Continuïteit van zorg: zorg van patiënten boven de 75 jaar buiten de kantooruren

Laura Ruymaekers; Universiteit Gent

Promotor: Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Voorwoord

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, Hilde Philips, en co-promotor, Veronique Verhoeven, bedanken voor hun begeleiding tijdens dit proces. Jullie waardevolle feedback, expertise en geduld hebben me enorm geholpen bij het vormgeven en verbeteren van mijn onderzoek. Zonder jullie steun en kennis zou dit project niet tot stand zijn gekomen.

Daarnaast wil ik mijn vrienden en medestudenten bedanken voor hun steun, inspiratie en bemoedigende woorden. Zij hebben mijn denkproces verrijkt en mij geholpen om mijn ideeën scherper te formuleren. Een speciaal woord van dank gaat uit naar mijn vriend, die altijd klaarstond om technische problemen op te lossen en me met zijn kalmte door de uitdagende momenten heen heeft geholpen. Zijn geduld, begrip en steun waren van onschatbare waarde. Tot slot wil ik mijn familie bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun gedurende mijn hele studie.

Inhoud

Abstract 1

Inleiding 2

Oriënterend literatuuronderzoek 3

- Methode 3
- Bevindingen 4

Data-analyse 6

- Inleiding 6
- Methode 7
- Ethisch comité 7

Resultaten 8

1. Frequentie doelgroep 8
2. Type aanmelding 8
3. Contact type 9
4. Urgentie 11
5. Diagnoses en handeling 11
6. Dag van de week 14

Discussie 15

- Aandachtspunten 16
- Beperkingen 17
- Conclusie 17

Referenties 18

Bijlage: overzicht artikels 20

Bijlage: ethisch comité 22

Abstract

Doelstelling:
Deze masterproef analyseert het gebruik van huisartsenwachtposten door patiënten van 75 jaar en ouder. Door de toenemende vergrijzing en de complexiteit van de zorgbehoeften bij ouderen is het cruciaal inzicht te krijgen in hoe deze groep gebruikmaakt van niet-planbare eerstelijnszorg.
De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan een betere afstemming van de zorgverlening op de behoeften van oudere patiënten en aan een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen.

Methode:
Wetenschappelijke studies over continuïteit van zorg bij ouderen buiten de kantooruren werden in de databanken Pubmed en Embase geraadpleegd via geschikte zoektermen. Naast de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van gegevens uit de ICAREdata. Dit is een onderzoeksdatabank in Vlaanderen die gegevens verzamelt over patiëntencontacten in de niet-planbare eerstelijnszorg. De data-analyse zal betrekking hebben op het jaar 2022 en omvat informatie van 34 van de 44 destijds bestaande huisartsenwachtposten in Vlaanderen, goed voor ongeveer 750.000 patiëntcontacten.

Resultaten:
Patiënten van 75 jaar en ouder vormen 12% van de populatie binnen huisartsenwachtposten, wat hoger is dan hun aandeel in de Vlaamse bevolking (10,1%). Dit wordt verklaard door hun hogere co-morbiditeit. Bij ouderen vindt vaker huisbezoek plaats vanwege hun beperkte mobiliteit of verblijf in woonzorgcentra. Ook telefonische consultaties (17,5%) komen relatief vaak voor, mogelijk door een wens fysieke bezoeken te vermijden of door overbelasting van wachtposten. Bijna één op vijf contacten bij ouderen wordt als dringend geclassificeerd, significant meer dan bij jongere leeftijdsgroepen, wat wijst op ernstigere medische aandoeningen of uitstel van zorg tijdens reguliere uren. Diagnoses betreffen vaak algemene categorieën zoals overlijden of niet-gespecificeerde ziektetoestanden, gevolgd door luchtwegaandoeningen (bijvoorbeeld pneumonie en bronchitis). Ouderen worden ook vaker doorverwezen naar spoedeisende hulp (10,1%), wat de complexiteit van hun aandoeningen benadrukt. In het weekend worden minder telefonische adviezen gegeven, terwijl dringende contacten vaker voorkomen op weekdagen; dit verschil kan verdwijnen bij uitsluiting van nachtelijke contacten.

Conclusie:
De zorgbehoeften van patiënten van 75 jaar en ouder zijn vaak complexer en urgenter. Dit uit zich in meer huisbezoeken, telefonische consultaties en frequente doorverwijzingen naar spoedeisende hulp, wat de ernst van hun aandoeningen benadrukt. Verbeteringen kunnen worden bereikt door de organisatie van de wachtposten beter af te stemmen op deze doelgroep, bijvoorbeeld door in regio's met een hogere ouderenpopulatie meer in te zetten op huisbezoeken. Op basis van deze resultaten kunnen verdere maatregelen worden genomen om de kwaliteit van ouderenzorg te verhogen, zoals het versterken van preventieve zorg en het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking. Dit draagt bij aan het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames en ondersteunt een efficiëntere, meer persoonsgerichte zorgverlening voor de groeiende groep ouderen binnen de huisartsenwachtposten.

Inleiding

Het waarborgen van continuïteit van zorg is van cruciaal belang voor het streven naar optimale gezondheidszorg, vooral met oog voor de specifieke behoeften van de patiënt, hun zorgcontext en de betrokkenheid van zorgverleners.

In België vormt de vergrijzing van de bevolking een aanzienlijke uitdaging voor de gezondheidszorgsector, zoals blijkt uit de indicatoren gepubliceerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Deze indicatoren laten zien dat er momenteel onvoldoende huisartsen beschikbaar zijn om op adequate wijze tegemoet te komen aan de vergrijzende bevolking. De combinatie van een groeiend aantal ouderen en het tekort aan huisartsen benadrukt de dringende noodzaak om de organisatie van de zorg grondig te onderzoeken en te herzien (1).

Dit onderzoek richt zich specifiek op patiënten van 75 jaar en ouder die zich aanmelden bij huisartsenwachtposten. Vaak hebben deze patiënten een uitgebreide medische voorgeschiedenis die niet bekend is bij de huisarts van wacht. Het doel van dit onderzoek is het analyseren van het gebruik van huisartsenwachtposten door oudere patiënten gedurende 2022, met behulp van ICAREdata. Deze databank bevat klinische informatie over patiëntencontacten in de niet-planbare eerstelijnszorg (huisartsenwachtposten) (2, 3).

Huisartsenwachtposten zijn bedoeld voor medische problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag van de eigen huisarts, maar die niet ernstig genoeg zijn voor een spoedopname.
Ze zijn geopend in het weekend en op feestdagen. In een aantal regio's wordt de wachtdienst op werkdagen na 19u ook georganiseerd in de huisartsenwachtpost. In 2003 werd de eerste huisartsenwachtpost in België opgericht, en twintig jaar later zijn er 55, waarmee vrijwel heel Vlaanderen gedekt is (4-6).

Het beoogde resultaat van dit onderzoek is het verschaffen van inzicht in het gebruik van huisartsenwachtposten door de oudere bevolking, met specifieke aandacht voor de urgentie van hun behoeften, vaak voorkomende diagnoses en hoe ze worden doorverwezen.
Door deze inzichten kunnen problemen in niet-planbare zorg voor ouderen worden geïdentificeerd, en aanbevelingen worden geformuleerd om de planbare zorg beter op hun behoeften af te stemmen.
Bovendien kunnen de resultaten helpen bij het vormgeven van gezondheidszorgbeleid, het toewijzen van middelen, en het verbeteren van de dienstverlening van huisartsenwachtposten voor oudere mensen. Dit alles draagt bij aan een meer doeltreffende en efficiënte zorgverlening voor deze bevolkingsgroep.

