Wat is betekenis van de lokalisatie van een huisartsenwachtpost op een ziekenhuissite?

Onderzoek in de regio Gent

Zeger Vandenbulcke, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. De Sutter A., Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Van de Velde B., Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2019 – 2021]

Dankwoord

Vooreerst wens ik Dr. Bart Van de Velde, tevens mijn co-promoter te bedanken voor het idee om een masterthesis te schrijven omtrent de ontwikkelingen rond de huisartsenwachtposten in de regio Gent. Het is een thema dat ik boeiend vind en waarvan ik blij ben mij er de afgelopen 3jaar wat extra in verdiept te hebben.

Voor de begeleiding tijdens mijn masterproef wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. De Sutter en mijn co-promotor dr. Bart Van de Velde bedanken. De steeds snelle en uitgebreide feedback zorgde ervoor dat ik goed kon doorwerken.

Daarnaast wens ik ook Ann Bonte (wachtpostcoördinator Gent), dr. Nicolas Mpotos (spoedarts AZ Sint-Lucas) en Prof dr. De Paepe (spoedarts UZ Gent) te bedanken voor het aanleveren van de data.

Tot slot wil ik graag mijn partner Elisa Dominicus bedanken voor de niet aflatende steun tijdens het schrijven van deze masterthesis en tijdens mijn gehele opleiding.

ABSTRACT

Inleiding: In België zien we het aantal spoedcontacten jaar na jaar toenemen. Bovendien liggen de zogenaamde 'oneigenlijke spoedcontacten' -dit zijn de spoedcontacten die vaak net zo goed door een huisarts kunnen gezien worden- in België aanzienlijk hoger dan dat dit internationaal gezien het geval is. Om hierop een antwoord te bieden presenteerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een aantal hervormingsvoorstellen waaronder het realiseren van de huisartsenwachtpost (verder HAWP genoemd) en spoeddienst op eenzelfde locatie met een gemeenschappelijke triage. In de regio Gent werd hiermee sinds 2020 aan de slag gegaan.

Doelstelling onderzoek: Nagaan of er een verandering ontstaat in het totaal aantal aanmeldingen op de HAWP/spoeddienst nadat de HAWP zich op de ziekenhuissite vestigt. Nagaan of de aanmeldingswijze op de HAWP verandert na co-locatie op een ziekenhuissite. Onderzoeken of er een verandering ontstaat in het aantal als groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen nadat een HAWP zich op een ziekenhuissite vestigt. Nagaan hoeveel procent van de groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen na triage het advies krijgen zich naar de HAWP te begeven, welk percentage van deze patiënten dit advies opvolgt en welk percentage op hun beurt door de wachtdoende huisarts opnieuw naar spoed wordt verwezen.

Methode: Een pre-post vergelijking werd gedaan na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Daarvoor werden patiëntendata van een pre-implementatie onderzoeksperiode van 17 weekenden, vergeleken met een vergelijkbare post-implementatie onderzoeksperiode van 17 weekenden. De patiëntendata van de HAWP werd verkregen via het medisch programma Mediris. De patiëntendata van de spoeddiensten werd verkregen via het UZ Gent en het AZ Sint-Lucas. Het onderzoek liep in de regio Gent.

Resultaten: Ons onderzoek toont een toename van het aantal consulten op beide HAWP. De patiëntenflow naar de spoeddienst blijft relatief stabiel in het AZ Sint-Lucas terwijl de patiëntenflow naar de spoeddienst van het UZ Gent sterk toeneemt. De manier van aanmelden op de HAWP verandert. Triage vanuit spoed wordt een erg belangrijke manier van aanmelden voor de HAWP. Het aandeel groen/blauw getrieerde aanmeldingen op de spoeddienst van het AZ Sint-Lucas neemt licht af terwijl dit op de spoeddienst van het UZ Gent mild toeneemt. Van de als groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen krijgt iets meer dan 3 op 10 het advies zich naar de HAWP te begeven en 92,45% volgt dit advies ook effectief op. Van deze patiënten stuurt de wachtdoende huisarts 7,2% opnieuw terug naar spoed.

Conclusie: Omdat ons onderzoek niet ten gronde kon gevoerd worden gezien de bijzondere situatie van de covid-pandemie, het nog niet actief zijn van de triage op de spoeddienst van het UZ Gent en het dienst doen van de HAWP UZ Gent als infectiewachtpost mogen we geen grote conclusies koppelen aan de meeste van de bekomen resultaten. Bovendien kan ons onderzoek niet hard maken of al deze bovenstaande bevindingen enkel te wijten zijn aan de nieuwe locatie van de HAWP op een ziekenhuissite dan wel dat er andere factoren een belangrijkere rol spelen. Desalniettemin lijkt ons onderzoek toch voorzichtig aan te tonen dat de aanwezigheid van een HAWP op de ziekenhuissite met bijhorende triage op de spoeddienst ervoor zorgt dat het aantal (oneigenlijke) spoedcontacten daalt.

Inhoud

I. INLEIDING 2
II. LITERATUURSTUDIE 4
II.I Methodologie 4
II.II Resultaten 5
II.II.I Zelfverwijzing 5
II.II.II Triage 6
II.II.III Co-Locatie 9
III. ONDERZOEK 10
III.I Methode 10
III.I.I Inleiding 10
III.I.II Doel 11
III.I.III Design 12
III.I.IV Data verzameling 12
III.II Resultaten 14
III.III Discussie 21
III.III.I HAWP 21
III.III.II SPOED 23
III.III.III Sterktes en zwaktes 26
III.IV Conclusie 27
IV. REFERENTIELIJST 28
V. GOEDGEKEURD PROTOCOL 30
VI. GOEDKEURING ETHISCH COMITE 37

I. INLEIDING

In België wordt de ***continuïteit van zorg buiten de kantooruren*** verstrekt door twee diensten: de huisarts van wacht, al dan niet in een huisartsenwachtpost (verder HAWP), en de spoedgevallendienst van de ziekenhuizen.

Decennialang hadden huisartsen de gewoonte 24/7 oproepbaar te zijn voor hun eigen patiënten totdat lokale huisartsenverenigingen begin de jaren 60' de dienstverlening tijdens het weekend in de vorm van een rotatiesysteem begonnen te organiseren. Later werd dit in de meeste regio's ook buiten de kantooruren in de week georganiseerd. Cijfers uit 2012 tonen aan dat het gros van de huisartsconsulten (97%) tijdens de reguliere uren plaatsvindt. Maar het toont eveneens aan dat jaarlijks ongeveer 1 miljoen keer een beroep wordt gedaan op de huisarts tijdens de wachtdienst (1). Waar landen als Nederland, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk reeds in de jaren 90' hun eerste wachtposten openden, is de ***huisartsenwachtpost*** in België relatief recent daar de eerste HAWP er pas in 2003 werd opgericht. De voornaamste drijfveer tot de oprichting van HAWP was het verbeteren van de werkomstandigheden voor huisartsen door de werkbelasting buiten de reguliere werkuren te verlichten, de veiligheid te verbeteren en de administratieve belasting te verlagen (2). Een bijkomende reden was dat het bestaan van HAWP de spoeddiensten zouden kunnen ontlasten (3).

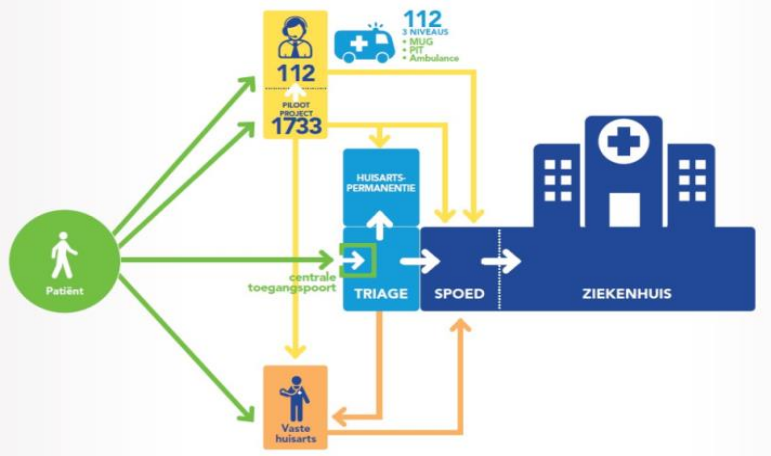
Naast de HAWP kunnen patiënten buiten de kantooruren voor (dringende) medische zorg ook terecht op de ***spoedgevallendienst*** waarvan er in België 139 zijn, wat neerkomt op 1,24 spoedafdelingen per 100.000 inwoners. Een enorm aantal, zeker in vergelijking met andere landen. Zo heeft Nederland dit aantal nog niet per 200.000 inwoners en is dit meer dan drie maal zoveel per 100.000 inwoners als in Engeland en Denemarken (1). Het hoge aantal spoeddiensten zorgt bijgevolg voor een zeer grote toegankelijkheid van de spoedgevallenzorg in België, maar het aantal spoedcontacten per ziekenhuis is zeer variabel, wat vragen doet rijzen over de kosteneffectiviteit.

In België zagen we ondanks het verder uitrollen van de wachtposten het aantal spoedcontacten stijgen van 3 miljoen in 2009 naar 3,2 miljoen in 2012. Hoewel deze stijging in de ons omgevende landen ook te zien was, bleek dat België met 290 spoedcontacten per 1000 inwoners op jaarbasis toch fors hogere cijfers haalde dan landen als Engeland en Frankrijk, en zéker als Denemarken en Nederland (1). Bovendien liggen de zogenaamde '***oneigenlijke spoedcontacten'*** -dit zijn de spoedcontacten die vaak net zo goed door een huisarts kunnen gezien worden- in België aanzienlijk hoger dan dat dit internationaal gezien het geval is. Internationale studies tonen aan dat het aandeel van deze 'oneigenlijke spoedcontacten' tussen de 20-40% ligt (4). In België ligt dit met 40-56% van het totaal aantal spoedcontacten aldus nog een heel stuk hoger (5).

Deze zaken indachtig gaf België het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de opdracht een rapport met hervormingsvoorstellen te maken om de patiënt op de juiste plek te krijgen, de druk van de spoeddiensten te halen en bijgevolg ook de financiële uitgaven beter onder controle te krijgen.
Het belangrijkste hervormingsvoorstel, -althans voor ons onderzoek-, dat het KCE

presenteerde was om ***HAWP en spoeddiensten op eenzelfde locatie*** te realiseren en om te vormen naar centra voor ongeplande acute zorg met één toegangspoort en een gemeenschappelijke ***triage***.

Schematisch zou dit voorgestelde organisatiemodel voor ongeplande acute zorg er dan als volgt uit zien:



Figuur 1*: Organisatiemodel voor ongeplande acute zorg.*

In de ***regio Gent*** werd hiermee aan de slag gegaan. Zo werden de bestaande wachtposten op de Martelaarslaan en in de Kliniekstraat gesloten en openden eind 2020 en begin 2021 de wachtposten respectievelijk op de site van het UZ Gent en op de site van het AZ Sint Lucas. Zo werd voor de regio Gent de ***co-locatie*** van HAWP en spoeddienst een feit.

Het organisatiemodel zoals voorgesteld in figuur 1 werd niet volledig gevolgd daar er geen centrale ingangspoort is die de patiënten stuurt naar de spoed of de HAWP.

Want hoewel het KCE rapport adviseerde een triage te organiseren pre spoeddienst/HAWP vindt de triage in Gent binnen de spoeddienst plaats. Aan de hand van een nieuw opgesteld triageprotocol geeft een verpleegkundige de patiënt een (niet bindend) advies om naar de HAWP dan wel de spoeddienst verder te gaan, maar de patiënt is niet verplicht dit advies te volgen. Bijgevolg beslist de patiënt nog steeds zelf door welke zorginstantie hij geholpen wordt.

Daarnaast is het telefoonnummer 1733 nog niet volledig operationeel in de regio Gent.

Binnen deze thesis is het opzet eerst na te gaan wat gekend is in de internationale ***literatuur*** over volgende drie topics: zelfverwijzing, (pre-) ziekenhuis triage en co-locatie van een HAWP op een spoedsite.

Vervolgens wordt een ***kwantitatief onderzoek*** gedaan waarin volgende vragen dieper worden uitgelicht; Wat is de impact van co-locatie op de patiënten flow? Verandert de manier van aanmelden op de HAWP na co-locatie en wat is de impact van de fysieke triage?

II. LITERATUURSTUDIE

II.I Methodologie

De internationale literatuur werd opgezocht aan de hand van Pubmed. Er werd gebruik gemaakt van MeSH trefwoorden om artikels te vinden. Inclusiecriteria voor de artikels waren engelstalig, na 2010 gepubliceerd en free tekst beschikbaar.

Eerst werd gezocht met trefwoorden 'self referral' gecombineerd met 'emergency' en 'general practitioner'. Dit leverde 57 hits op waarvan 9 artikels werden weerhouden op basis van titel en abstract. Tijdens het oriënterend lezen werden 8 artikels geëxcludeerd op basis van inhoud, 1 artikel werd weerhouden.

