak neigen te kiezen voor diensten waarmee men zich het meest vertrouwd voelt en die men het beste kent.

Redenen om gebruik te maken van spoed zijn dat men soms niet weet waar men anders terecht kan, dat men tevreden is van spoed en de kwaliteit van zorg die er geleverd wordt of omwille van wachttijden. De meest genoemde reden echter om voor spoed te kiezen is omdat mensen denken nood te hebben aan bijkomende onderzoeken. Dit en het ervaren van hun klacht(en) als ernstig worden niet expliciet vermeld in voorgaande studies. Het is niet zeker of dit tot één van de mogelijkheden behoorde als reden om gebruik te maken van spoed of dat mensen dit zelf niet aangaven.

Bij huidig onderzoek lag het percentage van mensen met een vaste huisarts een stuk hoger dan in voorgaande studies. Dit kan te maken hebben met de regio waar de studies plaatsvonden, maar werd hier niet nader onderzocht. Ongeveer een kwart van de patiënten had geen relatief recent contact met de huisarts (minder dan 3 maanden geleden).

Huidig onderzoek bevroeg ook waarom mensen die gebruik maakten van spoed geen beroep deden op de huisarts (van wacht). Bijna twee derde van de patiënten denkt niet bij de eigen huisarts terecht te kunnen voor hun klacht(en). De reden die mensen opgeven om geen gebruik te maken van de huisartsen(wachtdienst) is voor 70% van de patiënten omdat men denkt nood te hebben aan gespecialiseerde hulp. Daarnaast is er ook nog een kleiner percentage die niet weet hoe men de huisarts van wacht kan bereiken of dat men denkt dat de wachttijden te lang zouden zijn. Ongeveer de helft van de patiënten is niet op de hoogte van de precieze organisatie van de regionale huisartsenwachtdienst. Indien mensen wel weten hoe deze georganiseerd is, valt het op dat de organisatie nog relatief divers is. Meer dan de helft van de patiënten die naar spoed kwamen, hadden nog nooit een beroep gedaan op de huisartsenwachtdienst.

Veranderingen om ervoor te zorgen dat er efficiënter gebruik kan gemaakt worden van spoedeisende zorg worden nog volop onderzocht. De genoemde mogelijke oplossingen hiervoor bestaan voornamelijk uit goede informatiecampagnes en

duidelijke organisatie van wachtdiensten met eventueel een gedeelde ingang en triage met spoed. Op die manier worden de klachten van patiënten beoordeeld door goed opgeleid medisch geschoold personeel die hen vervolgens richting het gepaste zorgniveau kan sturen. Hiervoor dient er wel een goede samenwerking en consensus bereikt te worden tussen urgentie- en eerstelijnszorgdiensten. Daarna zouden deze veranderingen moeten onderzochten worden en of deze het beoogde effect hebben. Volgens bestaande onderzoeken lijkt het toch dat dit een mogelijke impact kan hebben om te voorkomen dat er inefficiënt gebruik wordt gemaakt van urgentiediensten.