Oriënterend literatuuronderzoek

Methode

Voor het literatuuronderzoek is een zoekstrategie opgesteld, gebruikmakend van verschillende sleutelwoorden die aansluiten bij de onderzoeksvraag. Hieronder worden schematisch de verschillende zoektermen opgesomd. Er werd gezocht op 10 juni 2024. Artikels van de laatste 10 jaar werden enkel geselecteerd, met als zoekperiode 1 januari 2014 tem 10 juni 2024.

	Zoekterm	**Mesh term**
Populatie	75j en ouder	Aged
Tijdstip	Buiten kantooruren	After-Hours Care
Type zorg	Eerstelijnszorg	Primary Health Care
Type dokter	Huisarts	General Practioners OR General Practice
Inclusiecriteria	Recente studies, 10 jaar (periode 2014-2024)	

Er werd zowel in Pubmed als in Embase gezocht met deze sleutelwoorden. Na het opzoeken van duplicaten bleven er nog 44 originele publicaties over. De relevantie van de artikels werd bepaald door het screenen van hun titel en hun samenvatting. Twee artikels waren niet beschikbaar in het Frans, Engels of Nederlands. Bij één artikel was de tekst niet volledig beschikbaar en deze werd dus ook uitgesloten.

Er waren 23 artikels die niet aansloten bij de onderzoeksvraag na het lezen van het abstract. Deze hadden de focus op een andere doelgroep dan ouderen (migranten, patiënten met somatoforme stoornissen of verstandelijke beperking) of een ander hoofdthema dan het gebruik van huisartsenwachtposten (triage gastro-enteritis, sepsis, radiologie toegang, veiligheid, antibiotica, beleid, kenmerken van de huisarts, hospitalisatie, verpleging of nabijheid van spoed)

Daarnaast werd er nog één niet-wetenschappelijk artikel uitgesloten. Tenslotte blijven er 17 artikels over voor de literatuurstudie. In de bijlage wordt een overzicht van de artikels weergegeven.

Bevindingen

In de studie van Baker et al. in Australië werden de patiënten kenmerken vergeleken tijdens reguliere praktijkuren en na kantooruren. Zij constateerden dat het aandeel van patiënten van 65 jaar en ouder kleiner was, tijdens de wachtdiensten dan tijdens de gebruikelijke praktijkuren. Dit kan impliceren dat ouderen mogelijk minder gebruik maken van wachtdiensten (7).

Barnes et al. richtten zich ook op niet-planbare zorg in Australië, maar hun studie bevatte geen specifieke informatie over patiënten van 75 jaar en ouder. De meest voorkomende diagnoses waren respiratoire infecties en huidletsels, met een mediane leeftijd van 31 jaar voor de patiënten (8).

Een Nederlands onderzoek van Smits et al. (2015) toonde aan dat huisartsenpraktijken met meer jonge kinderen en buitenlanders in hun populatie een hoger gebruik hadden van eerstelijnszorg buiten kantooruren. Dit onderzoek ging echter niet specifiek in op de doelgroep van 75-plussers (9).

In Denemarken onderzochten Nørøxe et al. (2017) het oneigenlijk gebruik van huisartsenwachtposten. Gemiddeld werd 25% van alle contacten als oneigenlijk gebruik geclassificeerd, maar bij de doelgroep van 75 jaar en ouder werd slechts 13% als oneigenlijk gebruik gezien (10).

Flarup et al. (2014) ontdekten dat een derde van de huisbezoeken door huisartsen bij patiënten ouder dan 75 jaar was.(11) Deze resultaten werden bevestigd door Jansen et al. (2015) in Nederland, die vonden dat het aantal huisbezoeken sterk gerelateerd is aan buurten met meer patiënten boven de 75 jaar (12).

Zwaanswijk et al. (2015) onderzochten de variatie in urgentie van huisartsencontacten buiten kantooruren in Nederland. Zij vonden dat oudere leeftijd gerelateerd was aan een hogere urgentie (13).

In een Deens onderzoek van Christensen et al. werd specifiek ingegaan op de medicatievoorschriften in huisartsenwachtposten. Uit de studie blijkt dat er in 25% van de gevallen een voorschrift werd gegeven waarvan de overgrote meerderheid antibiotica was. Ook deze keer werd onze doelgroep niet apart besproken (14).

In Canada werd in een studie van Hedden et al. een daling van de zorgverlening buiten kantooruren over de jaren heen vastgesteld (15).

Het belang van eerstelijnszorg werd in een Schotse studie benadrukt want namelijk 95% van de patiënten maken in hun laatste levensjaar gebruik van niet geplande eerstelijnszorg (16).

Een observationele studie van Ramerman et al. (2022) in Nederland stelde vast dat het aantal consultaties bij ouderen stabiel bleef tijdens de COVID-19 pandemie, terwijl het gebruik in andere leeftijdsgroepen daalde. Dit wijst op vermeden en uitgestelde zorg in de reguliere uren (17). Het Belgisch onderzoek van Morreel et al. (2020) zag een daling van fysieke consultaties met 45% en een duidelijke daling van niet-COVID-gerelateerde diagnoses (18).

De Nederlands studie van Schweitzer et al. onderzocht het informatieoverdrachtformulier bij palliatieve patiënten en constateerde dat door dit formulier vaker informatie over de palliatieve patiënt in de huisartsenwachtpost beschikbaar was (19).

Tranberg et al. (2018) onderzochten de tevredenheid in de eerstelijnszorg buiten de kantooruren in Denemarken. Zij stelden vast dat lange wachttijden, slechte algemene gezondheidsbeleving en telefonische consulten geassocieerd werden met een hogere ontevredenheid (20).

Flarup et al. (2014) constateerden dat patiënten met jaarlijkse follow-up consultaties minder vaak verslechteringen van chronische ziekten ervaarden tijdens niet-planbare zorg (21).

Zhou et al. (2015) vonden een verband tussen moeilijkheden bij het verkrijgen van zorg binnen kantooruren en het gebruik van eerstelijnszorg buiten de reguliere uren (22).

Conclusie

Er is weinig literatuur specifiek gericht op patiënten van 75 jaar en ouder en hun gebruik van eerstelijnszorg buiten de kantooruren. De beschikbare studies geven echter aan dat deze doelgroep een significant deel uitmaakt van de zorgvraag buiten reguliere uren, vooral in de context van huisbezoeken en urgente zorgbehoeften. Verdere onderzoeken zijn nodig om de specifieke zorgbehoeften en -patronen van deze leeftijdsgroep beter te begrijpen en om aanbevelingen te formuleren voor een betere afstemming van de zorg op hun behoeften.

Data-analyse

Inleiding

Dit onderzoek richt zich op het analyseren van het gebruik van huisartsenwachtposten door patiënten van 75 jaar en ouder. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking en de complexiteit van de zorgbehoeften bij ouderen, is het van groot belang om inzicht te krijgen in hoe deze groep gebruikmaakt van de niet-planbare eerstelijnszorg. De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen tot een betere afstemming van de zorgverlening op de behoeften van oudere patiënten en tot een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen.