Daarna werd gezocht met trefwoorden 'triage' samen met 'emergency' en 'general practitioner'. Dit leverde 65 hits op waarvan 7 artikels werden weerhouden op basis van titel en abstract. Na het oriënterend lezen werd 1 artikel weerhouden.

Tot slot werd gezocht met de trefwoorden 'co-location' gecombineerd met 'emergency' en primary cooperatives/primary care'. Dit leverde 19 hits op waarvan 9 artikels werden weerhouden op titel abstract. Na oriënterend lezen werd opnieuw 1 artikel weerhouden.

Er werd eveneens gezocht naar relevante artikels in de laatste 10 jaar in het tijdschrift Huisarts Nu en in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Daarnaast werd in de ICHO database op zoek gegaan naar reeds bestaande masterproeven of scripties die (deels) dit onderwerp behandelen.

Verder werd gebruikgemaakt van publicaties van het KCE uit 2011 en 2016.

Ook de referentielijsten van de geïncludeerde studies werden gescreend voor relevante artikels.

II.II Resultaten

II.II.I Zelfverwijzing

Globaal gezien zijn er in België drie manieren hoe een patiënt zich kan aanmelden op de spoeddienst. Ofwel gebeurt dit na telefonisch contact met 1733 of de 112, ofwel met een doorverwijzing via de huisarts ofwel via een zelfverwijzing.

Een zelfverwijzer is een patiënt die zich zonder voorafgaandelijke triage aanmeldt op spoed. Deze patiënt heeft een hulpvraag en zoekt hierop een voor hem/haar passend antwoord (1).

Het aandeel van zelfverwijzers ten opzichte van het totaal aantal spoedcontacten is niet alleen in België erg hoog (1). Zo zag men in Engeland dat net geen 63% van het aantal spoedcontacten zichzelf verwijst. Ook de USA kampen, mede door het relatief laag aantal huisartsen, met een hoge mate van zelfverwijzers. En zelfs in Nederland, dat toch gekend staat als een land met een zeer sterke eerste lijn, verwijst nog steeds 30% van de patiënten die zich aanmeldt op spoed zichzelf (6). In een kleinere Zwitserse studie zag men binnen een groep van patiënten met zogenaamde niet levensbedreigende aandoeningen het aantal zelfverwijzers toenemen van 52% in 2000, tot bijna 70% in 2013 (7). In België loopt dit percentage van zelfverwijzers zelfs op tot 71% van de patiënten (1).

Het is binnen deze groep van zelfverwijzers dat we een groot aantal oneigenlijke spoedcontacten terugvinden (4). Een studie die werd opgezet in Nederland toonde aan dat binnen de groep van zelfverwijzers het aantal ***oneigenlijke spoedcontacten*** tussen de 41 en 51,9% ligt (8). Met oneigenlijke spoedcontacten worden die patiënten bedoeld die achteraf gezien eigenlijk net zo goed door een huisarts hadden kunnen geholpen worden.

Volgens een grote internationale systematische review uit 2016 zijn de overtuiging van de patiënt dat hij een ernstig probleem heeft en aldus dringende medische hulp nodig heeft samen met het idee dat er bijkomende onderzoeken (radiologie of bloedtesten) nodig zijn wereldwijd de belangrijkste redenen van de patiënt om zich tot de spoeddienst te wenden (6). Specifieke andere redenen waarom mensen eerder voor spoed kiezen verschillen per gezondheidssysteem. Moeilijke toegankelijkheid tot een huisarts(enwachtpost) is daarbij een relatief vaak voorkomende verklaring (6). Nederlands onderzoek bevestigt dit, want bij een bevraging van zelf verwezen patiënten bleek 34% van de bevraagden aan te geven dat vlotte toegankelijkheid tot de spoeddienst hun keuze bepaalde. Naast het feit dat het makkelijk was omdat de spoeddienst 24/7 open is, werd als belangrijke reden opgegeven dat het dicht bij huis is en aldus makkelijk bereikbaar (9). Een andere Nederlandse studie toonde aan dat bij een vijfde van de zelf verwezen patiënten op spoed de keuze bepaald werd door de onbeschikbaarheid van een huisarts. Gezien het Nederlands systeem ook buiten de kantooruren permanentie voorziet door huisartsen, wordt in die studie gesuggereerd dat de patiënt niet langer bereid is om te wachten op een afspraak en aldus onmiddellijk voor de spoeddienst kiest. Er werd bovendien gezien dat binnen deze groep patiënten, die dus eerder uit praktische overwegingen voor de spoeddienst kiezen, het aandeel oneigenlijke spoedcontacten hoger lag (10). In de Zwitserse studie van Diserens et al. bevroeg men zowel

in 2000 als in 2013 zelfverwijzers wat de reden was dat ze voor de spoeddienst kozen. Deze studie toonde aan dat onwetendheid over het bestaan van een andere zorginstantie er voor zorgde dat men naar de spoeddienst ging. Dit werd als belangrijkste reden voor keuze voor de spoeddienst aangeduid en bleef bovendien in die periode ongewijzigd (7). Dat goede bereikbaarheid, bekendheid en beschikbaarheid van een zorginstantie een belangrijke rol speelt in de keuze van de patiënt wordt in een recent onderzoek in Noord-Limburg bevestigd. In dit onderzoek stel men vast dat bijna 30% van de spoedbezoekers eerder zou kiezen voor de HAWP als die zich op dezelfde locatie als de spoeddienst bevond (11).

Om de zelfverwijzing een halt toe te roepen implementeerde men in België een hoger remgeld bij zelfverwijzing in vergelijking met een doorverwezen patiënt. Ieder ziekenhuis heeft de keuze dit hoger remgeld al dan niet aan te rekenen aan de patiënt. In Gent zien we dat beide ziekenhuizen die we bekijken in onze studie een hoger remgeld aanrekenen. Indien de patiënt doorverwezen wordt door een arts/112 dan dient hij slechts 4,82euro remgeld te betalen, indien de patiënt op eigen initiatief komt dan bedraagt dit remgeld 21,65euro. De meningen over het nut van dit verhoogde remgeld als hogere drempel tot het betreden van de spoeddienst zijn verdeeld en de meeste experten oordelen dat het vragen van een hoger remgeld het gedrag van de patiënt alvast weinig tot niets beïnvloedt. Dit idee wordt alleszins gesterkt door de cijfers van het aantal spoedcontacten die jaar na jaar ook na de implementatie van die verhoogde remgelden bleven stijgen (1). Experten zagen dan ook veel meer heil in een goed triagesysteem.

II.II.II Triage

In principe zijn er drie vormen van triage. Er is de ***zelftriage*** wat hierboven reeds besproken is. In die situatie verwijst de patiënt zichzelf naar de voor hem/haar nodig geachte zorginstantie. In de andere vormen van triage wordt er getrieerd door iemand extern. Dit kan enerzijds via een ***telefonisch contact*** waarbij de patiënt telefonisch wordt doorgestuurd naar de nodig geachte zorginstantie. Anderzijds kan dit gebeuren aan de hand van een ***fysieke triage*** wanneer de patiënt zich reeds op een zorglocatie bevindt. Deze fysieke triage gebeurt dan veelal door een verpleegkundige.

Hoewel de ***telefonische triage*** initieel in het leven is geroepen om de druk op de spoed te verlichten, is de impact van de telefoontriage op het spoedgebruik tot dusver onvoldoende bestudeerd (1). De literatuur leert dat er in een heel aantal Europese landen gebruik gemaakt wordt van telefonische triage voor de eerstelijnszorg buiten de kantooruren. Zo liepen er in Nederland pilootprojecten voor de telefonische triage sinds 2005 vooraleer het definitief nationaal werd ingevoerd in 2011 (12). In Nederland zijn het opgeleide verpleegkundigen die worden ingezet voor de telefoontriage buiten kantooruren. Hiervoor maken ze gebruik van een computer-gebaseerd triage systeem, de NTS (Nederlandse Triage Standaard). Op deze manier wordt de patiënt doorgestuurd naar de nodig geachte zorgentiteit.

In het Verenigd Koninkrijk wordt sinds februari 2014 aan telefonische triage gedaan via het NHS 111 project (13). In het Verenigd Koninkrijk is het niet-medisch opgeleid personeel die

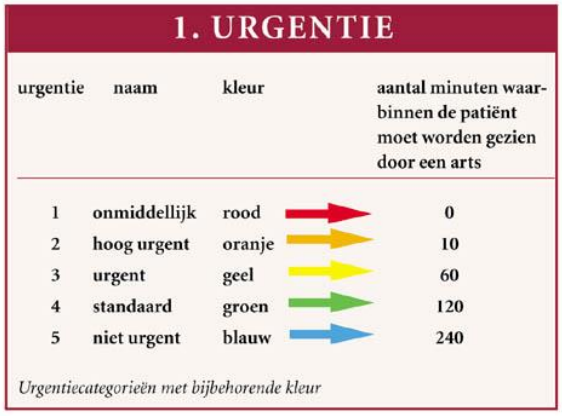
trieert aan de hand van een computer gebaseerd triage systeem. Dit personeel wordt ondersteund door verpleegkundigen en huisartsen. Patiënten zijn tevreden over het systeem, maar de kosten-effectiviteit ervan is nog onvoldoende geëvalueerd en in de pilootfase werd er -in tegenstelling tot wat verwacht werd- net een lichte toename van het ambulancegebruik vastgesteld (13). In tegenstelling tot in Belgie en Nederland -waar het triagenummer enkel buiten kantooruren beschikbaar is- is het telefonisch triagenummer in het Verenigd Koninkrijk 24/7 beschikbaar.

Sinds 1992 wordt er aan telefonische triage gedaan in Denemarken. De telefonische triage gebeurt hier door de huisarts (14). Hier bestaat geen nationaal standaard triage systeem maar elke HAWP kiest zijn eigen manier van triage. Een semi- recente studie toonde aan dat men erin slaagde 59% van de contacten telefonisch af te handelen en dat van de ingeboekte fysieke consulten slechts 12% als onnodig beschouwd werd door de dienstdoende huisarts (15).

In geval van dringende medische hulp wordt in Belgie -net als in alle Europese landen- gebruik gemaakt van het noodoproepnummer 112. Voor eerstelijnsoproepen daarentegen bestaat telefonische triage er nog niet lang. Pas in 2008 werd in bepaalde testregio's het nieuwe nummer '1733' gelanceerd voor deze eerstelijnsoproepen (1). Tegenwoordig kan je in een groot deel van België gebruik maken van het nummer 1733. Bij de opstart verbond het de beller automatisch door met een huisarts van wacht. Actueel hangt het af van in welke fase de regio zich bevindt wie de beller aan de lijn krijgt. Als de regio in een fase 1 zit dan krijgt de beller een lokale (niet medisch geschoolde) medewerker van de wachtpost aan de lijn die een afspraak geeft op de wachtpost of zo nodig doorverbindt met de dokter van wacht. Zit de regio reeds in een fase 2 dan krijgt de beller een speciaal daartoe opgeleide operator in een noodcentrale aan de lijn die op basis van een aantal vragen de patiënt naar de juiste zorginstantie trieert (16). Voor de triage maakt de operator gebruik van het Belgisch handboek voor medische regularisatie. Dit is een soort protocol die reeds bestond en waarvan gebruikt werd gemaakt door de dispatchers van de noodcentrale voor het beantwoorden van de zogenaamde levensbedreigde oproepen. Het nieuwe aan het handboek is nu dat het protocol voor zogenaamde 'eerstelijnsoproepen' er in verweven zit waardoor dispatchers de patient naar de juiste zorg kunnen doorverwijzen (17). Het is de bedoeling dat op termijn alle regio's naar een fase 2 zullen overgaan. De regio Gent -waar dit onderzoek gehouden wordt- bevindt zich actueel echter nog in een fase 1.

Ziekenhuizen worden in België door de overheid verplicht om te werken met een gevalideerd en wetenschappelijk onderbouwd triagesysteem. Op basis van een overeengekomen triagesysteem doet een verpleegkundige een ***fysieke triage*** en schat zo de urgentie van de hulpvraag in. De verpleegkundige bepaalt op die manier hoe snel een patiënt door een spoedarts moet onderzocht worden. Wereldwijd zijn er heel wat verschillende triagesystemen bekend. Zo zijn er de driedelige triagesystemen, de vierdelige en de vijfdelige. Het Manchester Triage Systeem (MTS), een vijfdelig triagesysteem, is het meest gebruikt systeem op de spoeddiensten in België (18). Het is een wetenschappelijk gevalideerd systeem waarbij patiënten o.b.v een aanmeldingsklacht en na afname van een beperkt aantal vitale parameters worden toegewezen aan verdere opvolging volgens een stroomschema. Dit stroomschema zal specifiek voor een aanmeldingsklacht een stappenplan inhouden voor de

triageverpleegkundige. Er zijn actueel 55 mogelijke stroomdiagrammen in het MTS. Op deze stroomdiagrammen wordt een urgentieklasse met bijhorende kleurencode toegekend, zowel bij volwassenen als bij kinderen. De kleurencode toont de mate van urgentie aan en aldus de snelheid waarmee de patiënt door een arts moet gezien worden. Zoals in de foto hier rechts geïlustreerd gaan de kleurencodes van rood (onmiddelijke urgentie) tot blauw (niet urgent).