8. Referenties

1. De Nutte H, Pauwels J, Lippens F. Wanneer zorg niet planbaar is. Toekomstvisie op de dringende geneeskundige hulpverlening en de spoeddiensten..; 2016 [cited 2021 april 13. Available from: https://www.zorgneticuro.be/publicaties/wanneer-zorg-niet-planbaar.
2. Van Den Heede K, Dubois C, Devriese S, al. e. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België : huidige situatie en opties voor hervorming - Synthese. KCE = Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg = Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé = Belgian Health Care Knowledge Centre (Brussels); 2016. Report No.: D/2016/10.273/21.
3. Agentschap Zorg & Gezondheid. Vlaanderen. [Online].; 2014 [cited 2021 november 13. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/aantal-contacten-op-spoed-naar-opnametype.
4. Depoorter K, Van Hecke M, Van Laere A. Spoedgevallendiensten: grote middelen te snel ingezet. Test gezondheid. 2008 December: p. 10-14.
5. Stevering S, Van Lissum D. Spoed doet het goed. Testaankoop Gezond. 2019 juni: p. 18-21.
6. Van den Heede K, Quentin W, Dubois C, Devriese S, Van de Voorde C. The 2016 proposal for the reorganisation of urgent care provision in Belgium: A political struggle to co-locate primary care providers and emergency departments. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2017: p. 339-345.
7. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. BMC Family Practice. 2010 November.
8. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Verhaeghe , Trybou J, Cohen L, et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. EUROPEAN JOURNAL OF PEDIATRICS. 2012 Dec: p. 1829-37.
9. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Use of out-of-hours services: The patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. Acta Clinica Belgica. 2013: p. 1-8.
10. Schoenmakers B, Van Criekinge J, Boeve. T, et al. Co-location of out of hours primary care and emergency department in Belgium: patients' and physicians' view. BMC Health Services Research. 2021.
11. Colliers A, Remmen R, Streffer ML, Michiels B, Bartholomeeusen S, Monsieurs KG, et al. Implementation of a general practitioner cooperative adjacent to the emergency department of a hospital increases the caseload for the GPC but not for the emergency department. Acta Clinica Belgica. 2017: p. 49-54.
12. Delmeiren L, Pietermans S, Janssens M, et al.. Research Square. [Online].; 2020 [cited 2022 februari 12. Available from: https://www.researchsquare.com/article/rs-24340/v1.
13. Ramlakhan S, Mason S, O'Keeffe C, Ramtahal A, Ablard S. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. Emergency Medicine Journal. 2016: p. 495-503.
14. Philips H, Verhoeven V, Morreel S, Colliers A, Remmen R, Coenen S, et al. Information campaigns and trained triagists may support patients in making an appropriate choice

between GP and emergency department. European Journal of General Practice. 2019: p. 243-244.

15. Morreel S, Philips H, De Graeve D, Monsieurs KG, Kampen JK, Meysman J, et al. Triaging and referring in adjacent general and emergency departments (the TRIAGE trial): A cluster randomised controlled trial. PLOS ONE. 2021: p. e0258561.
16. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Self-triage at an urgent care collaboration with and without information campaign. Journal of Emergency Management (Weston, Mass.). 2019 Nov/Dec: p. 511-516.

9. Bijlagen

9.1 GOEDGEKEURD PROTOCOL

Gedurende de opleiding geneeskunde kwam ‘het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst’ regelmatig aan bod, vooral tijdens de stagejaren. Ook in de artsenkrant verscheen er een artikel ‘Waarom loopt het storm op spoed?’. Hierbij werden er gedurende 9 dagen patiënten van de 2 Luikse ziekenhuizen bevraagd over waarom ze werden opgenomen op de spoeddiensten, ook mensen doorverwezen door huisarts of specialist. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik voor mijn masterproef een soortgelijk onderzoek wil uitvoeren in Ieper en de mensen wil bevragen over wat hun reden is om op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst te komen met hun klacht. Een verschil met mijn onderzoek zou zijn dat ik mij focus op de mensen die op eigen initiatief gekomen zijn.

Hierbij wil ik verschillende zaken nagaan. Ten eerste of mensen voldoende op de hoogte van de organisatie van ons gezondheidszorgsysteem. Ten tweede of mensen een vaste huisarts en/of ze weten waar ze buiten het ziekenhuis terecht kunnen met medische vragen. Ten derde of mensen voldoende op de hoogte van wat een huisarts kan. Ten vierde of ze denken dat ze voor hun klacht dringende specialistische hulp nodig hebben. Ten vijfde of ze denken dat spoed sneller gaat (door de naam) dan de huisarts. Ten zesde of er een verschil is tussen motivatie om de spoedgevallen te consulteren ’s avonds of ’s nachts of in het weekend. Ten zevende of er een verschil in motivatie is tussen de verschillende subgroepen (naargelang herkomst, diploma, etc.). Ten laatste of ze nog een andere motivatie hebben dan hetgeen gedacht wordt.

Het doel is om een beeld te krijgen van de reden waarom mensen op eigen initiatief de spoeddienst raadplegen en of mensen voldoende op de hoogte zijn van de organisatie van het gezondheidszorgsysteem betreffende de eerste lijn (huisarts en regionale wachtdienst). Het is de bedoeling om deze motivatie na te gaan aan de hand van gegevens die verzameld worden via een vragenlijst. Dezez vragenlijst zou zo veel mogelijk bestaan uit gesloten vragen waarbij er de mogelijkheid is om extra informatie te noteren via vrije tekst, indien ze dit wensen. Het is de bedoeling De vragenlijst zal uitgedeeld worden door de verpleegkundige die de mensen trieert of door mij gedurende de periode van 1 maand of tot ongeveer 100 volledig ingevulde vragenlijsten verkregen zijn. Er wordt gevraagd om hun naam, voornaam en geboortedatum te noteren zodat ik eventueel achteraf nagaan of hun reden om de spoedgevallendienst te consulteren gegrond was, bijvoorbeeld bij pathologie waar tijdig handelen zeer belangrijk is (zoals bijvoorbeeld een hartinfarct, CVA, …) of dat het iemand was die misschien beter eerst bij de huisarts was langs gegaan. Deze gegevens worden vervolgens gepseudonimiseerd. De vragenlijst zal een nummer krijgen bij het verwerken van de gegevens. Deze gegevens zouden bewaard worden tot het afwerken van de masterproef.

Op die manier kan er dus misschien een beter beeld geschetst worden van de motivatie van mensen om geen contact op te nemen met de huisarts en of men voldoende op de hoogte is van de organisatie van het gezondheidszorgsysteem in Vlaanderen.

9.2 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Diego Schrans
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-09085	NVT	17/12/2020	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Waarom gaan mensen naar de spoedgevallendienst? - MaNaMa: Sara Tack"

B.U.N.: B6702020001095

* Adviesaanvraagformulier Versie 1.2 dd 30/11/2020 (Volledig ontvangen dd 30/11/2020)
* Begeleidende brief dd 30/11/2020
* Patienteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1.1 dd 29/11/2020
* **Vragenlijsten Versie 1.3 dd 29/11/2020**

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Diego Schrans

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/12/2020 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/12/2021, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 16/12/2020 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/12/2021, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/01/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/01/2021.

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* ***Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de** verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* ***In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch** bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* ***Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de** conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
* *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* ***The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'** rules.*
* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS:
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 60 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 06 06
Charlotte De Wall
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Heenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanstaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

9.3 VRAGENLIJST

Graag wil ik met deze vragenlijst enkele vragen stellen over waarom u op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst komt. Hier volgen enkele vragen over uw persoonlijke achtergrond en reden van consultatie van de spoedgevallen.

Persoonlijke achtergrond

Naam en geboortedatum:……...
(Gegevens worden anoniem verwerkt, maar zijn er om nog achteraf dingen te kunnen opzoeken.)

1) Wat is uw geslacht (omcirkel)?
    - Man
    - Vrouw
    - Onbepaald
2) Wat is uw geboortejaar? ……...
3) In welk land bent u geboren?
    - België
    - Ander land (specifieer ……)
    - Geen antwoord
4) In welk land zijn uw ouders geboren?
    - Beiden in België
    - Beiden in een ander land (specifieer ……)
    - Één van mijn ouders in België en één in een ander land (specifieer……..)
    - Ik weet het niet (bv. bij adoptie)
5) Hebt u op dit moment betaald werk, eventueel tijdelijk onderbroken?
    - Ja, betaald werk
    - Ja, tijdelijk onderbroken (bv. door ziekte)
    - Neen, geen betaald werk
    - Neen, ik ga nog naar school
    - Pensioen
    - Geen antwoord
6) Wat is uw hoogst behaalde diploma?
    - Geen diploma behaald
    - Lager onderwijs
    - Buitengewoon secundair onderwijs
    - Beroepssecundair onderwijs
    - Technisch secundair onderwijs
    - Kunst secundair onderwijs
    - Algemeen secundair onderwijs
    - Post secundair, niet hoger, onderwijs (bv. 7de jaar)
    - Hoger onderwijs (hogeschool)
    - Universiteit
    - Doctoraat
    - Geen antwoord
7) Welk uur bent u aangekomen op de spoedgevallen? ……..
8) Welke dag bent u naar de spoedgevallendienst gekomen? (omcirkel wat past)
    Maandag – dinsdag – woensdag – donderdag – vrijdag – zaterdag – zondag

Spoeddienst

1) Met welke klacht(en) komt u op eigen initiatief naar spoed?
   ……..…
   ……..…
   ……..…
   ……..
2) Wat verwacht u van uw aanmelding op spoed?
   (indien nodig zijn meerdere antwoorden mogelijk)
   - Ik verwacht dat ik hier snel geholpen word.
   - Ik verwacht dat ik een snelle behandeling krijg.
   - Ik verwacht dat ik een specialist ga zien voor mijn klachten.
   - Andere……
3) Hebt u in de voorbije 12 maanden een beroep gedaan op de spoedgevallendienst?
   - Ja
     Hoeveel keer? ……...
     (indien niet zeker, probeer te schatten)
   - Nee
4) Waarom hebt u er nu voor gekozen om de spoedgevallendienst te raadplegen?
   Kruis de 3 meest passende categorieën en omcirkel naargelang graad van belangrijkheid voor u (1 als meest belangrijke en 3 als minst belangrijke reden).
   Indien minder dan 3, kruis dan minder aan.
   - Wachttijden
     1 – 2 – 3
   - Ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan
     1 – 2 – 3
   - Ik ben tevreden met de verleende zorg hier, ik ervaar hier meer kwaliteit van zorg
     1 – 2 – 3
   - Afstand (bv. de spoedgevallendienst is dichterbij dan de huisarts)
     1 – 2 – 3
   - Financiële reden
     1 – 2 – 3
   - Nood aan bijkomende onderzoeken
     1 – 2 – 3
   - Ik denk dat ik een ernstige ziekte/ernstig probleem heb
     1 – 2 – 3
   - Transport (bv. ik ben hier naartoe gekomen met de ambulance)
     1 – 2 – 3
   - Andere/opmerkingen……
     ……..
     ……..
     1 – 2 – 3
5) Bent u op de hoogte van de organisatie van de huisartsen wachtdienst in uw regio?
   - Ja
   - Nee
   - Geen idee

6) Indien u bij de vorige vraag ‘ja’ antwoordde, weet u dan ook hoe deze is georganiseerd?
    - Algemene centrale
    - Huisartsenwachtpost
    - Meteen uitkomst bij de huisarts van wacht
    - Ik weet dat er een wachtdienst bestaat, maar ik weet niet hoe deze georganiseerd is
    - Geen idee
7) Hebt u vroeger ooit gebruik gemaakt van de regionale wachtdienst?
    - Ja
    - Neen
    - Ik weet het niet (meer)
8) Wat is de reden dat u nu geen gebruik heeft gemaakt van de regionale wachtdienst (huisartsen)?
    - Ik weet niet hoe ik deze kan bereiken/ik weet niet dat deze bestaat.
    - Ik denk dat ik voor mijn klachten gespecialiseerde hulp nodig heb.
    - Ik denk dat dit te lang zou duren.
    - Andere……
9) Indien u komt tijdens de wachtdiensturen, denkt u dat u met uw vraag wel bij uw eigen huisarts zou terecht kunnen?
    - Ja
    - Nee
        - Want……
          ……
10) Hebt u een vaste huisarts?
    - Ja, ik ga altijd naar dezelfde huisarts/huisartsen binnen dezelfde praktijk
    - Neen, ik ga soms naar een andere huisarts
    - Geen antwoord
11) Naar welke soort praktijk gaat u (in welke soort praktijk werkt uw huisarts)?
    - Ik ga naar een praktijk met een huisarts die alleen werkt
    - Ik ga naar een praktijk waar 2 of meerdere huisartsen samenwerken
    - Ik ga naar een praktijk waar verschillende huisartsen samenwerken met andere zorgverleners (kinesisten, verpleegkundigen, psycholoog)
    - Ik ga naar een wijkgezondheidscentrum
    - Geen antwoord
12) Indien u overdag (tussen 8u-19u) gekomen bent op een weekdag (maandag – vrijdag), denkt u dat u ook met uw vraag bij uw eigen huisarts zou terecht kunnen?
    - Ja
    - Nee
        - Want……
          ……
13) Hoeveel contacten hebt u gehad met uw huisarts de afgelopen 3 maanden (zowel vaste huisarts, als andere huisartsen binnen dezelfde praktijk)?
    - Geen
    - 1 t.e.m. 3
    - Meer dan 3