Specifiek zal er aandacht worden besteed aan de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe frequent bezoeken 75-plussers de huisartsenwachtpost?
- Bestaat er een relatie tussen het gebruik van deze diensten buiten de kantooruren en bepaalde dagen in het weekend?
- Wat is het percentage huisbezoeken binnen deze leeftijdsgroep?
- Hoe wordt de urgentie van de zorgvraag bij deze patiënten ingeschat?
- Op welke manier melden zij zich aan bij de wachtpost?
- Wat zijn de meest voorkomende diagnoses en het bijhorende behandelbeleid?
- Hoeveel patiënten worden doorverwezen naar de spoedeisende hulp of terug naar hun eigen huisarts?

Om een helder beeld te krijgen van de specifieke zorgbehoeften van ouderen, wordt het gebruik van de niet-planbare zorg door de doelgroep van 75 jaar en ouder vergeleken met dat van de leeftijdsgroep 40-60 jaar. Deze vergelijking is relevant omdat de groep van 40-60 jaar over het algemeen een actieve en relatief gezonde populatie vertegenwoordigt, wat een nuttig referentiekader biedt zonder de complexiteit van leeftijdsgebonden kwetsbaarheden. Bovendien elimineert deze keuze de invloed van pediatrische aandoeningen en zwangerschapsgerelateerde zorgvragen, waardoor de vergelijking zuiverder wordt.

Bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk in acht te nemen dat de huisartsenwachtposten verschillen in hun organisatie. Zo zijn er wachtposten die enkel op afspraak werken, terwijl andere een vrije inloop hanteren. Ook de openingsuren verschillen, waarbij sommige wachtposten door de week ’s avonds en ‘s nachts open zijn en andere enkel in het weekend. Deze operationele verschillen kunnen mogelijk het gebruik en de aard van de zorg beïnvloeden.

Methode

Dit onderzoek maakt gebruik van een retrospectief design, waarbij historische data uit de ICARE-database worden geanalyseerd. ICAREdata is een centrale klinische onderzoeksdatabank in Vlaanderen die sinds 2014 gegevens verzamelt over patiëntcontacten in de niet-planbare eerstelijnszorg. De data-analyse zal betrekking hebben op het jaar 2022 en omvat informatie van 34 van de 44 destijds bestaande huisartsenwachtposten in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 750.000 patiëntcontacten.

De data-analyse zal worden uitgevoerd met behulp van SPSS Statistics 29.

De volgende variabelen zullen worden onderzocht:

- **Leeftijd:** Op basis van het geboortejaar van de patiënt worden vijf leeftijdscategorieën gecreëerd (0-19, 20-39, 40-59, 60-74 en 75+ jaar). Dit is een ordinale variabele.
- **Urgentie:** De urgentie van de zorgvraag wordt gecategoriseerd in vijf niveaus (dringend, routine, niet urgent, oneigenlijk en niet geëvalueerd). Dit is een ordinale variabele.
- **Contacttype:** Het type contact met de huisartsenwachtpost wordt ingedeeld in raadpleging/consultatie, huisbezoek en telefonisch/medisch advies. Dit is een nominale variabele.
- **Type aanmelding:** De wijze waarop de patiënt zich aanmeldt bij de wachtpost wordt gecategoriseerd in spontaan, telefonisch (inclusief 1733 en via oproep), via spoed (eigen initiatief), via spoed (na triage) en ongekend. Dit is een nominale variabele. Verwijzingen van de spoedafdeling naar de huisartsenwachtpost zijn niet in alle regio's mogelijk, wat belangrijk is om mee te nemen bij de interpretatie van de resultaten.
- **Diagnose:** De geregistreerde diagnoses worden volgens de International Classification of Primary Care (ICPC-2) geanalyseerd. De ICPC-2 bevat 17 hoofdstukken. Elk hoofdstuk representeert een orgaansysteem of type probleem. Hierbij dient opgemerkt te worden dat 'ander laboratorium onderzoek noa: *38' en 'medicatie: *50.1' niet tot een bepaald hoofdstuk behoren en dus apart gecodeerd worden (23).
- **Handeling:** De verrichte handelingen worden gecategoriseerd en geordend om een overzicht te krijgen van de meest voorkomende interventies. Dit is een ordinale variabele.
- **Dag van de week:** De dag van het contact wordt onderscheiden in weekdag en weekenddag. Dit is een nominale variabele.

Voor de data-analyse zullen beschrijvende statistieken (frequenties, percentages) en vergelijkende analyses (chi-kwadraat toetsen) worden gebruikt om de verschillen tussen de leeftijdsgroepen te onderzoeken.

Ethisch comité

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen. In bijlage bewijs van goedkeuring (Project ID 5647).

Resultaten

1. Frequentie doelgroep

Uit de gegevens blijkt dat 55.392 van de 462.664 patiënten die in 2022 een huisartsenwachtpost bezochten, 75 jaar of ouder waren, wat neerkomt op 12%. Dit is het op één na laagste percentage. De groep 60 -74 jaar is de kleinste groep. Er dient evenwel opgemerkt te worden dat deze groep maar 15 leeftijden bevat, daar waar de andere groepen minstens 20 leeftijden bevatten. Het is zelfs zo dat als we de categorie 60-74 jaar en 75 jaar of ouder optellen nog maar 22,6% bekomen, wat nog steeds minder is dan de 27,3% voor de groep tussen 20 en 39 jaar. De groep van 40 tot en met 59 jarigen zit daar net onder met 20,7%.

Het totale aantal inwoners in Vlaanderen bedroeg 6.698.876 in 2022. Er waren toen 677.947 inwoners in Vlaanderen die 75 jaar en ouder waren. Onze doelgroep maakt 10,1% uit van de bevolking van Vlaanderen. In de groep 40-59 jaar waren er 1.792.383 inwoners, wat overeenkomt met 26.8% van de totale bevolking van Vlaanderen (24).

Een chi-kwadraattoets is uitgevoerd om de leeftijdsverdeling van patiënten in huisartsenwachtposten te vergelijken met die van de algemene Vlaamse bevolking in 2022. De resultaten tonen een statistisch significant verband aan tussen leeftijdscategorieën en populatiegroep ($X^2(4) = 34080.733$, $p < 0.001$). Uit de analyse blijkt dat 75-plussers oververtegenwoordigd zijn in de wachtposten, met 12,0% van de bezoekers, terwijl ze slechts 10,1% van de Vlaamse bevolking uitmaken. De groep van 40-59 jaar is ondervertegenwoordigd in de wachtposten, met 20,7% van de gebruikers, terwijl ze 26,8% van de Vlaamse bevolking vormen.

Tabel 1 Frequentie leeftijdscategorieën wachtpost en algemene bevolking Vlaanderen 2022

Leeftijdscategorie	**Wachtpost**		**Algemene bevolking Vlaanderen 2022**	
0-19 jaar	136.259	(29,5%)	1.439.486	(21,5%)
20-39 jaar	126.415	(27,3%)	1.614.575	(24,1%)
40-59 jaar	95.589	(20,7%)	1.792.383	(26,8%)
60-74 jaar	48.993	(10,6%)	1.174.485	(17,6%)
vanaf 75 jaar	55.392	(12,0%)	677.947	(10,1%)
Missende waarden	16	(0,0%)	0	(0,0%)
Totaal	462.664	(100%)	6.698.876	(100%)

2. Type aanmelding

Allereerst gaan we na hoe de patiënten worden aangemeld op de wachtpost. Bij patiënten van 75 jaar of ouder gebeurt dit grotendeels (87,6%) telefonisch. In ongeveer 10% van de gevallen wandelt de patiënt spontaan binnen en een heel klein aantal (0.5%) wordt na triage op spoed naar de wachtpost gestuurd. Als we kijken naar de groep 40-59 jaar wordt er in 55,4% van de gevallen telefonisch aangemeld, gevolgd door 41,1% van de mensen die spontaan binnenwandelen. Dit ligt vier keer hoger dan bij onze doelgroep. In 1,6% van de gevallen wordt de patiënt na triage op spoed op de wachtpost aangemeld.