1. URGENTIE

urgentie	naam	kleur	aantal minuten waarbinnen de patiënt moet worden gezien door een arts
1	onmiddellijk	rood	0
2	hoog urgent	oranje	10
3	urgent	geel	60
4	standaard	groen	120
5	niet urgent	blauw	240

Urgentiecategorieën met bijbehorende kleur

Fysieke triage zoals deze toegepast wordt in landen waar er een co-locatie is van spoedeisende en minder urgente zorg (al dan niet in de vorm van een HAWP) is iets wat tot voor kort in België niet bestond.

In Nederland bestaat deze fysieke triage naar eerste dan wel tweede lijn sinds er een gemeenschappelijke ingang is voor de spoedeisende hulp en de huisartswachtpost (2008) (19). Zo schat een speciaal daartoe opgeleide verpleegkundige eerst het toestandbeeld in van de patiënt. Dit doet hij/zij door een antwoord te krijgen op volgende drie vragen: Is er ABCDE-instabiliteit? Wat is de ingangsklacht van de patiënt? En hoe is de patiënt er nu aan toe? De tweede taak is dan het beargumenteerd komen tot een urgentiegraad. Daarbij ondersteunt de Nederlandse Triage Standaard (NTS) de triagist door triagecriteria te beschrijven. Het is dan aan de triagist om de urgentie over te nemen of zelf aan te passen aan de hand van alarmsignalen en context. De derde stap is om een vervolgactie te geven aan de triage (20).

Urgentiecode	Urgentienaam	Omschrijving	Respons
U0	**Reanimatie**	Uitval vitae functies	Onmiddelijk
U1	**Levensbedreigend**	Instabiele vitale functies	Onmiddelijk
U2	**Spoed**	Bedreiging vitale functies	Binnen een uur
U3	**Dringend**	Reële kans op schade op korte termijn	Binnen enkele uren
U4	**Niet dringend**	Verwaarloosde kans op schade op korte termijn	Binnen 24 uur
U5	**Advies**	Geen kans op schade op korte termijn	Zelfzorgadvies of afspraak huisarts zonder urgentie

De NTS heeft tot doel een triagist te helpen inschatten met welke urgentie een patiënt door een arts dient gezien te worden. In die zin lijkt het op de MTS want het gaat ook aan de hand van een ingangsklacht diverse vragen proberen te beantwoorden en daar dan een urgentie aan koppelen. Er zijn 6 graden van urgentie (zie kader links). De NTS heeft echter als grote voordeel tov de MTS dat er een vervolgactie aan de urgentiegraad gekoppeld wordt. Zo kan de vervolgactie -afhankelijk van de urgentiegraad- ambulance of spoedeisendeisende hulp zijn, maar evengoed kan het zelfzorgadvies zijn of een afspraak bij de eigen huisarts op een later tijdstip (20,21).

In het Verenigd Koninkrijk is er geen uniformiteit van triagesystemen noch door wie de triage wordt uitgevoerd. In het grootste deel van het land is het wel zo dat de triage wordt uitgevoerd door verpleegkundigen maar er bestaan ook spoeddiensten waar de triage wordt gedaan door huisartsen (22).

In België is de co-locatie van eerste en tweede lijnszorg buiten de kantooruren een recent gegeven. Er wordt enkel aan fysieke triage gedaan in gebieden waar deze co-locatie een feit is. Hoe de triage georganiseerd wordt en welk triagesysteem gehanteerd wordt berust op lokale afspraken en kan per regio (licht) afwijken. Hoewel het advies van het KCE was om de triage van de patiënten voor de spoedingang te laten plaatsvinden wordt dit voor de regio Gent alvast niet gedaan. De triage gebeurt in Gent door verpleegkundigen op de spoeddienst. Het triageprotocol is gebaseerd op de MTS. De kleurencodes rood-oranje-geel zijn patienten die zowiezo op spoed thuishoren en worden aldus na triage gezien door een spoedarts binnen het afgesproken tijdsbestek. Binnen de kleurencodes groen en blauw zijn er patienten die niet per definitie door een spoedarts dienen gezien te worden en door het volgen van het lokale triageprotocol kunnen verpleegkundigen zo de patient adviseren naar de HAWP te gaan in plaats van op spoed te blijven.

II.II.III Co-Locatie

Onderzoek in 2010 in Zwitserland toonde aan dat een patiënt, die eigenlijk geen noodzakelijk spoedcontact nodig heeft, door het integreren van de HAWP in een ziekenhuis gemiddeld genomen dubbel zo snel geholpen wordt indien hij op de HAWP terechtkomt in plaats van op de spoeddienst. Dezelfde studie toonde bovendien aan dat het gebruik van technische onderzoeken halveert voor gemiddeld genomen dezelfde patiënt (geslacht, leeftijd en co-morbiditeit) als de patiënt door een huisarts kan gezien worden in de geïntegreerde wachtpost (23).

Wat betreft ***de impact van een co-locatie*** van HAWP en spoeddienst ***op het aantal patiëntencontacten*** op de respectievelijke diensten is in de literatuur weinig terug te vinden. Dit heeft te maken met het feit dat ieder gezondheidssysteem verschillend georganiseerd is en dat bijgevolg de impact van louter co-locatie op patiënten aantallen zelden onderzocht is geweest. Nationaal onderzoek toont wel aan dat één jaar na de oprichting van de HAWP Antwerpen Noord op de site van het ziekenhuis Jan Palfijn het aantal contacten op de HAWP gestegen is zonder dat het aantal contacten op de spoeddienst verminderd is. Ondanks deze co-locatie werd aldus geen daling van het aantal spoedcontacten met eerstelijnsklachten waargenomen (24). Anderzijds geeft een Nederlandse studie uit 2004 aan dat na oprichting van een HAWP in de onmiddellijke omgeving van een ziekenhuis het aantal patiëntencontacten in de huisartsenpost gestegen is met 10% en het aantal patiëntencontacten in de spoeddienst verminderd is met 9% (25). Een andere Nederlandse studie in 2008 gaf vergelijkbare resultaten (26).

III. ONDERZOEK

III.I Methode

III.I.I Inleiding

Het onderzoek vindt plaats in de regio Gent, België. In de periode voor 2020 organiseerden de Gentse huisartsen de continuïteit van de zorg op weekend en feestdagen in de vorm van een HAWP op twee locaties. Deze bevonden zich ter hoogte van de Martelaarslaan (verder HAWP MLL genoemd) en ter hoogte van de Kliniekstraat (verder HAWP Gentbrugge genoemd). Op dat moment bevonden beide HAWP zich niet in de directe omgeving van een spoeddienst. Vanaf 5 maart 2021 werden deze wachtposten gesloten en werden twee nieuwe HAWP op een ziekenhuissite geopend. De eerste opende op de ziekenhuissite van het UZ Gent (verder HAWP UZ Gent genoemd) en verving de vroegere HAWP Gentbrugge. De tweede HAWP opende op de ziekenhuissite van het AZ Sint Lucas (verder HAWP AZ St-Lucas genoemd) en verving de vroegere HAWP MLL. Beide nieuw geopende HAWP bevinden zich nu binnen enkele tientallen meters van de respectievelijke spoeddiensten.

In de regio Gent is de patiënt vrij in zijn keuze om zich aan te melden op de HAWP of op de spoeddienst.

Bij aanmelding op de HAWP wordt de patiënt gezien door de wachtdoende huisarts die tijdens een consultatie oordeelt of hij/zij het probleem zelf kan oplossen dan wel de patiënt verwijst naar de spoeddienst.

Indien patiënt initieel kiest voor de spoeddienst wordt hij/zij gezien door een triageverpleegkundige. In kader van de nieuwe locatie van de HAWP maakten spoedartsen van het UZ Gent, het AZ Sint-Lucas en enkele huisartsen een ***triageprotocol*** op. Dit is een lokaal protocol dat zich baseert op het Manchester Triage Systeem (MTS). Dit is een vijf-punt urgentieschaal ingedeeld volgens kleur. Dit triagesysteem werd reeds gebruikt in beide ziekenhuizen in de periode voordat de HAWP zich op de ziekenhuissite bevond. Het opgestelde triageprotocol geeft aan welke als blauw/groen getrieerde spoedcontacten door de triageverpleegkunde kan verwezen worden naar de HAWP. De triageverpleegkundige geeft de patiënt na triage een (niet bindend) advies. Bijgevolg beslist de patiënt nog steeds zelf door welke zorginstantie hij/zij geholpen wordt.

Er dient gezegd te worden dat gezien de COVID-19 pandemie de triage op de spoeddienst UZ Gent nog niet actief was tijdens de onderzoeksperiode en patiënten bijgevolg niet konden doorgestuurd worden vanuit de spoeddienst UZ Gent naar de aanpalende HAWP UZ Gent. Op de spoeddienst AZ St-Lucas daarentegen was deze triage in de onderzoeksperiode wel reeds operationeel.

De reden hiervan is dat gezien de COVID-19 pandemie de HAWP UZ enkel dienst deed als infectiewachtpost terwijl de HAWP AZ St-Lucas de opdracht kreeg alle infectiepathologie door te verwijzen naar de HAWP UZ Gent. Alle niet-infectieuze zorg werd aldus gezien op de HAWP AZ St-Lucas.

Voordat de HAWP zich op de ziekenhuissite bevonden, konden patiënten zich op twee manieren aanmelden op de HAWP: spontaan binnenwandelen of telefonisch een afspraak vastleggen.

Na de implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite komt daar dus een derde aanmeldingsmanier bij, namelijk het doorgestuurd worden door een triageverpleegkundige vanuit spoed.

Nadat de HAWP zich vestigt op de ziekenhuissite is het zo dat de huisartsen gebruik maken van zowel het labo als de beeldvorming van de spoeddienst om tot een diagnose te komen, iets wat voorheen niet mogelijk was.

III.I.II Doel

Het objectief van het onderzoek is om een antwoord te geven op volgende vragen:

I. Ontstaat er een verandering in het totaal aantal aanmeldingen op de HAWP enerzijds en op de spoeddienst anderzijds nadat de HAWP zich op de spoeddienst vestigt?

II. Ontstaat er een verschil in aanmeldingswijze (telefonisch/spontaan binnenwandelen/via spoed) op de HAWP na co-locatie op ziekenhuissite?

III. Ontstaat er een verandering in het aantal als groen (UL4) of blauw (UL5) getrieerde (en aldus niet-urgente) spoedaanmeldingen nadat een HAWP zich op een ziekenhuissite vestigt?

IV. Hoeveel procent van de groen of blauw getrieerde (en aldus niet-urgente) spoedaanmeldingen worden na triage geadviseerd naar de HAWP te gaan?

V. Hoeveel procent van de spoedaanmeldingen die na triage geadviseerd werden naar de HAWP te gaan volgden ook effectief dit advies op?

VI. Hoeveel procent van de spoedaanmeldingen die na triage het advies opvolgden om naar de HAWP te gaan, werden op hun beurt door de wachtdoende huisarts opnieuw naar de spoeddiensten verwezen?

Het opzet was om deze vragen telkens voor zowel de universitaire locatie als voor de algemeen ziekenhuislocatie te bekijken. Dit was gezien de COVID-19 pandemie, en het aldus niet opstarten van de triage op de spoeddienst UZ Gent, helaas niet mogelijk voor vragen IV, V en VI. Voor vragen IV tem VI werd aldus enkel de HAWP/Spoeddienst AZ St-Lucas bekeken.

III.I.III Design

Een pre-post vergelijking werd gedaan na de implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Voor de antwoorden op vragen I, II & III werd een pre-implementatie onderzoeksperiode van 17 weekenden, d.i. van 07/06/2019 tem 30/09/2019 (enkel weekenden van vrijdagavond 19u tot maandagmorgen 08u) , vergeleken met een post-implementatie onderzoeksperiode van 17 weekenden, d.i. van 04/06/2021 tem 27/09/2021 (enkel weekenden van vrijdagavond 19u tot mandagmorgen 08u). Voor de antwoorden op onderzoeksvragen IV, V & VI werd enkel gebruikgemaakt van de data uit de post-implementatie onderzoeksperiode, d.i. van 04/06/2021 tem 27/09/2021 (enkel weekenden van vrijdagavond 19u tot maandagmorgen 08u).