Er werd een chi-kwadraattoets uitgevoerd om te onderzoeken of er een significant verband is tussen de leeftijdscategorie (75+ versus 40-59 jaar) en de manier waarop patiënten zich aanmelden bij de huisartsenwachtpost. De resultaten van deze test laten zien dat er een significant verband bestaat tussen leeftijdscategorie en type aanmelding ($\chi^2(4) = 16680{,}511$; $p < 0{,}001$). Er wordt opgemerkt dat ouderen veel vaker telefonisch contact opnemen, terwijl volwassenen van middelbare leeftijd vaker spontaan binnenwandelen bij de wachtpost.

Tabel 2 Type aanmelding frequentie 40-59 jaar en +75jaar

Type aanmelding	Leeftijd 40-59 jaar		Leeftijd 75+ jaar	
	Aantal	***Percentage (%)***	***Aantal***	***Percentage (%)***
Telefonisch	52.960	55,4	48.528	87,6
Spontaan binnengewandeld	39.305	41,1	5.947	10,7
Via spoed (eigen initiatief)	45	0,0	6	0,0
Via spoed (na triage)	1.482	1,6	270	0,5
Onbekend	1.797	1,9	641	1,2
Totaal	95.589	100	55.392	100

3. Contact type

Patiënten van 75 jaar en ouder krijgen in 58,8% van de gevallen een huisbezoek. Dit percentage ligt aanzienlijk hoger dan bij de jongere leeftijdsgroep. Telefonisch advies werd gegeven in 17,5% van de gevallen, wat ook hoger is dan de leeftijdscategorie 40-59 jaar (9,4%).

Een chi-kwadraattoets werd toegepast om te onderzoeken of er een significant verband is tussen de leeftijdscategorie (75+ versus 40-59 jaar) en het type contact (raadpleging/consultatie, huisbezoek, telefonisch advies). De resultaten van deze test laten zien dat er een significant verband bestaat tussen leeftijdscategorie en type contact ($\chi^2(2) = 64702{,}751$; $p < 0{,}001$). Meer specifiek zien we dat ouderen vaker een huisbezoek krijgen, terwijl volwassenen van middelbare leeftijd vaker voor een consultatie naar de wachtpost komen.

Tabel 3 Contact type 40-59 jaar en + 75 jaar

Contact type	Leeftijd 40-59 jaar		Leeftijd 75+ jaar	
	Aantal	***Percentage (%)***	***Aantal***	***Percentage (%)***
Consultatie	81.977	85,8	13.155	23,7
Huisbezoek	4.617	4,8	32.563	58,8
Telefonisch advies	8.995	9,4	9.674	17,5
Totaal	95.589	100	55.392	100

Telefonisch advies

Het viel op dat telefonisch advies relatief vaak voorkomt als contacttype bij de oudere doelgroep (75+). Om dieper inzicht te krijgen in deze contacten, zijn de meest voorkomende redenen voor telefonisch contact onderzocht.

Bij telefonische contacten met de oudere doelgroep is "ziekte" de meest voorkomende aanleiding (9,3%), gevolgd door kortademigheid (4,5%) en blaasontsteking (3,6%).

In 85% van de telefonische consulten wordt geen specifieke handeling geregistreerd. Slechts in een klein deel van de gevallen volgt actie: 4,5% van de contacten leidt tot een verwijzing naar de spoeddienst en 3,2% tot een doorverwijzing naar de eigen huisarts.

Tabel 4 Top 15 contact reden bij telefonisch advies bij 75+

Nr.	Contact reden	Frequentie	Percentage (%)
1	**Ziekte/toestand van niet-gespecificeerde aard/lokalisatie**	904	9,3
2	**Kortademigheid**	440	4,5
3	**Cystitis/andere urineweginfectie**	352	3,6
4	**Gegeneraliseerde pijn/pijn multipele plaatsen**	339	3,5
5	**Hypertensie zonder orgaanbeschadiging**	333	3,4
6	**Koorts**	332	3,4
7	**Complicatie medische behandeling**	301	3,1
8	**Braken**	284	2,9
9	**Hoesten**	271	2,8
10	**Andere virusziekte/virusziekte nao**	267	2,8
11	**Andere algemene symptomen/klachten**	266	2,7
12	**Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen**	201	2,1
13	**Diarree**	197	2,0
14	**Geheugenstoornis**	197	2,0
15	**Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag**	174	1,8
**Leeftijdscategorie = vanaf 75 jaar *bij telefonisch advies*			

Tabel 5 Handeling bij telefonisch advies

Handeling	Frequentie	Percentage (%)
Geen specifieke handeling	8.225	85,0
verwijzing spoed	440	4,5
Andere onderzoek/behandeling	398	4,1
Verwijzing eigen huisarts	312	3,2
Covid testing	118	1,2
Gesprek	72	0,7
Medicatie voorschrift/toediening	46	0,5
Verwijzing verpleegkundige	20	0,2
Urine-onderzoek	13	0,1
Verwijzing specialist	9	0,1
Geen opvolging	4	0,0
Injectie	4	0,0
huisbezoek	3	0,0
Blaassondage	2	0,0
Consultatie (HWP)	2	0,0
Geïnformeerde toestemming	2	0,0
Stoelgangonderzoek	1	0,0
Bloedonderzoek	1	0,0
Hechting	1	0,0
Beeldvorming	1	0,0
Totaal	9.674	100
**Leeftijdscategorie = vanaf 75 jaar *bij telefonisch advies*		

4. Urgentie

Bij de contacten werd een opvallend verschil in urgentie vastgesteld tussen de 75-plussers en de 40- tot 59-jarigen. Bij de oudere groep werd 17,9% van de contacten als dringend beoordeeld, tegenover slechts 4,8% bij de jongere groep.

Dit verschil van 13,1% is statistisch significant, zoals blijkt uit de chi-kwadraattoets ($\chi^2(4) = 7037{,}801$; $p < 0{,}001$). Ouderen worden vaker als dringend beoordeeld dan volwassenen van middelbare leeftijd.

Tabel 6 Urgentie 40-59 jaar en vanaf 75 jaar

Urgentie	**40-59 jaar**		**+75 jaar**	
	Aantal	***Percentage (%)***	***Aantal***	***Percentage (%)***
Dringend	4.548	4,8	9.935	17,9
Routine	83.762	87,6	42.052	5,9
kan wachten	7.154	7,5	3.349	6,0
Oneigenlijk gebruik	16	0,0	1	0,0
Ongekend	109	0,1	55	0,1
Totaal	95.589	100	55.392	100

5. Diagnoses en handeling

In de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder werd het vaakst een diagnose gesteld binnen het ICPC-hoofdstuk 'Algemeen' (25,2%), gevolgd door 'Luchtwegen' (16,3%) en 'Spijsverteringsorganen' (11,3%). Bij de 40- tot 59-jarigen zien we een andere verdeling: hier domineert 'Ander Laboratorium Onderzoek NAO' met 28,9%, gevolgd door 'Luchtwegen' (15,7%), 'Bewegingsapparaat' (10,4%) en 'Algemeen' (9,6%) (Tabel 7).

Opmerkelijk bij de 75-plussers waren er vijf contacten gecodeerd onder 'Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling', wat vermoedelijk codeerfouten zijn. Binnen het hoofdstuk 'Algemeen' bij de oudere doelgroep werden diagnoses zoals 'dood' (30,5%) en 'niet-gespecificeerde ziektetoestand' (16,4%) relatief vaak gesteld. Het vaststellen van overlijden betrof echter slechts 7,7% van alle contacten in de totale groep 75-plussers, wat een opvallend lager aandeel is dan het hoofdstukpercentage 'Algemeen' doet vermoeden. Binnen het hoofdstuk 'Luchtwegen' pneumonie en acute bronchitis samen 35,7% van de diagnoses vertegenwoordigden (
Tabel 8, Tabel 9).

Wat betreft de geregistreerde handelingen, werd in de meeste gevallen geen specifieke handeling gecodeerd, dit zowel bij 75-plussers (71,1%) als bij 40- tot 59-jarigen. Echter, het aandeel van deze niet-gespecificeerde handelingen is aanzienlijk hoger bij de oudere groep. Bij 75-plussers volgde in 10% van de gevallen een verwijzing naar de spoedeisende hulp, tegenover slechts 4% bij de jongere groep. COVID-19 testing daarentegen kwam veel vaker voor bij 40- tot 59-jarigen, namelijk in ongeveer een derde van de gevallen, tegenover slechts 5,3% bij de 75-plussers (Tabel 10).

Tabel 7 ICPC hoofdstuk 40-59 jaar en vanaf 75 jaar

ICPC Hoofdstuk	40-59 jaar		75+ jaar	
	Aantal	*Percentage (%)*	*Aantal*	*Percentage (%)*
Algemeen	9.176	9,6	13.948	25,2
Luchtwegen	15.043	15,7	9.028	16,3
Spijsverteringsorganen	9.089	9,5	6.282	11,3
Bewegingsapparaat	9.902	10,4	4.917	8,9
Huid	8.886	9,3	4.902	8,8
Cardiovasculair stelsel	1.751	1,8	4.389	7,9
Urinewegen	2930	3,1	3.195	5,8
Psychische problemen	1.798	1,9	2.026	3,7
Ander laboratorium onderzoek nao	27.595	28,9	1.854	3,3
Zenuwstelsel	2.016	2,1	1.434	2,6
Geslachtsorganen man	892	0,9	1.002	1,8
Oor	2.257	2,4	540	1,0
Endocriene klieren, stofwisseling, voeding	316	0,3	519	0,9
Oog	2.129	2,2	493	0,9
Geen icpc2 code	625	0,7	396	0,7
Medicatie	492	0,5	172	0,3
Bloed, bloedvormende organen, immuunstelsel	205	0,2	136	0,2
Geslachtsorganen vrouw	378	0,4	99	0,2
Sociale problemen	80	0,1	55	0,1
Zwangerschap, bevalling, geboorteregeling	29	0,0	5	0,0
Totaal	95.589	100	55.392	100

Tabel 8 Top 10 Diagnoses, ICPC hoofdstuk Algemeen bij +75 jaar

Diagnose	Frequentie	Percentage (%)
Dood	4.258	30,5
Ziekte/toestand van niet-gespecificeerde aard/lokalisatie	2.281	16,4
Andere virusziekte/virusziekte nao	1.380	9,9
Andere algemene symptomen/klachten	996	7,1
Koorts	817	5,9
Zich ziek voelen	477	3,4
Complicatie medische behandeling	435	3,1
Algemene moeheid/zwakte	402	2,9
Andere infectieziekte nao	379	2,7
Flauwvallen/syncope	363	2,6

Tabel 9 Top 10 diagnoses, ICPC hoofdstuk Luchtwegen, vanaf 75 jaar

Diagnose	Frequentie	Percentage (%)
Pneumonie	1.688	18,7
Acute bronchitis/bronchiolitis	1.538	17,0
Kortademigheid	1.268	14,0
Influenza	935	10,4
Acute infectie bovenste luchtwegen	868	9,6
Hoesten	664	7,4
Andere ziekte luchtwegen	477	5,3
Chronisch obstructieve longziekte (COPD)	446	4,9
Epistaxis/neusbloeding	295	3,3
Symptomen/klachten keel	136	1,5

Tabel 10 Handelingen 40-59j en vanaf 75 jaar

Handeling	40-59 jaar		75+ jaar	
	Aantal	***Percentage (%)***	***Aantal***	***Percentage (%)***
/	50.436	52,8	39.373	71,1
Covid testing	31.269	32,7	2.945	5,3
Verwijzing spoed	3.793	4,0	5.607	10,1
Verwijzing eigen huisarts	2.516	2,6	1.992	3,6
Andere onderzoek/behandeling	2.444	2,6	2.236	4,0
Beeldvorming	840	0,9	201	0,4
Hechting	715	0,7	731	1,3
Verwijzing specialist	636	0,7	220	0,4
Verwijzing kine	613	0,6	116	0,2
Injectie	588	0,6	472	0,9
Urine onderzoek	349	0,4	240	0,4
Vaccin	347	0,4	79	0,1
Gesprek	244	0,3	216	0,4
Bloed onderzoek	233	0,2	188	0,3
Medicatie voorschrift/toediening	210	0,2	378	0,7
Verwijzing verpleegkundige	107	0,1	239	0,4
Hart	80	0,1	66	0,1
Geen opvolging	48	0,1	26	0,0
Stoelgang onderzoek	41	0,0	9	0,0
Punctie	21	0,0	4	0,0
Luxatie	16	0,0	2	0,0
Verwijzing psycholoog	15	0,0	3	0,0
Consultatie (HWP)	8	0,0	2	0,0
Geïnformeerde toestemming	8	0,0	11	0,0
Neusbloeding tamponnade	5	0,0	6	0,0
Manipulatie	4	0,0	3	0,0
Infiltratie (peri)articulair)	2	0,0	5	0,0
MUG	1	0,0	1	0,0
Blaassondage	-	-	9	0,0
Hospitalisatie	-	-	8	0,0
Intubatie	-	-	1	0,0
Totaal	95.589	100	55.392	100

6. Dag van de week

Contact type

Op een weekdag is het type contact bij onze doelgroep als volgt verdeeld: 51,5% consultaties, 26,5% huisbezoeken en 22% telefonische adviezen. In het weekend zien we een lager aandeel van telefonische adviezen (16%) en een relatief hoger aantal aandeel consultaties (61,1%). Huisbezoeken zijn goed voor van 22,9% van alle contacten.

Er werd een chi-kwadraattoets uitgevoerd om te onderzoeken of er een significant verband is tussen de dag van de week (weekdag vs. weekend) en het type contact. De resultaten van deze test tonen aan dat er een significant verband bestaat tussen de dag van de week en het type aanmelding ($\chi^2(2) = 431{,}246$; $p < 0{,}001$).