III.I.IV Data verzameling

Alle data met betrekking tot de HAWP werd verkregen via het medisch programma Mediris. Dit is het medisch programma waarmee huisartsen op de HAWP werken. De data werden opgevraagd voor de periode van 07/06/2019 tem 30/09/2019 en voor de periode 04/06/2021 tem 27/09/2021. De data zijn volledig geanonimiseerd en vermelden:

- het aanmeldingstype (telefonisch, spontaan binnengewandeld of doorgestuurd door een triageverpleegkundige)
- het contact type (huisbezoek/raadpleging/telefonisch contact)
- de locatie van de raadpleging (HAWP Gentbrugge, HAWP MLL, HAWP UZ, HAWP AZ St-Lucas, HAWP Wetteren of testcentra)
- de aanmeldingsreden; gecodeerd door een ICPC code, het softwarepakket verplicht de huisarts om dit in te geven waardoor geen uitval van resultaten mogelijk is

Inclusiecriteria: -Tijdstip: van vrijdagavond 19u tot maandagmorgen 08u
-Contact type: raadpleging
-Locatie: HAWP Gentbrugge/HAWP UZ of HAWP MLL/HAWP AZ St-Lucas

Exclusiecriteria: -Tijdstip: maandagmorgen 08u tot vrijdagavond 19u
-Contact type: huisbezoek of telefonisch contact
-Locatie: HAWP Wetteren of testcentra

Bijkomend werd aan de dienstdoende huisartsen op de HAWP gevraagd om bij de patiënten die vanuit spoed werden doorgestuurd een papier in te vullen waarbij gevraagd werd waar de patiënt volgens hen thuishoorde. De opties waren de volgende: op de spoeddienst/op de HAWP/bij de eigen huisarts na het weekend. De huisartsen waren vrij om al dan niet deze papieren in te vullen. Er werd bijkomend ook gevraagd of ze de patiënt uiteindelijk zelf konden helpen of dat ze de patiënt diende terug te sturen naar de spoeddienst.

Alle data met betrekking tot de spoeddiensten werden verkregen via de spoeddienst van UZ Gent en via de spoeddienst AZ Sint-Lucas. Vooraleer de data werden vrijgegeven werd de goedkeuring verkregen van het Ethisch Comité van de respectievelijke ziekenhuizen. De data werden opgevraagd voor de periode 07/06/2019 tem 30/09/2019 en eveneens voor de periode 04/06/2021 tem 27/09/2021. De data zijn volledig geanonimiseerd en vermelden:

- Triagetijdstip
- Urgency Level = triagecode: (UL0, UL1(rood), UL2(oranje), UL3(geel), UL4(groen), UL5(blauw), UL6 (overlijden), UL7 (vermoeden covid infectie)
- Aanmeldingsreden
- Al of niet advies doorverwijzing naar HAWP (enkel voor periode in 2021)

Inclusiecriteria:
- Tijdstip: van vrijdagavond 19u tot maandagmorgen 08u
- Urgency Level 1 tem 5

Exclusiecriteria:
- Tijdstip: maandagmorgen 08u tot vrijdagavond 19u
- Urgency Level 0,6,7 of afwezigheid van UL (behalve voor vraag I)

III.II Resultaten

I. ***Ontstaat er een verandering in het totaal aantal aanmeldingen op de HAWP enerzijds en op de spoeddienst anderzijds nadat de HAWP zich op de ziekenhuissite vestigt?***

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL RAADPLEGINGEN (PROCENTUEEL)		**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL RAADPLEGINGEN (PROCENTUEEL)
HAWP GENTBRUGGE (~HAWP UZ)	1561 (39,02%)	+40,29% →	2190 (38,05%)
HAWP MLL (~HAWP AZ SINT LUCAS)	2439 (60,98%)	+46,21% →	3566 (61,95%)
TOTAAL AANTAL	4000 (100%)	+43,90% →	5756 (100%)

Tabel 1. Aantal raadplegingen HAWP voor regio Gent; absoluut en procentueel per HAWP

Als we kijken naar het totale aantal raadplegingen op beide HAWP dan zien we een procentuele toename van 43,90% nadat deze zich op de ziekenhuissite vestigen. Als we de HAWP MLL vergelijken met de HAWP AZ Sint-Lucas dan zien we zelfs een procentuele toename van 46,21% in het aantal aanmeldingen. Maar ook de HAWP op het UZ kent een toename van 40,29% ten opzichte van de vergelijkbare HAWP Gentbrugge.

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL AANMELDINGEN		**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL AANMELDINGEN
SPOED AZ SINT-LUCAS	4901	+1,58% →	4978
SPOED UZ GENT	3847	+10,94% →	4268

Tabel 2. Aantal spoedaanmeldingen AZ Sint-Lucas & UZ Gent ;absoluut en procentueel per spoeddienst

Het totaal aantal spoedaanmeldingen op de spoeddienst AZ Sint Lucas kent een procentuele toename van 1,58% nadat de HAWP zich op de ziekenhuissite vestigt. Het aantal spoedaanmeldingen in het UZ Gent kent in diezelfde vergelijkingsperiode een procentuele toename van 10,94%.

II. Ontstaat er een verschil in aanmeldingswijze (telefonisch/spontaan binnenwandelen/via spoed) op de HAWP na co-locatie op de ziekenhuissite?

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL PATIËNTEN (PROCENTUEEL)	**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL PATIËNTEN (PROCENTUEEL)
SPONTAAN BINNENGEWANDELD	751 (18,78%)	533 (9,26%)
VIA TELEFONISCHE OPROEP	3249 (81,22%)	4492 (78,04%)
VIA SPOED: - NA TRIAGE -EIGEN INITIATIEF	0 (0%) 0 (0%)	724 (12,58%) 6 (0,1%)
ONBEKEND	0 (0%)	1 (0,01%)

Tabel 3. Wijze van aanmelden op HAWP voor regio Gent(= beide HAWP); in absolute cijfers en procentueel

Wanneer we het totaal aantal aanmeldingen op de HAWP in de regio Gent bekijken dan zien we dat het aanmelden via telefonische oproep procentueel een lichte daling kent na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite (-3,18% van het totaal aantal patiëntencontacten). Daarnaast zien we een forsere procentuele daling van het aantal patiënten die spontaan binnenwandelt op de HAWP (-9,52%). Het aantal patiënten die op de wachtpost verschijnt nadat ze eerst op de spoeddienst zijn gepasseerd (en al dan niet getrieerd zijn door een spoedverpleegkundige) komt op 730, wat betekent dat ongeveer 12,59% van het totaal aantal wachtpostcontacten eerst de spoed binnenwandelde vooraleer ze bij een huisarts terechtkwamen in de periode nadat de HAWP opende op de ziekenhuissite.

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL PATIËNTEN (PROCENTUEEL)	**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL PATIËNTEN (PROCENTUEEL)
SPONTAAN BINNENGEWANDELD	244 (~15,63%)	148 (~6,76%)
VIA OPROEP	1317 (~84,37%)	2039 (~93,11%)
VIA SPOED: - NA TRIAGE -EIGEN INITIATIEF	0 (~0%) 0 (~0%)	2 (~0,09%) 1 (~0,05%)
ONBEKEND	0 (~0%)	0 (~0%)

Tabel 4. Wijze van aanmelden op HAWP Gentbrugge (~HAWP UZ) in absolute cijfers en procentueel

Als we specifiek gaan kijken naar de HAWP Gentbrugge (~HAWP UZ), zien we na de verhuizing van HAWP Gentbrugge naar HAWP UZ een procentuele afname van het aantal spontaan binnengewandelde patienten van 8,87%. Het aantal aanmeldingen via een telefonische oproep stijgt dan weer met 8,74%. Het aantal aanmeldingen via spoed is na de implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite van het UZ Gent verwaarloosbaar laag met een toename van slechts 0,13%.

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL PATIËNTEN (PROCENTUEEL)	**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL PATIËNTEN (PROCENTUEEL)
SPONTAAN BINNENGEWANDELD	507 (~20,79%)	385 (~10,80%)
VIA OPROEP	1932 (~79,01%)	2453 (~68,79%)
VIA SPOED: - NA TRIAGE -EIGEN INITIATIEF	0 (~0%) 0 (~0%)	722 (~20,25%) 5 (~0,14%)
ONBEKEND	0 (~0%)	1 (~0,03%)

Tabel 5. Wijze van aanmelden op HAWP MLL (~HAWP AZ Sint-Lucas) in absolute cijfers en procentueel

Kijken we naar de HAWP MLL (~HAWP AZ Sint-Lucas) dan zien we dat zowel de aanmeldingen via telefonische oproep als de mensen die zich aanmelden door spontaan binnen te wandelen beiden een procentueel forse duik nemen nadat de HAWP zich op de ziekenhuissite vestigt. Beide aanmeldingsvormen kennen een daling met respectievelijk 10,22% en 9,99%. De aanmeldingen van patiënten doorgestuurd via spoed daarentegen kennen een spectaculaire stijging. Nadat de HAWP zich op de site van het AZ Sint Lucas vestigt is in 2021 maar liefst 20,39% van de contacten op de wachtpost eerst op de spoeddienst gepasseerd. Daarvan werd 20,25% van het aantal huisartsenwachtpostcontacten doorgestuurd door een triageverpleegkundige vanuit de spoeddienst naar de HAWP. 0,14% van de contacten ging uit eigen beweging vanuit de spoeddienst naar de HAWP nadat ze beseften dat ze het verkeerde gebouw waren binnengestapt.

III. ***<u>Ontstaat er een verandering in het aantal als groen (UL4) of blauw (UL5) getrieerde (en aldus niet urgente) spoedaanmeldingen nadat een HAWP zich op een ziekenhuissite vestigt?</u>***

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL AANMELDINGEN (PROCENTUEEL)	**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL AANMELDINGEN (PROCENTUEEL)
UL 1 (TRIAGEKLEUR ROOD)	66 (1,40%)	48 (1,04%)
UL 2(TRIAGEKLEUR ORANJE)	341 (7,24%)	354 (7,69%)
UL 3 (TRIAGEKLEUR GEEL)	1601 (34,01%)	1708 (37,09%)
UL 4 (TRIAGEKLEUR GROEN)	2615 (55,54%)	2247 (48,79%)
UL 5(TRIAGEKLEUR BLAUW)	85 (1,81%)	248 (5,39%)
TOTAAL	4708 (100%)	4605 (100%)

*Tabel 6. Spoedaanmeldingen per UL AZ Sint Lucas (%)**

Voor de spoeddienst van het AZ Sint Lucas daalt het aandeel de als groen (UL4) getrieërde aanmeldingen met 6,75% na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Het aandeel als blauw getrieërde aanmeldingen stijgt dan weer met 3,58%. De som van het aandeel als groen en blauw getrieerde aanmeldingen in 2019 is 2700, wat neerkomt op 57,35% van het totaal aantal spoedaanmeldingen. In 2021 werden 2495 aanmeldingen als groen of blauw getrieërd wat neerkomt op 54,18% van het totaal aantal spoedaanmeldingen. Het percentage van de als groen of blauw getrieerde aanmeldingen ten opzichte van het totaal aantal spoedaanmeldingen daalt na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite dus met 3,17%. In absolute cijfers dalen de als groen of blauw getrieerde aanmeldingen dus met 205 na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite.

	2019 (07/06 TEM 30/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL AANMELDINGEN (PROCENTUEEL)	**2021** (04/06 TEM 27/09, ENKEL WEEKENDS VAN VRIJDAGAVOND 19U TOT MAANDAGMORGEN 8U) AANTAL AANMELDINGEN (PROCENTUEEL)
UL 1 (TRIAGEKLEUR ROOD)	48 (1,25%)	66 (1,56%)
UL 2(TRIAGEKLEUR ORANJE)	468 (12,17%)	515 (12,16%)
UL 3 (TRIAGEKLEUR GEEL)	2178 (56,66%)	2335 (55,15%)
UL 4 (TRIAGEKLEUR GROEN)	1150 (29,92%)	697 (16,46%)
UL 5(TRIAGEKLEUR BLAUW)	0 (0,00%)	621 (14,67%)
TOTAAL	3844 (100%)	4234 (100%)

*Tabel 6. Spoedaanmeldingen per UL UZ Gent (%)***

Op de spoeddienst van het UZ Gent daalt het aandeel als groen (UL4) getrieërde contacten met 13,46% na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Het aandeel als blauw getrieërde contacten stijgt dan weer met 14,67%. De som van het aantal groen en blauw getrieerde spoedaanmeldingen in 2021 is 1318 wat neerkomt op 31,13% van het totaal aantal spoedaanmeldingen. In vergelijking met de som van de als groen en blauw getrieerde spoedaanmeldingen in 2019 is dit een procentuele stijging van 1,21%. In absolute cijfers stijgen de als groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen aldus met 168 nadat de HAWP opende op de ziekenhuissite van het UZ Gent.

*Nota spoeddienst AZ Sint-Lucas: Er werden in 2019 193patientencontacten geëxcludeerd omdat ze triagecode 0 kregen en aldus niet binnen de inclusiecriteria vielen. Daarnaast werden er in 2021 in totaal 373 patiëntencontacten geëxcludeerd. 369 contacten geëxcludeerd agv afwezigheid triagecode, 4 contacten geëxcludeerd agv triagecode 0.