Tabel 11 Contact type bij 75 jaar en ouder week-vs. weekenddag

Type aanmelding	**Weekdag**		**Weekenddag**	
	Aantal	***Percentage (%)***	***Aantal***	***Percentage (%)***
Consultatie	6.940	51,5	25.623	61,1
Huisbezoek	3.577	26,5	9.578	22,9
Telefonisch advies	2.968	22,0	6.706	16,0
Totaal	13.485	100	41.907	100

Urgentie

Tijdens de weekwacht wordt 18,6% van de contacten als dringend beschouwd en 74,8% als routine. Slechts een klein percentage (6,6%) van de consulten kan wachten tot de reguliere uren. In het weekend zien we een gelijkaardige verdeling met 17,7% dringende consulten en 76,3% routine consulten, waarbij net geen 6% kan wachten.

Ondanks de gelijkaardige percentages toont een chi-kwadraattoets aan dat er toch een associatie is tussen de urgentie en de dag van de week ($\chi^2(3) = 21{,}479$; $p < 0{,}001$). Dit betekent dat de urgentieverdeling van contacten significant verschilt tussen weekdagen en het weekend. Hoewel de percentages dicht bij elkaar liggen, ligt het percentage dringende contacten op een weekdag net iets hoger dan in het weekend.

Tabel 12 Urgentie bij 75 jaar en ouder week- vs. weekenddag

Urgentie	**Weekdag**		**Weekenddag**	
	Aantal	***Percentage (%)***	***Aantal***	***Percentage (%)***
Dringend	2.509	18,6	7.426	17,7
Routine	10.082	74,8	31.970	76,3
Kan wachten	888	6,6	2.461	5,9
Oneigenlijk gebruik	0	0,0	1	0,0
Ongekend	6	0,0	49	0,1
Totaal	13.485	100	41.904	100

Discussie

De resultaten van deze studie wijzen op verschillende belangrijke aspecten van de zorg voor patiënten van 75 jaar en ouder binnen de huisartsenwachtposten.

Allereerst maakt deze groep 12% uit van het totale aantal patiënten dat gebruik maakt van de wachtpost. Dit ligt hoger dan hun aandeel in de algemene Vlaamse bevolking (10,1%).
De vergelijkingsgroep, 40- tot 59-jarigen, is ondervertegenwoordigd (20,7%), terwijl ze 26,8% van de Vlaamse bevolking uitmaken.

Dit kan verklaard worden doordat de co-morbiditeit stijgt met de leeftijd. Het zou zelfs verwacht kunnen worden dat het percentage patiënten van 75 jaar en ouder nog hoger zou moeten liggen.

Om te bepalen of de wachtpost over- of onderbenut wordt door deze doelgroep, zouden we de patiëntkenmerken tijdens reguliere praktijkuren moeten vergelijken, zoals in de studie van Baker et al. Hieruit bleek dat het aandeel ouderen tijdens de wachtdiensturen kleiner was dan tijdens de reguliere uren. (7)

Net zoals in de literatuurstudie van Flarup et al. en Jansen et al. werd een hoger percentage huisbezoeken bij patiënten van 75 jaar en ouder opgemerkt. Dit is een weinig verrassend resultaat en kan verklaard worden door de beperkte mobiliteit van deze groep en het aandeel dat in woonzorgcentra verblijft. Daarnaast wordt er vaker telefonische consultatie gegeven aan deze groep (17,5%). Dit kan wijzen op een wens om fysieke bezoeken te vermijden of op een overbelasting van de huisartsenwachtposten waardoor huisbezoeken niet altijd mogelijk zijn. Ook kan het zijn dat verpleegkundigen in woonzorgcentra contact opnemen om advies van de arts te krijgen, zonder dat een visite nodig is (11, 12, 21, 25).

De beperkte mobiliteit van onze doelgroep kan mede het verschil verklaren in het percentage van ‘spontaan binnenwandelen’ in de wachtpost. Dit percentage ligt opmerkelijk hoger bij 40- tot 59-jarigen dan bij onze doelgroep, waar het merendeel van de aanmeldingen telefonisch verloopt. Het type aanmelding wordt nergens besproken in de literatuur.

Wat de urgentie betreft, werd bijna 1 op 5 van de contacten bij 75-plussers als dringend geclassificeerd, wat significant hoger is dan bij de leeftijdsgroep 40-59 jaar. Dit wijst op een hogere mate van medische urgentie bij ouderen, mogelijk veroorzaakt door een uitstel van zorg tijdens reguliere uren of door de ernst van de medische aandoeningen die zich voordoen in deze groep. Deze bevinding roept ook vragen op over of, en waarom, oudere patiënten mogelijk langer wachten om medische hulp te zoeken, wat kan leiden tot urgentere situaties wanneer ze uiteindelijk contact opnemen met de huisartswachtpost.

Deze bevindingen komen overeen met de literatuur. De Nederlands studie van Zwaanswijk et al. (2015) constateerde dat een oudere leeftijd gerelateerd was aan een hogere urgentie. (13)
Ook In het Deens onderzoek van Nørøxe et al. (2017) bleek het oneigenlijk gebruik bij ouderen beduidend lager te zijn dan bij de jongere patiëntengroepen. (10)

In de literatuur werd geen informatie verschaft over de diagnoses. In onze analyse zien we dat een vierde van de contacten betrekking heeft op het hoofdstuk “algemeen”, waarin de diagnoses overlijden en niet gespecifieerde ziektetoestand het meest werden gebruikt.

Het op een na grootste hoofdstuk was deze van de luchtwegaandoeningen, waarbij vooral de diagnoses pneumonie of bronchitis werden gegeven. Dit roept de vraag op of er meer kan worden ingezet op preventieve maatregelen, zoals vaccinatie tegen griep en pneumokokken.

Een aanzienlijk deel van de patiënten werd doorverwezen naar spoedeisende hulp (10,1%), terwijl 3,6% werd doorverwezen naar hun eigen huisarts voor verdere opvolging. Het hoge aantal verwijzingen naar spoed kan wijzen op de ernst van de aandoeningen waarmee oudere patiënten zich presenteren, maar roept ook vragen op over de capaciteit van de huisartsenwachtposten om complexe medische gevallen adequaat te behandelen.

De gegevens zijn uit het jaar 2022 toen covid nog een prominente rol speelde. Dit verklaart dat in de vergelijkingsgroep 1/3 van de handelingen bestond uit covid testing. In de groep van 75 jaar en ouder bedraagt deze handeling ongeveer 5%.

Tot slot bleken er ook verschillen te zijn tussen weekdagen en weekenddagen. In het weekend zijn er minder telefonische adviezen gegeven. Dit kan verband houden met de beschikbaarheid van zorgpersoneel. Ook de urgentiegraad verschilt tussen weekend en weekdag, in de week zijn er meer dringende contacten dan in het weekend. Wellicht zal het uur van de dag waarop de patiënt contact neemt hier ook een rol spelen. We verwachten dringende klachten meer ’s nachts dan overdag.

Aandachtspunten

Op basis van de resultaten kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd om de zorg voor ouderen buiten de reguliere kantooruren te verbeteren:

Zoals blijkt uit de studie van Baker et al. is het een meerwaarde om het zorggebruik tijdens reguliere uren en wachtdiensten te vergelijken.

Verder moet worden onderzocht waarom oudere patiënten langer wachten met het contacteren van de huisartsenwachtpost. Hierbij kunnen de mogelijke drempels in kaart gebracht worden.
Het is aan te bevelen om de communicatie over de beschikbaarheid en werking van wachtposten te verbeteren, vooral richting kwetsbare groepen zoals ouderen. Hierbij kan het helpen om media te gebruiken die ouderen regelmatig raadplegen zoals kranten, radio, folders, internet, televisieseries, …

Hoewel we niet hebben vastgesteld dat de huidige capaciteit voor huisbezoeken onvoldoende is, blijft het belangrijk om deze af te stemmen op de samenstelling van de regionale populatie. In regio’s met veel ouderen of woonzorgcentra is het essentieel om de huisbezoekencapaciteit hierop aan te passen, zeker bij organisatorische veranderingen zoals het samenvoegen van regio’s.

Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor preventie bij vaak voorkomende aandoeningen. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan griep- en pneumokokkenvaccinaties. Ook dient er worden ingezet op structurele controles tijdens de reguliere zorg bij ouderen met complexe zorgbehoeften om tijdige interventie mogelijk te maken en het risico op spoedeisende hulp te verminderen.

Tenslotte kan er ook ingezet worden op de samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, wachtposten en spoedeisende hulp om patiënten met complexe zorgbehoeften efficiënter te kunnen behandelen.
Een mogelijkheid is om te werken aan duidelijke protocollen voor de doorverwijzingen naar spoed. Ook kan er worden overwogen om gezamenlijke casusbesprekingen of trainingssessies te organiseren. Het versterken van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, wachtposten en spoeddiensten heeft als doel feedback uit te wisselen en van elkaar te leren. Op deze manier kunnen ze hun werkwijze verbeteren. Dit bevordert efficiëntere doorverwijzingen en een betere afstemming van zorg, wat uiteindelijk leidt tot een hogere kwaliteit van zorg voor patiënten met complexe zorgbehoeften.

Beperkingen

Deze masterproef kent enkele beperkingen. Ten eerste is er de mogelijkheid van coderingsfouten en incomplete codering. Het is bekend dat zorgverleners niet altijd consistent de ICPC-coderingen gebruiken, of dat bepaalde velden niet altijd worden ingevuld. Dit kan de nauwkeurigheid van de gegevens beïnvloeden.

Ten tweede zou een nog diepere analyse van de database waardevolle inzichten kunnen opleveren. Door de tijdsbeperking van de masterproef was het niet mogelijk om alle aspecten te onderzoeken. Zo kon er bijvoorbeeld geen verdere analyse gedaan worden naar welke onderliggende aandoeningen leiden tot een aanmelding. Desondanks levert de huidige studie waardevolle inzichten op voor toekomstig onderzoek.

Ten slotte omvat de studie gegevens van 34 wachtposten, terwijl er in 2022 44 wachtposten in Vlaanderen waren. Het is dus mogelijk dat er belangrijke informatie ontbreekt over de patronen van de andere wachtposten. De generaliseerbaarheid van de resultaten kan hierdoor beperkt zijn.

Conclusie

De studie toont aan dat patiënten van 75 jaar en ouder een belangrijk deel uitmaken van het totaal aantal patiënten binnen de huisartsenwachtposten, en dat hun zorgbehoeften vaak complexer en urgenter zijn. Het hogere aandeel huisbezoeken en telefonische consultaties wijst op specifieke behoeften en beperkingen. De significante doorverwijzingen naar spoedeisende hulp benadrukken de complexiteit van de aandoeningen in deze groep en de uitdaging voor wachtposten om adequate zorg te bieden. Deze bevindingen vragen om gerichte inspanningen om de toegankelijkheid, capaciteit en preventieve zorg voor ouderen binnen de huisartsenwachtposten te verbeteren.

Referenties

1. KCE. Een check up van ons gezondheidssysteem in 121 indicatoren. : KCE; 2019. Available from: https://www.kce.fgov.be/nl/een-check-up-van-ons-gezondheidssysteem-in-121-indicatoren
2. Colliers A, Bartholomeeusen S, Remmen R, Coenen S, Michiels B, Bastiaens H, et al. Improving Care And Research Electronic Data Trust Antwerp (iCAREdata): a research database of linked data on out-of-hours primary care. BMC Res Notes. 2016;9(1):259.
3. Bartholomeeusen S, Philips, H., Van Royen, P., Remmen, R., & Coenen, S. . iCAREdata: Improving Care And Research Electronic Data Trust Antwerp [Data set]. Zenodo. 2017.
4. Van Lysebetten M. Een (visueel) overzicht van de huisartsenwachtposten. : Domus Medica; 2023 [updated 2024. Available from: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/out-of-hours-care/een-visueel-overzicht-van-de-huisartsenwachtposten
5. Van Lysebetten M. Een huisartsenwachtpost? 2014. Available from: https://www.wachtposten.be/werking/startpagina.html.
6. West-Vlaanderen VHZ. hzw.werking.wachtdienst 2024. Available from: https://www.hzw.be/werking/wachtdienst
7. Baker J, Britt H, Harrison C. GP services in Australia: Presentation profiles during usual practice hours and after-hours periods. Australian Journal of Primary Health. 2020;26(2):117-23.
8. Barnes K, Agostino J, Ceramidas D, Douglas K. After-hours presentations to community-based primary care in the Australian Capital Territory. Australian Journal of Primary Health. 2022;28(3):232-8.
9. Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Association between general practice characteristics and use of out-of-hours GP cooperatives. BMC family practice. 2015;16:52.
10. Nørøxe KB, Huibers L, Moth G, Vedsted P. Medical appropriateness of adult calls to Danish out-of-hours primary care: a questionnaire-based survey. BMC family practice. 2017;18(1):34.
11. Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vestergaard M, Olesen F, Vedsted P. A feasible method to study the Danish out-of-hours primary care service. Dan Med J. 2014;61(5):A4847.
12. Jansen T, Zwaanswijk M, Hek K, de Bakker D. To what extent does sociodemographic composition of the neighbourhood explain regional differences in demand of primary out-of-hours care: a multilevel study. BMC family practice. 2015;16:54.
13. Zwaanswijk M, Nielen MM, Hek K, Verheij RA. Factors associated with variation in urgency of primary out-of-hours contacts in the Netherlands: a cross-sectional study. BMJ Open. 2015;5(10):e008421.
14. Christensen MB, Nørøxe KB, Moth G, Vedsted P, Huibers L. Drug prescriptions in Danish out-of-hours primary care: a 1-yearpopulation-based study. Scand J Prim Health Care. 2016;34(4):453-8.
15. Hedden L, Lavergne MR, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL, McCracken R, et al. Trends in Providing Out-of-Office, Urgent After-Hours, and On-Call Care in British Columbia. Ann Fam Med. 2019;17(2):116-24.
16. Mason B, Carduff E, Laidlaw S, Kendall M, Murray SA, Finucane A, et al. Integrating lived experiences of out-of-hours health services for people with palliative and end-of-life care needs with national datasets for people dying in Scotland in 2016: A mixed methods, multi-stage design. Palliat Med. 2022;36(3):478-88.
17. Ramerman L, Rijpkema C, Bos N, Flinterman LE, Verheij RA. The use of out-of-hours primary care during the first year of the COVID-19 pandemic. BMC health services research. 2022;22(1):679.
18. Morreel S, Philips H, Verhoeven V. Organisation and characteristics of out-ofhours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. PLoS One. 2020;15(8 August).
19. Schweitzer B, Blankenstein N, Slort W, Knol DL, Deliens L, Van Der Horst H. Writing information transfers for out-of-hours palliative care: a controlled trial among GPs. Scand J Prim Health Care. 2016;34(2):186-95.