**Nota spoeddienst UZ Gent: In de onderzoeksperiode in 2019 werden 3 aanmeldingen geëxcludeerd omwille van triagecode 6 (=overleden). In de onderzoeksperiode 2021 werden 2 aanmeldingen geëxcludeerd omwille van triagecode 0 (=overleden). Er werden in 2021 eveneens 32 aanmeldingen geëxcludeerd omwille van triagecode 7 (=vermoeden covid infectie).

IV. <u>Hoeveel procent van de groen of blauw (en aldus niet-urgente) spoedaanmeldingen worden na triage geadviseerd naar de HAWP te gaan?</u>

	AANTAL CONTACTEN	AANTAL CONTACTEN DIE ADVIES KREEG NAAR HAWP TE GAAN DOOR TRIAGEVERPLEEGKUNDIGE	VERHOUDING, UITGEDRUKT IN PERCENTAGE (%)
GROEN GETRIEERD	2247	578	25,72%
BLAUW GETRIEERD	248	203	81,85%
TOTAAL	2495	781	31,30%

Tabel 7. Blauw/groen getrieerde patiëntencontacten spoeddienst AZ Sint Lucas en doorverwijzing naar HAWP, periode 2021 (04/06-27/09, enkel weekend tussen vrijdagavond 19u en maandagmorgen 08u)

In de onderzoeksperiode werden op de spoeddienst van het AZ Sint-Lucas in totaal 2247 spoedaanmeldingen als groen getriëerd en daarvan kregen 578 patiënten het advies zich naar de HAWP te wenden na een triage door een triageverpleegkundige. Dit komt neer op 25,72% of iets meer dan 1/4^{e} van de als groen getrieerde patiënten die het advies kregen naar de HAWP te gaan. Als we kijken naar de als blauw getrieerde patienten dan zien we dat daarvan 81,85% wordt geadviseerd naar de HAWP te gaan. In totaal zien we zo dat 31,30% van de als groen of blauw getrieerde patienten het advies krijgt zich te wenden tot de HAWP.

V. <u>Hoeveel procent van de spoedcontacten die na triage geadviseerd werden naar de HAWP volgden ook effectief dit advies op?</u>

	KRIJGEN ADVIES NAAR HAWP TE GAAN	VOLGEN ADVIES EN KOMEN OP HAWP TOE	VERHOUDING (PROCENTUEEL)
AANTAL PATIËNTEN	781	722	722/781 (92,45%)

Tabel 8. Krijgen en opvolgen van advies triageverplgeegkundige AZ St-Lucas/HAWP St-Lucas, periode 2021 (04/06-27/09, enkel weekend tussen vrijdagavond 19u en maandagmorgen 08u)

Als we kijken naar de data '*wijze van aanmelden op de HAWP AZ Sint lucas (Tabel 5.)*', dan zien we dat 727 patiënten aankomen op HAWP nadat ze eerst de spoeddienst zijn binnengeweest. Daarvan zijn er echter 722 die toekomen na triage door een triageverpleegkundige en 5 die zich op eigen initiatief tot de HAWP wenden nadat ze eerder de toegangspoort van de spoeddienst gepasseerd waren. Dit betekent dat 722 van de 781 door de triageverpleegkundige doorgestuurde patiënten ook daadwerkelijk op de HAWP aankomen (tabel 8). Dit wil zeggen dat 92,45% van het aantal patiënten die het advies krijgt zich naar de HAWP te wenden dit advies ook daadwerkelijk opvolgt.

VI. ***<u>Hoeveel procent van de spoedaanmeldingen die na triage het advies opvolgden om naar de HAWP te gaan, werden op hun beurt door de wachtdoende huisarts opnieuw naar de spoeddiensten verwezen?</u>***

	NA TRIAGE AANWEZIG OP HAWP	WORDT NA TRIAGE DOOR HUISARTS OPNIEUW DOORVERWEZEN NAAR SPOED	VERHOUDING (PROCENTUEEL)
AANTAL PATIËNTEN	722	52	52/722 (7,20%)

Tabel 9. Verhouding van het aantal patiënten die teruggestuurd wordt naar de spoeddienst door de huisarts nadat ze waren aankomen op de HAWP na eerdere triage op de spoeddienst. Locatie AZ-St Lucas/HAWP St-Lucas. Periode 2021(04/06-27/09, enkel weekend tussen vrijdagavond 19u en maandagmorgen 08u)

In de dataset van de HAWP zien we dat 52 van de patiënten die door de spoedverpleegkundige doorgestuurd werden naar de HAWP op hun beurt door de wachtdoende huisarts teruggestuurd werden naar de spoeddienst. Dit betekent dat 7,20% van de patiënten die doorgestuurd werden naar de HAWP terugverwezen werd naar de spoeddienst. Dit wil dus ook zeggen dat 92,80% van de patiënten die door de triageverpleegkundige het advies krijgen zich tot de HAWP te wenden ook daadwerkelijk geholpen wordt door de wachtdoende huisarts.

III.III Discussie

III.III.I HAWP

Aanmeldingen

Dit onderzoek toont een forse toename in het aantal patiëntencontacten op de HAWP na de implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Met een absolute toename van 1756 consulten in een periode van 17 weekenden zagen de huisartsen per weekend gemiddeld iets meer dan 100 patiënten meer dan in de vergelijkbare onderzoeksperiode 2 jaar eerder. We zien dat deze toename van het aantal patiëntencontacten er is voor beide Gentse HAWP en dat deze procentuele toename voor beide HAWP bovendien in dezelfde lijn ligt. De toename in patiëntenaantallen op de Gentse HAWP was in die mate groot dat men genoodzaakt was de bestaffing van zowel het onthaalpersoneel als van de artsen op te drijven door deze evolutie. Dit onderzoek bevestigt wat we in de (beperkt) beschikbare literatuur terugvinden wat betreft toename van het aantal patiëntencontacten op de HAWP na implementatie van een HAWP op een ziekenhuissite. Zo werd in Antwerpen Noord in 2011 na het openen van de HAWP op de ziekenhuissite van het AZ Jan Palfijn ook een toename gezien in het aantal patiëntencontacten (24). Vergelijking met andere HAWP is actueel zeer moeilijk omwille van de andere eerste lijns organisatie in het buitenland en omwille van de beperkt beschikbare literatuur betreffende dit onderwerp in het binnenland.

We merkten in de data van de HAWP verkregen via het medisch programma Mediris een heel groot aantal telefonische consulten op in de periode in 2021. Deze telefonische consulten waren heel erg vaak covid-gerelateerd. Deze patiënten werden meteen naar een testcentrum verwezen omdat het er telefonisch op leek dat hun enige vraag was om een test te krijgen om te weten of ze al dan niet besmet waren met het COVID-19 virus. Bijgevolg kwamen deze patiënten niet in de cijfers van HAWP-aanmeldingen terecht. De vraag kan gesteld worden of er een deel van deze patiënten in niet-covid tijden wel op de HAWP zou terechtgekomen zijn en de cijfers bijgevolg nog hoger zouden liggen. Daartegenover staat dat onderzoek aantoont dat mensen tijdens de covid golven initieel veel minder de huisarts en de spoeddienst opzochten voor een fysiek consult (27). Tijdens onze onderzoeksperiode was er geen actieve covid golf aan de gang maar de covid-pandemie zorgt ongetwijfeld voor een belangrijke bias op onze cijfers. We kunnen dan ook niet stellen dat louter de nieuwe locatie van de HAWP zorgt voor de forse toename in het aantal patiëntencontacten.

Aanmeldingswijze

Kijken we naar de manier van aanmelden op de HAWP voor de regio Gent dan zien we dat de aanmelding via de telefonische oproep procentueel gezien nog relatief stabiel blijft (-3,18%) terwijl het aantal mensen die zich aanmeldt door spontaan binnen te wandelen procentueel met bijna 10% afneemt. Het aanmelden op de HAWP na triage door de spoeddienst kent een procentuele stijging met iets meer dan 12,5%.

Bekijken we de aanmeldingscijfers per HAWP dan valt op dat de aanmelding via oproep op de HAWP UZ Gent procentueel toeneemt nadat de HAWP zich op de ziekenhuissite vestigt (+8.74%). Het spontaan binnenwandelen neemt zowel in absolute als procentuele cijfers af (-8.87%). Aanmeldingen via spoed zijn verwaarloosbaar.

Voor de HAWP AZ Sint-Lucas zien we een procentuele afname van het aantal patiënten die zich aanmeldt via een telefonische oproep en eveneens een procentuele daling van het aantal patiënten

die spontaan binnenwandelt (-9,99%). Daartegenover staat een procentuele toename van iets meer dan 20% van de patiënten die zich aanmeldt op de HAWP nadat ze doorgestuurd werden door een spoedverpleegkundige vanuit de spoeddienst.

Bij deze aanmeldingscijfers dienen enkele belangrijke kanttekeningen geplaatst te worden. Zo moeten we vaststellen dat in de onderzoeksperiode 2021 de twee HAWP een verschillende functie hadden. Zo fungeerde de HAWP UZ Gent als infectiewachtpost en HAWP AZ Sint-Lucas als 'reguliere wachtpost'. Dit werd zo ingedeeld omwille van de covid-pandemie waarbij er getracht werd patiënten met infectiesymptomen zoveel mogelijk te scheiden van patiënten met een andere (niet infectieuze) zorgvraag, met als doel het zoveel mogelijk indijken van het COVID-19 virus. Dit gaf echter tot gevolg dat patiënten die zich telefonisch aanmeldden zich niet langer op basis van hun woonplaats maar op basis van hun klacht naar de ene of de andere HAWP dienden te begeven. Dit zorgt uiteraard voor een enorme bias want daardoor zijn deze twee groepen eigenlijk niet meer met elkaar te vergelijken.

Daarnaast dient opgemerkt te worden dat gezien de covid-pandemie en het dienst doen van de HAWP UZ Gent als infectiewachtpost de triage op de spoeddienst UZ Gent nog niet van start ging. Het feit dat het aandeel van de getrieerde patiënten in de cijfers van de HAWP UZ Gent zo laag ligt wordt daardoor verklaard. De drietal aanmeldingen die we toch terugvinden in de onderzoeksresultaten zijn wellicht eerder te wijten aan foute rapportage. Het nog niet actief zijn van de triage op de spoeddienst van het UZ Gent tijdens de onderzoeksperiode zorgt er bovendien voor dat het aandeel aanmeldingswijze 'via spoed na triage' met 12,59% voor de gehele regio Gent wellicht een onderschatting is van het aandeel aanmeldingswijze 'via spoed na triage' die we in de toekomst kunnen verwachten als ook de triage op het UZ Gent actief wordt.

Wat verder opvalt is dat het absoluut aantal patiënten dat spontaan binnenwandelt op de HAWP daalt nadat de HAWP zich vestigt op de ziekenhuissite en deze daling is er bovendien voor beide HAWP. Of de verklaring daarvan ligt in het feit dat de HAWP nu op de ziekenhuissite ligt is echter onmogelijk te zeggen. Men zou kunnen stellen dat patiënten die op weg waren naar de HAWP door het zien van de spoeddienst toch de spoeddienst zijn binnengewandeld waardoor het aantal mensen die spontaan binnenwandelt op de HAWP daalt. Een andere mogelijke verklaring is het feit dat patiënten sinds de start van de covid pandemie langs alle mogelijke kanalen de boodschap kregen vooraleer een doktersbezoek te doen eerst telefonisch contact op te nemen met de arts. Definitieve conclusies kunnen we hier vooralsnog niet uit trekken. Als we de redenen van manier van aanmelden in de toekomst zouden willen weten dan is het aanbevolen een grootschalig kwalitatief onderzoek op te zetten. Daarin zou men patiënten zowel op de spoeddienst als op de HAWP kunnen bevragen met behulp van uitgebreide vragenlijsten.

Wat echter wel blijkt uit ons onderzoek is dat het aantal patiënten die doorgestuurd wordt vanuit spoed naar de HAWP een behoorlijke extra belasting veroorzaakt voor de HAWP. Voor de HAWP Sint-Lucas gaat dit in onze onderzoeksperiode over 722 unieke patiëntencontacten wat 20% van het totaal aantal patiëntencontacten uitmaakt in de onderzoeksperiode op deze HAWP. In de literatuur vinden we cijfers uit het jaar 2020 voor de HAWP in Brugge en Knokke waar we zien we dat respectievelijk 13,4% en 4% van het totaal aantal wachtpostcontacten doorgestuurd werd vanuit spoed (28). In diezelfde presentatie over de HAWP van Brugge zien we trouwens dat sinds 2017 het aandeel van mensen doorgestuurd vanuit spoed op de HAWP jaarlijks telkens tussen de 13 en 15% van het aandeel HAWP-bezoekers uitmaakt. Voor de HAWP Knokke ligt dit dan weer een stuk lager met jaarlijks ongeveer 3%, uitgenomen het jaar 2017 waarbij 10% van de HAWP-bezoekers eerst de spoeddienst passeerde (28). Verder langduriger en uitgebreider onderzoek is uiteraard nodig maar het lijkt er volgens deze beperkte eerste resultaten toch op dat triage vanuit spoed een belangrijke aanmeldingswijze wordt voor de HAWP in Gent.

III.III.II SPOED

Aanmeldingen

Kijkend naar de aanmeldingen op de spoeddienst zien we dat deze voor het AZ Sint-Lucas minimaal stijgen met een toename van 77 aanmeldingen wat neerkomt op een procentuele toename van 1,58%. Voor het UZ Gent zien we een een veel forsere toename met maar liefst 421 extra aanmeldingen in vergelijking met de periode voordien wat neerkomt op een procentuele toename van 10,94%.

Er zou gemakkelijkheidshalve kunnen geconcludeerd worden dat de aanwezigheid van de HAWP op de ziekenhuissite aldus nog meer spoedaanmeldingen in de hand werkt. Het KCE rapport van 2016 beschrijft echter reeds een procentuele toename van het aantal spoedconsulten in België van 6,66% tussen 2009 en 2012 (1). Dat deze tendens zich doorzette in de jaren nadien wordt bevestigd volgens de gegevens van het FOD Volksgezondheid waarin men in de periode 2010 tot 2019 een toename ziet van 23% in het aantal spoedcontacten (29). Als we deze data aftoetsen aan de resultaten van de spoeddienst AZ Sint-Lucas zouden we voorzichtig kunnen stellen dat de aanwezigheid van een operationele HAWP op een spoeddienst mogelijks zorgt voor een relatieve afname van het aantal spoedaanmeldingen. Cijfers uit eerder onderzoek in de regio Brugge ondersteunen deze gedachte aangezien het aantal spoedcontacten tijdens het weekend er jaarlijks gemiddeld af nam met 0,8% na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite (30). Daartegenover staat echter de forse toename van aanmeldingen op de spoeddienst van het UZ Gent. Deze toename is een stuk groter dan men zou kunnen verwachten. Een verklaring hiervan zou kunnen zijn dat de HAWP op de site van het UZ Gent tijdens de vergelijkende onderzoeksperiode enkel dienst deed als 'infectiewachtpost' en bijgevolg mogelijk een afschrikkend effect zou kunnen gehad hebben voor de de patiënt. Doordat deze HAWP ingericht was om enkel 'covid-gerelateerde pathologie' te zien was deze mogelijks iets minder toegankelijk voor patiënten die spontaan richting HAWP wandelden waardoor ze uiteindelijk mogelijks sneller voor de spoeddienst kozen. Deze hypothese wordt bekrachtigd door onze resultaten waarin we zagen dat het aanmeldingstype 'spontaan binnenwandelen' af nam in zowel absolute als relatieve cijfers op de HAWP UZ Gent.

Triagekleur

Het procentueel aandeel van de als rood, geel en oranje getrieerde aanmeldingen blijft voor beide ziekenhuissites in grote lijnen gelijk na de implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Wat wel opvalt is dat het percentage van groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen veel hoger ligt in het AZ Sint-Lucas dan in het UZ Gent en dit voor beide onderzoeksperiodes. Voor het AZ Sint-Lucas liggen de als groen of blauw getrieerde aanmeldingen rond de 55% van het totaal aantal spoedaanmeldingen, terwijl dit voor het UZ Gent maar rond de 30% ligt. We weten dat oneigenlijke spoedcontacten voornamelijk in de groen/blauw getrieerde spoedcontacten terug te vinden zijn en deze oneigenlijke spoedcontacten voor België tussen de 40%-56% van het totaal aantal spoedcontacten zijn (5). Daaruit kunnen we concluderen dat het UZ Gent het beter doet dan het Belgisch gemiddelde terwijl het AZ Sint-Lucas in lijn ligt met het verwachtte aantal oneigenlijke spoedaanmeldingen voor België.

Het aandeel als groen of blauw getrieerde aanmeldingen op de spoeddienst AZ Sint-Lucas kent een procentuele afname van 3,17% (-205 unieke aanmeldingen) na het openen van de HAWP. Daartegenover staat een procentuele toename van 1,21% (+168) van het aandeel als groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen in het UZ Gent na implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Een mogelijk verklaring van deze tegenstelling zou kunnen zijn dat gezien de HAWP UZ Gent enkel dienst deed als infectiewachtpost de patiënten eerder afgeschrikt waren en aldus onmiddellijk naar

spoed gingen, iets wat wellicht minder speelde in de HAWP op het AZ Sint-Lucas. Het zou kunnen zijn dat door de aanwezigheid en toegankelijkheid van de HAWP op het AZ Sint-Lucas de patiënt daar eerder koos voor de HAWP dan voor de spoeddienst. De mogelijkheid tot gebruik van medische beeldvorming en bloednames, de betere bekendheid van de HAWP en de kortere wachttijd tot behandeling zouden daarbij dan beïnvloedende factoren kunnen zijn die ertoe leiden dat de patiënt eerder voor de HAWP koos, iets wat we in de literatuur ook terugvinden (6,7). Het is echter net zo goed mogelijk dat de aanwezigheid van de HAWP op de ziekenhuissite hier geen enkele rol speelt en dat deze uiteindelijk kleine verschillen louter berusten op toeval.

Kijken we naar de als groen getrieerde aanmeldingen dan zien we een veel forsere procentuelere daling op de spoeddienst van het UZ Gent dan op de spoeddienst van het AZ Sint-Lucas na co-locatie van de HAWP op de ziekenhuissite. Dit heeft wellicht vooral te maken met het feit dat pre-implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite de spoeddienst UZ Gent geen gebruik maakte van triagekleur blauw en er bijgevolg post-implementatie een heel aantal van de spoedaanmeldingen die voorheen als groen getrieerd werden nu onder triagekleur blauw vielen. Het feit dat de procentuele toename van het als blauw getrieerde spoedaanmeldingen op de spoedsite UZ Gent quasi overeenkomt met de daling in het aandeel als groen getrieerde spoedaanmeldingen ondersteunt die gedachte.

Triage naar HAWP

We zagen in ons onderzoek dat op de spoeddienst AZ Sint-Lucas iets meer dan 80% van de als blauw getrieerde spoedaanmeldingen het advies kregen zich naar de HAWP te wenden. Van de als groen getrieerde spoedaanmeldingen kreeg iets meer dan 1 op 4 aanmeldingen het advies zich naar de HAWP te begeven. Van de als groen of blauw getrieerde spoedaanmeldingen kreeg aldus net geen 1 op 3 het advies zich naar de HAWP te begeven. 92,45% van de patiënten die dit advies kregen volgden dit advies ook effectief op.

Het feit dat zo een groot aandeel van de als blauw/groen getrieerde aanmeldingen naar de HAWP wordt doorverwezen en de patiënt dit advies in het gros van de gevallen ook opvolgt, heeft een directe impact op het aantal spoedcontacten die daadwerkelijk door een arts gezien werden. In ons onderzoek zien we in het AZ Sint-Lucas een toename van 1,58% in het aantal spoed*aanmeldingen* maar zien we dankzij de fysieke triage een afname met 13,8% van totaal aantal spoed*contacten* waarbij de patiënt door een arts gezien werd.

Stilstaand bij deze cijfers kunnen we niet anders dan vaststellen dat de fysieke triage op de spoeddienst ervoor zorgt dat de spoeddienst ontlast wordt maar dat het tegelijk ook zorgt voor een toename van werkdruk op de HAWP. Het opzet die de KCE richtlijn met de co-locatie had, namelijk de ‘oneigenlijke spoedcontacten’ weg houden van de spoeddienst lijkt via deze voorlopige data dan ook zijn vruchten af te werpen.

We zien in ons onderzoek dat van de patiënten die het advies kregen zich naar de HAWP te wenden er uiteindelijk 7,20% terugkeert naar de spoeddienst omdat ze door de huisarts niet geholpen konden worden. Dit is minder dan wat men voor de HAWP Brugge terugvindt in de periode 2017-2020 want daar ziet men dat dit percentage jaarlijks tussen de 8,8% en 11% ligt (28). Cijfers van de HAWP Knokke tonen in diezelfde periodes dan weer percentages tussen de 3,2% en 7,5% (28). Ander onderzoek in Antwerpen toont een terugverwijzing naar de spoeddienst van 4% (31). Er dient vermeld te worden dat er op geregelde tijdstippen een evaluatie is van de samenwerking tussen spoeddienst en HAWP en dat de triage afspraken al wat werden bijgestuurd. Het is zo dat de ‘problematiek’ van terugverwijzen naar de spoeddienst voornamelijk bij orthopedische pathologie afspeelde. Het lijkt duidelijk dat een

regelmatige ‘update’ van deze triage afspraken dient gedaan te worden met het opzet deze terugverwijzingsratio zo laag mogelijk te kunnen houden.

In ons onderzoek werden de wachtdoende huisartsen gevraagd of de doorverwezen patiënten volgens hen terecht doorverwezen waren naar de HAWP. Zij werden niet verplicht deel te nemen aan dit onderzoek. Bij 68% van de doorverwijzingen werd dit formulier ingevuld. Daarvan meenden huisartsen dat 85% van de patiënten inderdaad niet op de spoeddienst diende te zijn. 15% van de patiënten leek volgens de huisartsen wel eerder op spoed thuis te horen. Iets minder dan de helft hiervan werd daadwerkelijk opnieuw gestuurd naar de spoeddienst. Het feit dat het aantal patiënten die volgens de huisarts thuishoren op de spoeddienst iets meer dan dubbel zoveel is dan het aantal dat daadwerkelijk wordt doorgestuurd naar de spoeddienst is waarschijnlijk te verklaren door de extra inspanningen die gevraagd worden aan de huisartsen. Sinds het openen van de HAWP op de spoeddienst zijn ze eveneens verantwoordelijk voor het opvolgen van bloedresultaten en uitslagen van beeldvorming, iets wat ze voorheen niet dienden te doen. Waar de huisarts voorheen vooral moest beslissen of een casus pluis of ‘niet-pluis’ was heeft hij/zij nu ook de tools om tot meer diagnostiek te komen. Het zou dus kunnen dat eens deze mogelijkheden meer verankert worden binnen de HAWP en de huisarts meer vertrouwd wordt met deze manier van werken, men op termijn ook vindt dat nog meer patiënten thuishoren op de HAWP.

III.III.III Sterktes en zwaktes

Een sterkte van het onderzoek is dat met een onderzoeksperiode van 17 weekenden er voldoende data verzameld werd. Anderzijds is het natuurlijk zo dat hoe langer het onderzoek loopt hoe meer data er zouden vergaard zijn en hoe representatiever de resultaten zouden kunnen zijn.

Een zwakte van deze studie is dat er geen gelijklopend onderzoek is in dezelfde periode voor een HAWP en spoeddienst die niet op eenzelfde site gelegen zijn. Bij gebrek aan deze controlegroep kunnen we dan ook niet hard maken dat de geziene veranderingen louter te wijten zijn aan het feit dat de HAWP zich nu op de spoeddienst bevindt dan wel dat er andere factoren zijn die een belangrijke rol spelen.

Een andere zwakte van de studie is dat een controlegroep ontbreekt waarbij de HAWP en spoeddienst wel op dezelfde site liggen, maar in een andere regio. Zo zou eventuele bias door regionale verschillen kunnen opgepikt worden.

Nog een zwakte van de studie is dat we patiëntengroepen met elkaar vergelijken die eigenlijk niet met elkaar vergeleken kunnen worden. De patiënten worden in 2021 door de covid-pandemie verwezen naar de ene of andere wachtpost op basis van hun aanmeldingsklacht waarbij ze in 2019 op basis van hun woonplaats naar een specifieke wachtpost werden doorverwezen.

Onze onderzoeksresultaten moeten bovendien erg kritisch bekeken worden daar de vergelijkende onderzoeksperiode plaatsvindt na het uitbreken van de covid-19 pandemie en we impact van deze pandemie op onze onderzoeksresultaten niet kennen maar niet mogen onderschatten.

III.IV Conclusie

Ons onderzoek toont een enorme toename van het aantal huisartsenwachtpostconsulten post-implementatie van de HAWP op de ziekenhuissite, en dit op beide Gentse HAWP. Daarnaast zien we dat de patiëntenflow naar de spoeddienst relatief stabiel blijft op het AZ Sint-Lucas terwijl we de patiëntenflow op de spoeddienst van het UZ Gent sterk zien toenemen. We zien dat de manier van aanmelden op de HAWP verandert. Zo daalt het aandeel van patiënten die spontaan binnenwandelen fors en zien we tegelijk dat triage vanuit spoed een erg belangrijke manier van aanmelden wordt op de HAWP eens de HAWP zich op de ziekenhuissite bevindt en de triage er actief is.

Daarnaast toont ons onderzoek aan dat het procentueel aandeel van de als groen/blauw getrieerde aanmeldingen op de spoeddienst voor het AZ Sint-Lucas licht afnemen (-3,14%) terwijl ze voor de spoeddienst van het UZ Gent minimaal toenemen (+1,21%). We zagen in ons onderzoek dat op de spoeddienst AZ Sint-Lucas 81,85% van de als blauw getrieerde spoedaanmeldingen het advies kreeg zich te wenden tot de HAWP en van het aandeel als groen getrieerde spoedaanmeldingen kreeg 25,72% ditzelfde advies. Uiteindelijk volgde 92,45% van de naar de HAWP verwezen patiënten dit advies ook daadwerkelijk op. Na een consultatie bij de wachtdoende huisarts werd uiteindelijk 7,20% van de doorverwezen patiënten opnieuw naar de spoeddienst gestuurd.

Ons onderzoek kan niet hard maken dat al deze bovenstaande bevindingen enkel te wijten zijn aan de nieuwe locatie van de HAWP op een ziekenhuissite. Net zo goed zijn dit toevalsbevindingen of zijn er factoren die een veel belangrijkere rol spelen, met als belangrijkste factor wellicht de covid-pandemie.

Wat ons onderzoek wel met zekerheid aantoont, is dat de aanwezigheid van de HAWP op de ziekenhuissite van het AZ Sint-Lucas en de triage op de spoeddienst van het AZ Sint-Lucas ervoor zorgt dat een groot deel van de als blauw of groen getrieerde aanmeldingen wordt doorgestuurd naar de HAWP. Op die manier zorgt de aanwezigheid van de HAWP en de triage voor een forse daling van het aantal (oneigenlijke) spoedconsulten.

Omdat ons onderzoek niet ten gronde kon gevoerd worden gezien de bijzondere situatie van de covid-pandemie, het nog niet actief zijn van de triage op de spoeddienst van het UZ Gent en het dienst doen van de HAWP UZ Gent als infectiewachtpost mogen we nog geen grote conclusies trekken uit de meeste van de bekomen resultaten. Desalniettemin lijkt ons onderzoek toch voorzichtig aan te tonen dat de aanwezigheid van een HAWP op de ziekenhuissite en bijhorende triage op de spoeddienst ervoor zorgt dat het aantal (oneigenlijke) spoedcontacten daalt. Daarnaast zorgt dit dus ook voor een toename van het aantal huisartsenwachtpostcontacten.

Het dient aanbevolen om dit onderzoek opnieuw uit te voeren in het ‘post-covid tijdperk’ eens de triage op de spoeddienst van het UZ Gent van start gaat, de HAWP UZ Gent niet langer een infectiewachtpost is en de patiënt bijgevolg niet langer op basis van klacht maar op basis van woonplaats naar de respectievelijke HAWP wordt gestuurd. Bij voorkeur wordt het onderzoek ook langer aangehouden, wordt er een vergelijking gemaakt met een andere regio waar er een HAWP op een ziekenhuissite gelegen is en een vergelijking met een regio waarbij de HAWP nog niet op de ziekenhuissite gelegen is. Tot slot wordt er in toekomstig onderzoek best een kwalitatief onderzoek aan verbonden waarbij de patiënt bevraagd wordt waarom hij voor de spoeddienst dan wel de HAWP gekozen heeft.

IV. REFERENTIELIJST

(1) Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier, N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016.

(2) Jonckheer P, Borgermans L, Dubois C, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A, et al. Welke oplossingen voor de wachtdiensten van de huisartsen? – Synthese. Healt Servies Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011.

(3) Van Espen S. De impact van de huisartsenwachtpost op de activiteiten en workload van de spoeddienst [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2016.

(4) Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009;25(1):7-28

(5) Van den Heede K, et al. 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 (2017), http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.02.006

(6) Kraaijvanger N, et al. Motives for self-referral tot he emergency department: a systematic review of the literature, BMC Health Services Research (2016)

(7) Diserens L., et al. Emergency department visits for non-life-threatening conditions: evolution over 13 years in a Swiss urban teaching hospital, Swiss Med Wkly. (2015);145:w141123

(8) Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, van Dijk N, Edwards M. Selfreferrals in a Dutch Emergency Department: how appropriate are they? Eur J Emerg Med. 2016; doi: 10.1097/MEJ.0000000000000216

(9) van der Linden M, et al. Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral, Internatinal Journal of Emergency Medicine (2014), 7:28

(10) Kraaijvanger et al., Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first – a questionnaire study, International Journal of Emergency Medicine (2015), 8:46

(11) Joordens P. Huisarsenwachtpost of spoedgevallendienst: hoe beslist de patiënt? Onderzoek van de invloed van omgevingsfactoren [dissertation]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2019

(12) van Ierland Y, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. Family practice. 2011;28(3): 334-41

(13) Pope C, Turnbull J, Jones J, Prichard J, Rowsell A, Halford S. Has the NHS 111 urgent care telephone service been a success? Case study and secondary data analysis in England. BMJ open. 2017;7(5):e014815

(14) Moth G, Huibers L, Vedsted P. From doctor to Nurse Triage in the Danisch out-of-hours Primary Care Service: Simulated Effects on Costs. International journal of family medicine. 2013;2013:987834

(15) Huibers L, Moth G, Carlsen AH, Christensen MB, Vedsted P. Telephone triage by GPs in out-of-hours primary care in Denmark: a prospective observational study of efficiency and relevance. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practioners. 2016;66(650):e667-73

(16) FOD Volksgezondheid. Dokter van wacht nodig? Bel 1733. Available from: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/dringende-hulpverlening/wachtdiensten [Accessed 2th January 2022]

(17)FOD Volksgezondheid. Belgische handleiding voor de medische regularisatie Geïntegreerde medische triageprotocollen 1733-112. Available from:

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/handleiding_medische_regulatie_0.pdf [Accessed 2th January 2022]

(18) Janssen J., Verlaak S. Triagemethodieken op spoedgevallen [dissertation]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2019. Available from: https://www.ucll.be/sites/default/files/documents/gezondheid/triagemethodieken.pdf [Accessed 3th January 2022]

(19) Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. Emerg Med Int. 2013;2013:364659. doi: 10.1155/2013/364659. Epub 2013 Oct 3. PMID: 24282641; PMCID: PMC3814098.

(20) Zorginstituut Nederland. Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de spoedzorgketen. Available from: https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Kwaliteitskader+Spoedzorgketen.pdf [Accessed 4th January 2022]

(21) Domus Medica. De Nederlandse triage standaard. Available from: https://de-nts.nl/ [Accessed 4th January 2022]

(22) Kremers, M.N.T., Nanayakkara, P.W.B., Levi, M. *et al.* Strengths and weaknesses of the acute care systems in the United Kingdom and the Netherlands: what can we learn from each other?. *BMC Emerg Med* 19, 40 (2019). https://doi.org/10.1186/s12873-019-0257-y

(23) Wang M. et al., Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2013; 20(1): 20-26

(24) Colliers, Annelies, Roy Remmen, Marie-Luise Streffer, Barbara Michiels, Stefaan Bartholomeeusen, Koenraad G. Monsieurs, Jef Goris, Samuel Coenen, Veronique Verhoeven and Hilde Philips. "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* 72 (2017): 49 - 54.

(25) van Uden C.J.T., Crebolder H.F.J.M., Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emergency Medicine Journal, 2004, 21(6), 722-723

(26) Kool, R.B., Homberg, D.J. & Kamphuis, H.C. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 8, 225 (2008). https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-225

(27) Moreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak. A real time observational study. PLoS One 15(8). 2020. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237629

(28) Vandevelde P., Huisartsenwachtdienst Noord West-Vlaanderen evolutie 5 jaar wachtpostwerking alle cijfers (powerpoint presentatie). HAWAP VZW. Verkregen via: Lieve Germomprez (HAWAP VZW)

(29) FOD Volksgezondheid. Kenmerken contacten met spoedgevallendienst tussen 2010 en 2019. Available from:https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/18012022_evolutie_contacten_spoedgevallen_nl.pdf [Accessed 11th January 2022]

(30) Joye J. Hoe kan de werking van een geintegreerde huisartsenwachtpost en de interactie met de spoeddienst geoptimaliseerd worden? [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2020.

(31) Morreel S, Philips H, De Graeve D, Monsieurs KG, Kampen JK, Meysman J, et al. (2021) Triaging and referring in adjacent general and emergency departments (the TRIAGE trial): A cluster randomized controlled trial. PLoS ONE 16(11): e0258561. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258561

V. GOEDGEKEURD PROTOCOL

KU LEUVEN UNIVERSITEIT GENT Universiteit Antwerpen Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

"Wat is de betekenis van de lokalisatie van een huisartsenwachtpost bij een ziekenhuis tov een losstaande huisartsenwachtpost voor de totale patiënten flow enerzijds en voor de prevalentie van enkele uitgelichte aanmeldingsklachten anderzijds?"

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: DR. DE SUTTER
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN (VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG)
- TELEFOONNUMMER:09/3326104
- FAX:/
- E-MAIL: AN.DESUTTER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: DR. DE SUTTER

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. BART VAN DE VELDE
- FUNCTIE: HUISARTS
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): /
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: ...
- TELEFOONNUMMER: 09/2312822
- FAX: /
- E-MAIL: BARTVANDEVELDE@HALP.BE

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: ZEGER VANDENBULCKE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER:0474312088
- E-MAIL: ZEGERVDB@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: SOFIE CLAEYS – JEROEN POLFLIET
  MARIE BOELS (2E PERIODE)
- ADRES: -JACQUES EGGERMONSTRAAT 32, 9050 LEDEBERG (1STE PERIODE)
  -EMIEL CLAUSLAAN 9, 9800 DEINZE (2E PERIODE)
- TELEFOONNUMMER: -09/2312822 (1STE PERIODE),

- E-MAIL: VERPLEGING@HALP.BE (1STE PERIODE)
- TYPE-PRAKTIJK GROEPSPRAKTIJK

-09/3354046 (2E PERIODE)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: WELLICHT MEI 2021 (KAN EVENTUEEL WAT LATER AFHANKELIJK VAN CORONA PANDEMIE)
- EINDE ONDERZOEK: WELLICHT EIND JULI 2021 (KAN EVENTUEEL WAT LATER AFHANKELIJK VAN CORONA PANDEMIE)

DATA UIT DIE PERIODE WORDEN VERGELEKEN MET DATA UIT DE PERIODE PRE-CORONA TIJDPERK IN VERGELIJKBARE PERIODE IN 2019.

7. SOORT ONDERZOEK

❑ VERGELIJKEND / KWANTITATIEF ONDERZOEK

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

IN HET KADER VAN EEN MINISTERIEEL BESLUIT WERD BESLIST DAT DE LOCATIE VAN DE GENTSE WACHTPOSTEN VERANDERT. WAAR VOORHEEN DE WACHTPOSTEN ZICH BEVONDEN THV DE MARTELAARSLAAN EN DE KLINIEKSTRAAT, WORDEN DE WACHTPOSTEN VANAF OKTOBER 2020 GEKOPPELD AAN EEN ZIEKENHUIS. DE ENE WACHTPOST VERHUIST NAAR DE SITE VAN HET UZ GENT EN DE ANDERE WACHTPOST VERHUIST NAAR DE SITE VAN HET AZ SINT-LUCAS.

IN DIT ONDERZOEK WIL IK VOOR DE REGIO GENT BEKIJKEN OF DE INCIDENTIE VAN HET AANTAL CONSULTATIES OP SPOED ENERZIJDS EN OP DE HUISARTSENWACHTPOST ANDERZIJDS VERANDERT NADAT EEN WACHTPOST ZICH VESTIGT OP EEN ZIEKENHUISSITE. HIERVOOR VERGELIJK IK DE INCIDENTIE IN HET AANTAL PATIËNTENCONTACTEN OVER EEN PERIODE VAN 3MAAND IN HET JAAR DAT DE HUISARTSENWACHTPOST NOG NIET AAN DE SPOEDDIENST GEKOPPELD IS MET EENZELFDE PERIODE TWEE JAAR LATER (2JAAR LATER OWV COVID PANDEMIE EN ALDUS GEEN BETROUWBARE DATA VOOR 2020) WANNEER DE WACHTPOST GELOKALISEERD IS BIJ DE SPOED DIENST.

CONCREET DOE IK VOLGENDE ZAKEN:

1. IK VERGELIJK HET ABSOLUUT AANTAL WACHTPOSTCONTACTEN GEDURENDE EEN PERIODE VAN 3 MAAND IN HET JAAR 2019 MET EEN VERGELIJKBARE PERIODE IN 2021 WANNEER BEIDE GENTSE WACHTPOSTEN ZIJN GEVESTIGD OP EEN ZIEKENHUISSITE (RESPECTIEVELIJK AZ SINT-LUCAS EN UZ GENT).
   DE PREFERENTIËLE PERIODE IS MEI TEM JULI 2021 VERGELIJKEN MET MEI TEM JULI 2019 MAAR KAN NOG AANGEPAST WORDEN NAARGELANG COVID PANDEMIE.

   DE DATA VERKRIJG IK VIA HET MEDISCH PROGRAMMA WAARMEE STEEDS OP DE WACHTPOST GEWERKT WORDT, ZIJNDE MEDIRIS. DE GEGEVENS ZIJN VOLLEDIG GEANONIMISEERD. IK GA NA OF ER EEN SIGNIFICANT VERSCHIL IS IN HET ABSOLUUT AANTAL PATIËNTENCONTACTEN ALS IK BEIDE PERIODES MET MEKAAR VERGELIJK.

   1.1 IK GA NA DOOR WAT EEN EVENTUEEL VERSCHIL MOGELIJKS BEPAALD WORDT. VIA HET MEDISCH PROGRAMMA MEDIRIS KAN IK ZIEN OF EEN PATIËNT EEN TELEFONISCHE AFSPRAAK HEEFT GEMAAKT DAN WEL SPONTAAN IS BINNENGEWANDELD. IK GA NA OF DAARIN EEN SIGNIFICANT VERSCHIL ONTSTAAT NADAT DE WACHTPOST ZICH OP DE ZIEKENHUISSITE BEVINDT. BOVENDIEN BEKIJK IK WAT HET PERCENTAGE VAN HET AANTAL PATIËNTENCONTACTEN IS DIE TERUGGESTUURD WORDT DOOR SPOED. DEZE GEGEVENS VERKRIJG IK VAN DE RESPECTIEVELIJKE SPOEDDIENSTEN DIE HET ABSOLUUT AANTAL PATIËNTEN DIE ZE VIA VERPLEEGKUNDIGE TRIAGE TERUGVERWIJZEN NAAR DE WACHTPOST TELLEN. OOK DIT VERLOOPT GEANONIMISEERD.

   1.2 DAARBIJ AANSLUITEND, VERGELIJK IK BEIDE WACHTPOSTEN (WP AZ SINT-LUCAS EN WP UZ GENT) VOOR EEN PERIODE VAN 3MAAND EN BEKIJK IK OF ER EEN SIGNIFICANT VERSCHIL IS IN MANIER VAN AANMELDEN OP DE WACHTPOST VOOR DE TWEE VERSCHILLENDE WACHTPOSTEN.

2. IK VERGELIJK DE INCIDENTIE VAN HET AANTAL ALS GROEN/BLAUW GETRIEERDE SPOEDCONTACTEN GEDURENDE EEN PERIODE VAN 3 MAAND VOORALEER DE WACHTPOST GELEGEN IS OP DE ZIEKENHUISSITE MET EEN VERGELIJKBARE PERIODE VAN 3 MAAND WANNEER DE WACHTPOST ZICH OP DE ZIEKENHUISSITE BEVINDT EN DIT VOOR ZOWEL DE SPOEDDIENST VAN HET UZ GENT ALS VOOR DE SPOEDDIENST VAN HET AZ SINT-LUCAS.
   PREFERENTIEEL ZIJN DE TE VERGELIJKEN PERIODES OPNIEUW VAN MEI-JULI 2019 MET MEI-JULI 2021 (AL IS DIT OOK MOGELIJKS NOG ONDERHEVIG AAN COVID PERIKELEN)
   OP DIT MOMENT KAN IK AL MET ZEKERHEID ZEGGEN DAT IK DE DATA VAN HET UZ GENT KAN GEBRUIKEN, DEZE ZIJN OPNIEUW VOLLEDIG GEANONIMISEERD.
   DE DATA VAN HET AZ SINT-LUCAS ZIJN NORMAAL OOK BESCHIKBAAR MAAR DAARVOOR MOET IK NOG EEN DEFINITIEVE BEVESTIGINGSMAIL ONTVANGEN. OOK DIE ZIJN VOLLEDIG GEANONIMISEERD.

3. IK BEKIJK HET ABSOLUTE AANTAL PATIENTEN DIE DOOR DE TRIAGEVERPLEEGKUNDIGEN GEDURENDE EEN PERIODE VAN 3 MAAND (OPNIEUW PREFERENTIEEL MEI-JULI 2021) VANUIT SPOED WORDEN DOORGESTUURD NAAR DE WACHTPOST. DE DATA DAARVOOR VERKRIJG IK VIA EEN FILE DIE IK LAAT INVULLEN DOOR DE SPOEDVERPLEEGKUNDIGEN OP DE RESPECTIEVELIJKE SPOEDDIENSTEN. DEZE DATA ZIJN OPNIEUW GEANONIMISEERD.
   ZELF GA IK OOK NA WELK PERCENTAGE VAN HET TOTAAL AANTAL ALS BLAUW/GROEN GETRIEERDE SPOEDCONTACTEN DOORVERWEZEN WORDT NAAR DE WACHTPOST EN DIT VOOR BEIDE ZIEKENHUIZEN.

4. DAARNAAST ZOU HET DE BEDOELING ZIJN OM TE BEKIJKEN WELK PERCENTAGE VAN DE DOOR DE VERPLEGING NAAR DE WACHTPOST TERUGGESTUURDE PATIËNTEN OP HUN BEURT TERUGGESTUURD WORDEN DOOR DE WACHTDOENDE ARTS NAAR SPOED. DAARTOE GA IK DE WACHTDOENDE ARTSEN VRAGEN PATIËNTEN DIE VAN SPOED KOMEN DIE DE WACHTARTS OP ZIJN BEURT TERUGVERWIJST NAAR SPOED TE NOTEREN. DEZE DATA WORDEN OOK TERUG ANONIEM OPGENOMEN IN HET ONDERZOEK.

5. TOT SLOT GA IK NA OF ER EEN SIGNIFICANT VERSCHIL ONTSTAAT IN INCIDENTIE VAN EEN TYPISCHE HUISARTSPATHOLOGIE ALS LAGE RUGPIJN NADAT DE WACHTPOST ZICH VESTIGT OP DE ZIEKENHUISSITE EN DIT VOOR ZOWEL DE WACHTPOST EN ALS VOOR HET UZ GENT. VOOR HET AZ SINT-LUCAS ZIJN DEZE GEGEVENS WELLICHT NIET BESCHIKBAAR.
IK VERGELIJK ALDUS OPNIEUW EEN PERIODE VAN 3MAAND (PREFERENTIEEL VAN MEI-JULI 2019 MET MEI-JULI 2021).

DE GEGEVENS VOOR DE WACHTPOST VERKRIJG IK VIA HET MEDISCH PROGRAMMA MEDIRIS. DE GEGEVENS VAN DE SPOEDDIENST UZ GENT VERKRIJG IK VIA EEN EXCELL-FILE EN ZIJN OPNIEUW VOLLEDIG GEANONIMISEERD.

SCHEMATISCH ZIEN DE ONDERZOEKSVRAGEN ER ALS VOLGT UIT:

1. Is er een significant verschil in het totaal aantal patiëntencontacten op de WP voor de regio Gent nadat ze op een ziekenhuissite is gesitueerd?

	Wachtpost niet op ziekenhuissite (GB+MLL) Mei tem juli 2019	Wachtpost op ziekenhuissite (WP UZ + WP St. Lucas) Mei tem juli 2021	Significant?
Totaal aantal patiëntencontacten			

1.1 Door wat wordt dit eventuele verschil mogelijks bepaald?

	Wachtpost niet op ziekenhuissite (GB+MLL) Mei tem juli 2019	Wachtpost op ziekenhuissite (WP UZ + WP St. Lucas) Mei tem juli 2021	Significant?
Totaal aantal patiëntencontacten			
-% via telefonische afspraak			
-% die spontaan binnenwandelt (=zelftriage)			
-% teruggestuurd vanuit spoed	0		

1.2 Is voor de periode mei tem juli 2021 hierin een verschil tussen beide wachtposten?

	Wachtpost Sint Lucas	Wachtpost UZ Gent	Significant?
Totaal aantal patiëntencontacten (voor periode mei tem juli 2021)			
-% via telefonische afspraak			
-% die spontaan binnenwandelt (=zelftriage)			
-% teruggestuurd vanuit spoed			

2. Maakt de aanwezigheid van de huisartsenwachtpost bij de spoeddienst van het AZ Sint-Lucas/UZ Gent een significant verschil in de incidentie van de als groen/blauw getrieerde spoedcontacten?

	Wachtpost nog niet op ziekenhuissite Mei tem juli 2019	Wachtpost op ziekenhuissite Mei tem juli 2021	Significant?
Totaal aantal als groen/blauw getrieerde spoedcontacten UZ Gent			
Totaal aantal als groen/blauw getrieerde spoedcontacten AZ Sint Lucas			

3. Wat is de incidentie van het aantal als groen/blauw getrieerde patiënten die door verpleegkundige triage wordt doorverwezen naar de huisartsenwachtpost vanuit beide Gentse ziekenhuizen voor de periode van mei tem juli 2021?

	Absoluut aantal teruggestuurde patiënten naar WP	% teruggestuurde patiënten tov totaal als groen/blauw getrieerde patiënten
UZ Gent		
AZ Sint-Lucas		

4. Welk aantal van de teruggestuurde patiënten wordt op zijn beurt teruggestuurd vanuit de wachtpost naar spoed?

5. Is er een significante verandering in incidentie van een typische huisartspathologie als lage rugpijn in de wachtpost en op spoed nadat de huisartsenwachtpost zich vestigt op een ziekenhuissite?

LAGE RUGPIJN	Totale incidentie Periode mei-juli 2019	Totale incidentie Periode mei-juli 2021	Significant?
UZ Gent			
AZ Sint lucas*(onzeker of data beschikbaar is)*			
Wachtpost (totale som van consulten eerst GB+MLL, na WP UZ + WP Sint Lucas)			

9. IS HET ONDERZOEK

☐ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

☐ JA; SPOEDDIENST UZ GENT & SPOEDDIENST AZ SINT-LUCAS

INDIEN JA

☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ:
  -UZ Gent: Ingang 75, route 7522, C. Heymanslaan 10, 9000 Gent, Fax: 09 332 49 62, ethisch.comite@uzgent.be

  -AZ Sint-Lucas: Secretariaat CME, intern straat 80, Groenebriel 1 9000 Gent, Tel: 092245490, CME@azstlucas.be

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 30/11/20
NAAM : Zeger Vandenbulcke
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 30/11/20
NAAM : Sofie Claeys
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 19-11-2020
NAAM : De Sutter An
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 23-11-2020
NAAM : Van de Velde Bart
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

VI. GOEDKEURING ETHISCH COMITE

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
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-09124	NVT	15/01/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Wat is de betekenis van de lokalisatie van een huisartsenwachtpost bij een ziekenhuis tov een losstaande huisartsenwachtpost voor de totale patiënten flow enerzijds en voor de prevalentie van enkele uitgelichte aanmeldingsklachten anderzijds? - Scriptie"

B.U.N.: nvt

Begeleidende brief dd. 30/11/2020
Adviesaanvraagformulier dd. 30/11/2020 Ontvangen dd 2/12/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. An De Sutter

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/01/2021 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/01/2022, 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 15/01/2021 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/01/2022, 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 presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Daron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

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

SECRETARIAAT
Sebastian Cellewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Pauw
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

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

° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original date. 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

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

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

azsint-lucas

Gent, 06.07.2021

Aan Dr Zeger Vandenbulcke
HAIO

Aan Dr Nicolas Mpotos
Urgentiearts

Commissie Medische Ethiek

Dr. J. Botterman *oncoloog voorzitter*
Mw. K. Cruypeninck *vroedvrouw*
Dhr. D. Debrauwere *jurist*
Mw. G. De Meyer *verpleegkundige*
Dr. B. De Witte *radioloog*
Dr. I. Martens *gynaecoloog vice-voorzitter*
Dr. H. Martens *geriater secretaris*
Mw. R. Martens *apotheker*
Mw. S. Moons *psycholoog*
Dr. N. Mpotos *spoedarts*
Dr. T. Smeenk *uroloog*
Dr. H. Vandekerckhove *cardioloog*
E.H. B. Vanderhaegen *ethicus*
Dr. A-M. Van den Abeele *klinisch bioloog*
Dr. K. Verhofstadt *huisarts*

Secretariaat

Dr. H. Martens
AZ Sint-Lucas Gent
Groenebriel 1
9000 Gent
Tel. 09-224 54 90
Fax 09-224 54 90
email: cme@azstlucas.be

Betreft : Wat is de betekenis van de localisatie van een huisartsenwachtpost bij een ziekenhuis t.o.v. een losstaande huisartsenwachtpost voor de totale patiënten flow enerzijds en voor de prevalentie van enkele uitgelichte aanmeldingsklachten anderzijds?
Projectnr. 2021-32

Beste,

De leden van de Commissie Medische Ethiek AZ Sint-Lucas hebben uw aanvraag bekeken en hebben geen problemen met het uitvoeren van deze studie in ons ziekenhuis.

De studie wordt goedgekeurd.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Ingrid Martens, voorzitter CME

cc. UZ Gent, uw kenm. BC-09124

Nota:

1) ***Mogen wij u eraan herinneren dat alle klinische studies aan de Medisch Directeur gemeld dienen te worden.***
2) ***De studie kan pas gestart worden na een definitieve goedkeuring van de leidende Commissie voor Medische Ethiek.***
3) ***De studie dient van start te gaan ten laatste 6 maanden na deze goedkeuring. Indien later dient dit gemeld te worden aan de Commissie voor Medische Ethiek.***
4) ***Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice'-regels/ The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice'-rules.***