20. Tranberg M, Vedsted P, Bech BH, Christensen MB, Birkeland S, Moth G. Factors associated with low patient satisfaction in out-of-hours primary care in Denmark - a population-based cross-sectional study. BMC family practice. 2018;19(1):15.
21. Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vestergaard M, Olesen F, Vedsted P. Daytime use of general practice and use of the out-of-hours primary care service for patients with chronic disease: a cohort study. BMC Fam Pract. 2014;15:156.
22. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. Emerg Med J. 2015;32(5):373-8.
23. A Hiddema-van der Wal GvdW, B Meyboom-de Jong. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? Huisarts & Wetenschap. 2003:539-43.
24. Belgium) SADS-S. Bevolking naar woonplaats, leeftijd en geslacht. Available from: https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?datasource=65ee413b-3859-4c6f-a847-09b631766fa7.
25. Jansen T, Zwaanswijk M, Hek K, de Bakker D. To what extent does sociodemographic composition of the neighbourhood explain regional differences in demand of primary out-of-hours care: a multilevel study. BMC Fam Pract. 2015;16:54.

Bijlage: overzicht artikels

Nr.	Artikel	Type Studie	Onderwerp	Land	Besluit
1	**Baker J. et al (2020)**	Cross sectioneel	Huisartsdiensten tijdens en buiten de kantooruren vergelijken	Australië	Aandeel 65+ patiënten tijdens wachturen is kleiner dan tijdens de gebruikelijk uren
2	**Barnes K. et al (2022)**	Cross sectioneel	Kenm. en presentaties van patiënten tijdens niet-planbare zorg	Australië	Meest voorkomende diagnoses: rep. Infectie en huid letsels Mediaan leeftijd pt: 31 jaar Geen specifieke info over 75+ pt
3	**Christensen MB. Et al (2016)**	Retrospectief observationeel	Voorschriften in de huisartsenwachtposten	Denemarken	In 25% van de contacten werd een voorschrift gegeven, waarvan het grootste deel (60%) telefonisch. ¾ van de voorschriften waren AB
4	**Flarup L. et al (2014)**	Cohort studie	chronisch ziekten in niet planbare zorg en verband tussen gebruik planbare zorg	Denemarken	Minder deterioratie van chronische ziekte in niet planbare zorg als er jaarlijkse follow up consulatie is
5	**Flarup L. et al (2014)**	Cross sectionele studie	Kenm. patiëntencontacten in niet planbare zorg	Denemarken	Huisbezoeken waren in 32% van de gevallen bij pt 75+,
6	**Hedden L. et al (2019)**	Trend Analysis Cohort onderzoek	Trends in after-hours care provision	Canada	Alg. daling van de zorgverlening buiten de kantooruren doorheen de jaren (2006-2012), -> toenemend toegankelijkheidsprobleem
7	**Jansen T. et al (2015)**	Multilevel studie observationeel	Sociodemografische factoren en de vraag in de eerstelijnszorg buiten de kantooruren	Nederland	Aantal huisbezoeken sterk gerelateerd aan buurten met meer 75+ inwoners
8	**Mason B. et al (2022)**	Mixed Methods (retrospectieve cohorte studie focus groep)	Gebruik van ongeplande zorg door mensen in hun laatste levensjaren	Schotland	95% van mensen in hun laatste levensjaar maken gebruik van niet geplande eerstelijnszorg Belang van efficiënte informatie overdracht die beter kan Betere patiënten informatie over diensten in niet planbare zorg
9	**Morreel S. et al (2021)**	Observationeel onderzoek	Organisatie eerstelijnszorg buiten de kantooruren tijdens covid 19	België	Fysieke consultaties daalden met 45% Duidelijke daling van niet covid gerelateerde diagnoses
10	**Nørøxe KB. et al (2017)**	Cross sectionele vragenlijst	Terecht gebruik van huisartsenwachtposten	Denemarken	Gem. 1/4 van de contacten werd als medisch ongepast gezien (kunnen binnen de kantooruren worden gezien) Bij patiënten van+75j slechts 13% als ongepast gezien

11	**Ramerman L. et al (2022)**	Observationeel	Gebruik eerstelijnszorg buiten kantooruren tijdens covid 19 pandemie	Nederland	Aantal consulten voor ouderen bleef stabiel terwijl in andere leeftijdsgroepen gebruik wachtpost net daalde ➔ Daling consulten bij huisarts tijdens kantooruren bij pt van 70+ (vermeden /uitgestelde zorg, minder routinecontroles: meer kans op exacerbatie)
12	**Schweitzer B. et al (2016)**	Controlled Trial	Informatieoverdracht m.b.t. palliatieve patiënten naar de huisartsenwachtposten	Nederland	Door informatieoverdrachtformulier: vaker info beschikbaar over de palliatieve pt in de huisartsenpraktijk
13	**Simonsen KA. Et al (2015)**	Observationele	Gebruik eerstelijnszorg tijdens influenza pandemie 2009	Noorwegen	Patiënten met risicofactoren die een consult met de huisarts hadden voor grieppandemie werden geassocieerd met lager gebruik van eerstelijnszorg buiten de kantooruren
14	**Smits M. et al (2015)**	Observationeel: cross sectioneel	Verband tussen kenm. huisartsenpraktijken en gebruik huisartsenwachtposten	Nederland	Huisartsenpraktijken overdag met meer jonge kinderen en buitenlanders in hun patiëntenpopulatie hadden een hoger gebruik van eerstelijnszorg buiten kantooruren
15	**Tranberg M. et al (2018)**	Cross-sectional	Factoren geass. met lage patiënten tevredenheid in de eerstelijnszorg buiten kantooruren	Denemarken	Onaanvaardbare wachttijd en slechte algemene gezondheidsbeleving, telefonische consulten geassocieerd met ontevredenheid
16	**Zhou Y. et al (2015)**	enquête	Toegangsproblemen eerstelijnszorg binnen kantooruren en gebruik zorg buiten kantooruren	Verenigd Koninkrijk	verband tussen moeilijkheden bij het verkrijgen van zorg binnen kantooruren en het gebruik van primaire zorg buiten kantooruren
17	**Zwaanswijk M. et al (2015)**	Cross-sectionele	Variatie in urgentie in huisartsencontacten buiten de kantooruren	Nederland	Urgentie voornamelijk gerelateerd aan geslacht en leeftijd

Bijlage: ethisch comité

ETHISCH COMITE

Voorzitter

Prof. dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Hilde Philips

FAMPOP

Doornstraat 331
2610 Wilrijk

Dr Laura Ruymaekers

datum: 20/11/2023

Project ID 5647| - EDGE n/a

Project titel: Continuïteit van zorg: zorg van patiënten boven de 75 jaar buiten de kantooruren.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 20/11/2023

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
GCP	GCP_certificate Laura Ruymaekers	27/08/2023	1
CV	CV_Laura Ruymaekers	17/10/2023	1
Default	Protocol-Nederlandstalig	17/10/2023	1
Protocol	Study protocol	17/10/2023	1
Accompanying letter	Begeleide brief	17/10/2023	1
CV	Curriculum vitae Hilde Philips_20230508	31/10/2023	1
GCP	Certificate 20211029 Hilde Philips	31/10/2023	1
Insurance	Attest_BA_n_experimenten_2023	31/10/2023	1

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
prof. dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physician
mevr. Eva De Backer	Clinical Psychologist
dr. Elyne De Baetselier	Nurse
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
prof. dr. Francois Eyskens	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician
mevr. Inge Michielsens	Legal
dhr. Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
mevr. Veerle Schoeters	Nurse
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Aithne Van den Bossche	Clinical psychologist
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist