WAAROM KIEZEN PATIËNTEN ZONDER VERWIJZING VOOR DE SPOEDGEVALLENDIENST IN EEN REGIONAAL ZIEKENHUIS IN KNOKKE: EEN KWANTITATIEF ONDERZOEK.

Dr. Verleye Auke, UGent

Promotor: Prof. dr. Sara Willems

Co-Promotor: Jens Detollenaere

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015- 2016

Abstract

Context
In een tijd waar kosten-efficiëntie en besparingen in de gezondheidszorg meer en meer op de voorgrond staan, wordt groeiend gebruik van de spoedgevallendiensten in België gezien. Nochtans gaat overmatig gebruik van de spoedgevallendiensten gepaard met een hogere kost voor de gezondheidszorg en inefficiënt aanwenden van de beschikbare middelen, daarnaast geeft het ook aanleiding tot drukke spoedgevallendiensten met lange wachttijden. De vraag wordt dan ook gesteld waarom mensen met niet-urgente klachten overdag tijdens de normale werkuren niet eerst hun huisarts opzoeken vooraleerst zich op eigen initiatief op de spoeddienst aan te melden.

Doelstelling
Deze studie brengt het gebruik van de spoedgevallendienst in een regionaal ziekenhuis in Knokke tijdens de werkuren van de huisarts in kaart. Hierbij werd gepeild naar de reden voor keuze van de spoedgevallendienst bij patiënten die zich aanmelden zonder verwijzing door een huisarts. Daarnaast werd deze patiëntengroep omschreven aan de hand van socio-economische variabelen. Op deze manier is het dan ook de bedoeling om een beter zicht te krijgen op het probleem van overmatig gebruik van de spoedgevallendienst.

Methode
De dataverzameling vond plaats in het AZ Zeno (Knokke) van september 2014 tot maart 2015. Patiënten werden geïncludeerd wanneer aan volgende voorwaarden werd voldaan: (i) zich op eigen initiatief wenden tot de spoedgevallendienst (zonder verwijzing door de huisarts), (ii) aanmelden tijdens de normale werkuren van een huisarts (weekdagen van 8-18 uur) en (iii) aanmelding met een niet-urgente/niet-levensbedreigende klacht. Aan deze patiënten werd gevraagd een enquête in te vullen. Tenslotte werden de data geanalyseerd aan de hand van beschrijvende en inductieve (binaire logistische regressies) analyses met behulp van SPSS.

Resultaten
In totaal werden 279 patiënten geïncludeerd in deze studie. Als voornaamste redenen voor het kiezen voor de spoedgevallendienst zien we “gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven” (23,4%) , “ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn” (37,1%) , “ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft” (25,2%), “ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem” (20,5%) en “ik ben hier reeds geweest” (21,6%). Binnen deze redenen werden geen belangrijke socio-economische verschillen gezien, enkel een verschil tussen de verschillende leeftijdsgroepen bleek hier significant te zijn.

Conclusie
We zien dat veel patiënten kiezen voor de spoedgevallendienst omdat ze hun eigen probleem als ernstig inschatten en denken dat er verdere onderzoeken nodig zullen zijn of omdat ze niet weten waar ze anders naartoe konden met hun probleem. Toch blijken deze problemen in realiteit vaak ook door de eigen huisarts te kunnen worden behandeld. Verdere publiekscampagnes voor het informeren van de patiënten zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Daarnaast blijken andere maatregelen zoals de financiële ontmoediging van de spoedgevallendienst hun doel te missen en dienen er dus alternatieve strategieën te worden toegepast om dit overmatig gebruik van de spoedgevallendiensten aan banden te leggen.

Dankwoord

Hierbij wil ik allen bedanken die mij hebben geholpen in het tot stand komen van deze masterproef.

In het bijzonder wil ik mijn co-promotor Jens Detollenaere bedanken om altijd klaar te staan voor mijn (vele) vragen, me steeds van opbouwende feedback te voorzien, en mij zo goed te begeleiden bij de realisatie van deze masterproef.

Daarnaast wil ik ook de spoedgevallendienst van het AZ Zeno in Knokke bedanken om mij te helpen met de praktische kant van het afnemen van de vragenlijsten en altijd bereid te zijn om mij waar mogelijk te helpen.

Graag wil ik als laatste mijn familie en partner bedanken om mij te steunen tijdens het schrijven van deze masterproef maar in het bijzonder ook tijdens de negen jaar durende opleiding tot huisarts. Ze hebben mij de nodige steun gegeven tijdens de vele mooie maar ook minder mooie momenten van deze opleiding.

Inhoudstafel

1. Inleiding **4**
2. Literatuurstudie **6**
2.1. Probleemstelling 6
2.2. Belang van eerstelijnszorg 7
2.3. Eerstelijnszorg in België 9
2.4. Financiële ontmoediging 11
2.5. Determinanten van spoedgebruik 12
2.5.1. Algemene determinanten 12
2.5.2. Socio-economische determinanten 15
3. Opzet en doel van de studie **16**
4. Methode **17**
4.1. Setting 17
4.2. Tijdsverloop van de studie 17
4.3. Participanten 17
4.4. Methode 18
4.5. Ethische commissie 19
5. Resultaten **20**
5.1. Reden 11 21
5.2. Reden 13 21
5.3. Reden 4 22
5.4. Reden 2 22
5.5. Reden 3 22
6. Discussie **31**
7. Beperkingen en aanbevelingen **34**
8. Conclusie **36**
9. Literatuurlijst **38**
10. Bijlagen **42**
10.1. Bijlage 1: Vragenlijst 43
10.2. Bijlage 2: Informed consent 45
10.3. Bijlage 3: Informatiefolder voor patiënten 46
10.4. Bijlage 4: Goedkeuring ethische commissie AZ Zeno Knokke 48
10.5. Bijlage 5: Goedkeuring ethische commissie UZ Gent 50

1. Inleiding

In België is er een ruim aanbod eerstelijnshulp en normaliter is het de bedoeling dat patiënten met niet-levensbedreigende gezondheidsproblemen overdag (van maandag tot vrijdag) eerst hun huisarts consulteren. Toch blijkt dat in België zeer veel mensen op eigen initiatief de spoedgevallendienst opzoeken, zowel overdag als 's nachts, zonder eerst de huisarts te contacteren. Dit lijdt tot overconsumptie van de eerstelijnszorg met een toename van de kosten voor de totale gezondheidszorg tot gevolg en een afname van de efficiëntie van de spoedgevallendiensten.

Het probleem van mensen die zich op eigen initiatief aanmelden op de spoedgevallendienst met niet-levensbedreigende problemen wordt in de literatuur vaak omschreven als 'oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst' (1, 2). Dit probleem werd reeds in verschillende studies onderzocht en deze bevestigen het fenomeen van oneigenlijk gebruik. 60% van de patiënten die zich aanmelden, kunnen eigenlijk onder huisartsenpathologie geclassificeerd worden (1, 2). Daarnaast zijn 40-50% van de aanmeldingen op spoed zelf-verwijzingen. Zelfverwijzingen zijn patiënten die zich aanmelden op spoed zonder verwijzing van de huisarts (3,4).

In Vlaanderen heeft 97% van de burgers een vaste huisarts, maar bij gezondheidsproblemen gaat de Vlaming vaak rechtstreeks naar spoed of naar een specialist (5). Nochtans houdt de spoedgevallendienst zich voornamelijk bezig met het oplossen van het probleem op dat moment, zonder hierbij rekening te houden met zaken als de co-morbiditeit, levensomstandigheden van de patiënt, etc. Er is dus een beperkte en ziekte-specifieke kijk op het gezondheidsprobleem. Daarnaast wordt er op de spoedgevallendienst te weinig aandacht aan preventie besteedt (6,7). Ook wordt er na een aanmelding op spoed, een toename geobserveerd van medische beeldvorming en opnames in het ziekenhuis die deels zouden kunnen vermeden worden door een eerste aanmelding bij de huisarts. Dit alles lijdt tot een groter verbruik van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg (6,7).

Om tot een beter begrip van het probleem van oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst te komen, is het nodig om de beweegredenen van deze patiënten na te gaan. Slechts na het volledig begrijpen hiervan lijkt het mogelijk om de nodige oplossingen te vinden.

In het verleden werden reeds gelijkaardige onderzoeken opgezet tijdens de wachtdienst om gebruikers van de spoedgevallendienst te vergelijken met gebruikers van de huisartsenwachtpost (2, 10-11). In deze studies wordt geopperd dat patiënten onvoldoende op de hoogte zijn van alternatieve zorginstellingen tijdens de wachturen (bijvoorbeeld huisartsenwachtpost), alsook over de prijs van een consultatie in de wachturen bij de huisarts. Ook socio-economische factoren zouden een bepaalde rol spelen in het al dan niet kiezen voor de spoedgevallendienst (2, 8-12). In principe zouden de hierboven vernoemde redenen geen rol mogen spelen tijdens de gewone werkuren van de huisarts (maandag-vrijdag), aangezien de eigen huisarts op dat moment gemakkelijk bereikbaar zou moeten zijn. Toch blijkt dat ook op deze momenten zelf-verwijzers een belangrijk deel uit maken van de bezoekers aan de spoedgevallendienst. Tot op heden gebeurde hiernaar nog weinig onderzoek, aangezien de meeste studies zich richten op het gebruik van de spoedgevallendienst tijdens de wachturen. Deze masterproef heeft als doel het gebruik van de spoedgevallendienst tijdens de kantooruren (maandag-vrijdag) met betrekking tot niet-dringende hulpverlening in kaart te brengen en verschilt hierdoor dus van voorgaande studies.

In deze studie werden enkel zelf-verwijzers (ook soms ‘oneigenlijke’ gebruikers genoemd) geselecteerd en via een vragenlijst bevraagd om zo het verband met hun socio-economische status en hun motivatie voor het kiezen van de spoedgevalledienst na te gaan. Patiënten op de spoedgevallendienst van het AZ Zeno (Knokke) die zich zonder verwijzing aanmelden werden gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek (met uitzondering van patiënten met een verwijzing, alsook patiënten die zich aanmelden via de MUG en/of ambulance). Daarnaast werden patiënten met een ‘levensbedreigende’ problematiek (op basis van de beoordeling van de ondervragende HAIO) ook uitgesloten. Op deze manier was het dus de bedoeling om een beeld te krijgen van de beweegredenen van deze zelf-verwijzers tijdens de kantooruren van de huisarts.

Na het bevragen van de patiënten via een enquête werden de resultaten verwerkt via binaire logistische regressiemodellen met behulp van het statistische software pakket SPSS (IBM, versie 22).

2. Literatuurstudie

2.1. Probleemstelling

In een tijd waar kosten-efficiëntie en besparingen in de gezondheidszorg meer dan ooit op de voorgrond staan, wordt nog steeds een groeiend gebruik van de spoedgevallen gezien. Overmatig gebruik van de spoedgevallendiensten door deze zelfverwijzingen gaat gepaard met een hogere kost voor de gezondheidszorg en het niet-efficiënt aanwenden van de beschikbare middelen, maar geeft ook aanleiding tot drukke spoedgevallendiensten met lange wachttijden. Een groot deel van de bezoekers van de spoedgevallendiensten zijn niet-urgente zelfverwijzingen, een probleem dat vaak wordt omschreven als 'oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst'.

Algemeen ziet men op de spoedgevallendiensten dat het aandeel van verwezen patiënten zich beperkt tot slechts 18% (1). In verschillende studies ziet men dat de meeste mensen zich naar de spoedgevallendienst begeven omdat ze hun probleem als dringend percipiëren (8). Zelfs wanneer patiënten aangaven dat hun probleem niet erg of pijnlijk was, vonden ze toch dat dringende hulpverlening noodzakelijk was (13).

Een eenduidige omschrijving van 'eigenlijk' (gepast) of 'oneigenlijk' (ongepast) gebruik van spoedgevallendiensten kan uit de literatuur niet afgeleid worden. De definitie van gepast of ongepast gebruik is afhankelijk van het perspectief op de problematiek: een medisch, een beleidsmatig, of het perspectief van de zorgvrager. Het is om die reden quasi onmogelijk om een universele definitie te bepalen. Consumenten, overheid en zorgverleners hebben verschillende belangen die in meer of mindere mate overlappen (1). In een studie van Lori et al. wordt 'oneigenlijk gebruik' van de spoedgevallendienst als volgt omschreven: consultatie van de spoedgevallendienst voor een aandoening waarbij uitstel van enkele uren de kans op een negatieve afloop niet doet toenemen (14). Wanneer men zorgverleners en zorgvragers onafhankelijk zou laten beslissen over wat 'eigenlijk' en wat 'oneigenlijk' gebruik van de spoedgevallendienst is, zouden we grote discrepanties zien. Dit heeft voornamelijk te maken met het inschatten van de ernst van een aandoening, die vaak door de patiënt als erger wordt ingeschat dan het in realiteit is. Daarnaast houden zorgvragers ook rekening met andere factoren zoals de bereikbaarheid van de medische zorg (15).

Het probleem van het toenemend aantal zelf-verwijzers op de spoedgevallendienst stelt zich internationaal en de vraag wordt gesteld of en hoe de toestroom van deze zelf-verwijzers naar de spoedgevallendiensten in de hand kan worden gehouden en opgevangen kan worden door alternatieve diensten. Verschillende types maatregelen zijn voorgesteld en besproken in de literatuur: financiële drempels en bijdragen voor de patiënt, ondersteunende systemen om zorgvragen te kanaliseren (triagesystemen, huisartsen op de spoedgevallendienst, …) en het uitbouwen en beter organiseren van de eerste lijn (via onder andere huisartsenwachtposten) (1). Toch blijken deze tot op heden weinig tot geen effect te hebben, daar het gebruik van de spoedgevallendiensten en het aantal bezoekers blijft stijgen (1, 5). In het debat over het ingrijpen op de medische beschikbaarheid en toegankelijkheid speelt ook de financiering van de spoedgevallendiensten in ons land mee. Zij zijn als diensten binnen het ziekenhuis meestal verlieslatend, maar leveren een belangrijk deel van de patiëntenstroom naar het ziekenhuis en vormen bijgevolg een belangrijke bron van inkomsten voor dat ziekenhuis (1).

2.2.Belang van de eerstelijnszorg

Afgelopen jaren hebben verscheidene studies het belang van een goede eerstelijnszorg aangetoond (6,7). Ondertussen is het algemeen bekend dat de eerstelijnszorg de basis vormt voor een goedwerkend gezondheidszorgsysteem. Uit deze studies blijkt dat de algemene gezondheid in regio's waar de eerstelijnszorg grondiger uitgewerkt is, beter is en dat mensen die initieel zorg zoeken bij eerstelijnszorgverleners gezonder zijn. Ook merkt men een verschil in de vervroegde mortaliteitcijfers. Deze zijn opmerkelijk lager in regio's waar een goed aanbod van eerstelijnszorg aanwezig is. Onderzoek van Starfield et al. (2005) toonde aan dat een toename van artsen in de eerstelijnszorg in de Verenigde Staten (VS) duidelijk zorgde voor een afname in totale mortaliteit en tot 3% afname in kindersterfte (6, 16).

De huisarts wordt door verschillende auteurs (6, 7, 17) naar voor geschoven als de centrale figuur in de eerstelijnsgezondheidszorg. De huisarts bekijkt een patiënt eerder vanuit een generalistisch en psychosociaal perspectief, wat een positieve invloed heeft op de gezondheidsuitkomsten en patiënten tevredenheid (6, 7). Deze toename in de gezondheid wordt gerelateerd aan de rol van de huisarts in verschillende gezondheidszorgsystemen. Echter, in Vlaanderen hebben huisartsen deze rol niet: patiënten hebben vrije keuze over welke arts ze

eerst consulteren, kunnen op elk moment van (huis)arts veranderen of kunnen zelfs tegelijkertijd verschillende artsen consulteren.

In veel landen is het onmogelijk om tweedelijnszorg te raadplegen zonder verwijzing van iemand uit de eerstelijnszorg. Dit wordt in de literatuur 'gatekeeping' of het poortwachtersprincipe genoemd (van toepassing in UK en Nederland). Dit is echter niet het geval in België. Hier wordt het poortwachtersprincipe gezien als een bedreiging van de vrije keuze en valt het dus moeilijk te verenigen met het bestaand gezondheidszorgsysteem (7).

Verder stelt men ook vast dat de kosten voor gezondheidszorg lager liggen wanneer er een sterk uitgebouwde eerstelijnszorg aanwezig is. Cijfers aangegeven door de Commissie voor de Volksgezondheid, gebaseerd op gegevens van het RIZIV, stellen dat er per patiënt respectievelijk 37,60 euro en 55,80 euro minder uitgegeven zou worden, wat biologie en medische beeldvorming betreft, wanneer zij eerst bij een huisarts zouden langsgaan en deze erin slaagt het probleem op te lossen.

De Nederlandse Gezondheidsraad beschrijft eerstelijnsgezondheidszorg als volgt: *"Eerstelijnsgezondheidszorg is **generalistische** zorg, bestaande uit generalistische, medische, paramedische, kinesitherapeutische, farmaceutische zorg, verpleegkundige en vroedkundige zorg en ondersteunende hulpverlening, en niet-gespecialiseerde psychische en sociale zorg, samen met preventieve en gezondheidspromotie-activiteiten, aansluitend bij de zorg. Eerstelijnsgezondheidszorg richt zich tot patiënten die thuis of in een thuisvervangend milieu wonen en wordt **zo dicht mogelijk bij de patiënten gerealiseerd**, zo nodig, bij de patiënt thuis. Eerstelijnsgezondheidszorg is **voor iedereen toegankelijk**, ongeacht de aard van het gezondheidsprobleem. Het zorgsysteem is in staat om een antwoord te geven op urgente situaties, zo nodig met onmiddellijke opvang. Het realiseert **continuïteit** en neemt ter zake verantwoordelijkheid op voor langdurige zorg, begeleiding en preventieve initiatieven. Eerstelijnszorg richt zich in de eerste instantie op patiënten die hulp vragen, maar heeft ook een proactieve verantwoordelijkheid zowel voor individugerichte als groepsgerichte **preventieve activiteiten** die gezondheid bevorderen in de lokale (praktijk)populatie. Eerstelijnsgezondheidszorg wordt verstrekt door verschillende zorgverleners die **samen werken op een gecoördineerde manier** in de eerstelijnszorg en, zo nodig, met **verwijzing** naar de tweedelijn."*

In 1978 werd te Alma Ata (Kazachstan) door de WHO een definitie vastgelegd van eerstelijnszorg. Zij beschouwen de volgende elementen als cruciaal : essentieel, praktisch, wetenschappelijk onderbouwd, sociaal aanvaard, betaalbaar, een focus op algemene, sociale en economische ontwikkeling, laagdrempeligheid en in bezit van alle elementen voor een continuïteit in het gezondheidsproces. Starfield stelt daarnaast dat een gezondheidszorg die de vier elementen (eerste contact, continuïteit, uitgebreidheid en coördinatie) bezit en respecteert op die manier bereikt wat door de Alma Ata declaratie werd beoogd (7).

We zien dat in beide definities (WHO en Alma Ata) veel belang wordt gehecht aan dezelfde elementen: laagdrempeligheid, continuïteit, coördinatie en uitgebreide/generalistische zorg. Daarnaast wordt in de definitie van het WHO ook duidelijk het belang van preventie in de eerstelijnszorg benadrukt. Al deze elementen komen duidelijk minder aan bod en zijn van minder belang in de specialistische tweedelijnszorg; het is daarom dus belangrijk dat eerstelijnsproblemen in de eerstelijnszorg worden opgevangen en behandeld, zowel om kosten-efficiënter te worden, alsook om de kwaliteit van de zorg te verhogen.
Het probleem met tweedelijnszorg is dat er vaak een te beperkte kijk (ziekte-specifieke) is op de algemene gezondheid van de patiënt. Zo is er vaak enkel aandacht voor één domein, waardoor bijvoorbeeld co-morbiditeit over het hoofd wordt gezien. In de tweedelijnszorg worden er ook sneller bepaalde onderzoeken en interventies uitgevoerd, die wanneer de patiënt zou opgevolgd worden bij de huisarts, niet zouden gebeuren en bijgevolg vaak overbodig zijn (7). Dit jaagt de kost van de zorg zowel voor de patiënt als voor de overheid sterk de hoogte in. Wanneer men een vergelijking maakt tussen specialistische zorg en eerstelijnszorg merkt men dat specialistische zorg efficiënt is voor sommige ziekten, maar zeker niet voor allemaal.

2.3. Eerstelijnszorg in België

Zoals eerder vermeld heeft de patiënt in België een vrije keuze binnen het gezondheidszorgsysteem, dit wil zeggen dat de patiënt voor zijn/haar probleem keuze heeft tussen het consulteren van de huisarts (eerstelijn), de specialist of de spoedgevallendienst (tweedelijn), en dit eigenlijk op elk moment van de dag.

Volgens onderzoek van De Maeseneer (1989) wordt meer dan 90% van de gezondheidsproblemen die bij de huisarts worden aangemeld ook daar opgelost. Alleen op die manier kan de eerstelijn mediëren tussen de patiënt en de andere niveaus binnen de gezondheidszorg. De patiënt wordt bijgestaan in het navigeren in het landschap van de gezondheidszorg en ondersteuning door andere diensten en voorzieningen (bijvoorbeeld welzijnszorg) wordt gemobiliseerd (WHO, 2008). Ten slotte kan eerstelijnsgezondheidszorg de budgettaire gevolgen van de nieuwe maatschappelijke, demografische en zorg-organisatorische ontwikkelingen bufferen. Eerstelijnsgezondheidszorg is immers het meest kosteneffectieve niveau van zorg (WHO, 2008).

Men kan zich ook de vraag stellen of de beschikbaarheid van de eerstelijnszorg binnen de normale werkuren voldoende is. Kan de patiënt altijd terecht bij zijn/haar huisarts? Kan hij/zij altijd telefonisch advies krijgen van de huisarts? Ook deze factoren zouden een belangrijke rol kunnen spelen bij de keuze van een patiënt voor de spoedgevallendienst, en indien dit zo blijkt kan hiermee rekening worden gehouden voor het verder uitwerken van de eerstelijnszorg (16). Toch blijkt in een studie van De Maeseneer et al. dat 92% van de patiënten in België aangeeft dat hij/zij gemakkelijk toegang tot de huisarts vindt (19).

In een studie van steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin naar Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg werd nagegaan hoe lang een niet - acute patiënt gewoonlijk moet wachten op het consult bij de huisarts na het maken van de afspraak (19). Meer dan de helft van de bevraagde huisartsen in Vlaanderen (61.0%) rapporteerde dat patiënten normaal nog dezelfde dag op consultatie kunnen komen. Daarnaast rapporteert 98.5% van de Vlaamse patiënten dat ze het makkelijk vinden om een afspraak te maken bij een huisartsenpraktijk mochten ze dat willen Wanneer de artsenpraktijk zich in een niet stedelijke context situeert, moeten patiënten minder lang wachten op hun consultatie in vergelijking met wanneer de praktijk zich in een grootstedelijke context bevindt. In een niet stedelijke context kan 69% van de niet - acute patiënten gewoonlijk nog dezelfde dag een consultatie krijgen, ten opzichte van 48.7% in een grootstedelijke context. Geen enkele arts die werkt in een niet stedelijke omgeving vermeldt dat een patiënt langer dan een week moet wachten, terwijl toch 7.9% van de artsen werkzaam in een stedelijke context aangeeft dat een niet - acute patiënt doorgaans langer dan een week moet wachten op zijn consultatie. 1.0% van de bevraagde patiënten in Vlaanderen rapporteert dat het minder dan 20 minuten reizen is naar de huisartsenpraktijk. Vlaanderen scoort hiermee ongeveer op hetzelfde niveau als Nederland

(94.4%). Slechts 5.0% van de Vlaamse patiënten geeft aan dat de praktijk te ver ligt van hun huis of werk. De geografische toegankelijkheid van huisartsenzorg is in België veel hoger dan het Europese gemiddelde (13.4%).

2.4. Financiële ontmoediging

In België maakt men gebruik van een financiële ontmoediging (via een hoger forfaitair bedrag) om patiënten af te remmen om op eigen initiatief de spoedgevallendienst te consulteren. Het innen van dit bedrag is dan ook gekoppeld aan een aantal wettelijke randvoorwaarden. Er is geen inning van de forfaitaire bijdrage als: (a) de patiënt op urgentie komt met MUG, via dienst 100 of de politie (b) opname in het (dag)hospitaal of in observatie genomen voor minstens 12 uur (c) doorverwezen door een arts of (d) de patiënt spoed consulteert voor een indicatie opgenomen in een samenwerkingsprotocol (artikel 70 KB 25 april 2002) (1).

Toch blijkt de poging om het aantal zelf-verwijzers te doen afnemen door middel van het forfaitair bedrag, te weinig gekend en bijgevolg ook niet voldoende doeltreffend. Zo bleek uit het onderzoek van Gourbin et al. (1) in België in 2005 slechts 30% van de ondervraagden hiervan op de hoogte te zijn. Een andere studie van het kenniscentrum KCE toonde dat slechts 32% van de respondenten op de spoedgevallendienst op de hoogte waren over het innen van een hoger forfait. Daarnaast bleek dat deze kennis opvallend lager was bij de personen ouder dan 60 jaar, bij de groep met een laag opleidingsniveau, en bij de niet-actieven (1).

Niet onbelangrijk is dat patiënten bij de huisarts steeds onmiddellijk dienen te betalen, en op de spoedgevallendienst de rekening pas achteraf komt. Patiënten worden op deze manier niet gesensibiliseerd, aangezien op deze rekening achteraf de financiële ontmoediging amper valt te onderscheiden van de rekening. Daarnaast is een consultatie tijdens de wachtdienst van de huisarts ook niet goedkoop en nog altijd direct te betalen. Toch kost een consultatie op de spoedgevallendienst meer dan een consultatie bij de huisarts. Een studie uit 2003 in 6 grote ziekenhuizen toonde aan dat een consultatie op de spoedgevallendienst gemiddeld 101 euro meer kost dan een consultatie bij de huisarts (20). Dit verschil wordt voornamelijk verklaard door het veelvuldig gebruik van medische beeldvorming en labo op de spoedgevallen. Het aanrekenen van extra remgeld op de spoedgevallen bleek geen invloed te hebben op de keuze van hulpverlener bij de patiënten (21).

In België wordt ook gebruik gemaakt van verhoogde tegemoetkoming, ofwel de zogenaamde derdebetalersregeling, in bepaalde situaties. Men komt hiervoor in aanmerking op basis van een bruto belastbaar inkomen onder een zekere grens, maar ook onder meer andersvaliden en mensen met een leefloon uitgekeerd door het OCMW komen hiervoor in aanmerking. Dit wil zeggen dat de zorgverstrekker enkel het te betalen remgeld aan de patiënt aanrekent, de rest van het honorarium wordt rechtstreeks afgehandeld tussen de zorgverstrekker en het ziekenfonds (26).

Vergelijking kostprijs spoedgevallendienst en huisarts tijdens normale werkuren:

		Onmiddellijk te betalen som aan zorgverstrekker	**Remgeld bij gewone tegemoetkoming**	**Remgeld bij verhoogde tegemoetkoming**
Huisarts (8-18u)		24,48 €	4,00 €	1,00 €
Spoedgevallendienst (8-18u)	Zonder verwijzing huisarts	0,00 €	20,21 €	11,23 €
	Met verwijzing huisarts	0,00 €	4,50 €	1,67 €

Tabel 1: vergelijking prijslijst huisarts en spoedgevallendienst

Concluderend over de financiële ontmoediging vindt men in de literatuur geen sluitend bewijs van een invloed op het verminderen van de oneigenlijke aanmeldingen op de spoedgevallendienst. We zien dus dat op zich staande maatregelen hun doel missen om het aantal onnodige spoedgevallenbezoekers te beperken. Daarnaast houdt de maatregel van het hoger forfaitair bedrag risico's in voor bepaalde kwetsbare groepen. Bovendien stelt het KCE (2005) dat het innen van een persoonlijke bijdrage alleen maar effectief is als ook alternatieven worden aangeboden, die efficiëntere dienstverlening bieden voor bepaalde zorgvragen. Er moet eveneens voldoende aandacht gaan naar het informeren van het publiek over het bestaan en de

rol van die alternatieven. Bij het nemen van de beleidsmaatregelen moet overigens niet alles georiënteerd zijn op de patiënt, maar ook op de organisatie van de voorzieningen (1).

2.5. Determinanten van spoedgebruik

2.5.1 Algemene determinanten

Zoals eerder vermeld werden in het verleden reeds verschillende onderzoeken verricht naar de mogelijke determinanten voor de keuze van zelfverwijzers voor de spoedgevallendienst in plaats van voor de eerstelijnshulp (1, 8-11, 21).

Bij de keuze van mensen om spoedgevallendiensten te raadplegen, spelen ook andere dan financiële determinanten een bepalende rol. Het kennisrapport KCE (2005) stelt dat de keuze om bij een ervaren medisch probleem een spoedgevallendienst te raadplegen (in plaats van een eerstelijns-alternatief) niet zozeer blijkt beïnvloed te zijn door de betaling van een eigen bijdrage, maar door andere motivaties en determinanten. Zij stellen dat de volgende zaken een belangrijke rol spelen:

- *Het soort klacht* (objectief of subjectief) kan de patiënt ertoe aanzetten om zich tot de spoedgevallendienst te richten. In de literatuur wordt daarbij verwezen naar blessures en naar door de patiënt als dringend gepercipieerde klachten (1). In de studie van het KCE (2005) meldden zich op spoed vooral patiënten met bot- en gewrichtsproblemen, terwijl op de huisartsendiensten overwegend ademhalings- en spijsverteringproblemen worden behandeld (1).
- *De toegankelijkheid* motiveert de patiënt om zich al dan niet tot de spoedgevallendienst te wenden. Deze toegankelijkheid wordt gedefinieerd door verschillende zaken: de uurroosters van de huisartsen, de perceptie van de wachttijd voor de spoedgevallendienst (onderschat door de patiënten), de directe financiële toegankelijkheid, de perceptie dat de zorgen in de spoedgevallendienst gratis worden verstrekt, 24 uur per dag 7 op 7. Ook de geografische bereikbaarheid van de spoedgevallendienst speelt een rol (1).
- *Het vertrouwen* in de soort dienst en in de competenties van die dienst (technisch platform en medische specialismen aanwezig). Zo zouden mensen meer vertrouwen

kunnen hebben in de spoedgevallendienst door de specialistische setting, uitgebreidere apparatuur, … (1)

- *Het niet kennen van alternatieve oplossingen*. In een bevraging van patiënten op verschillende spoedgevallendiensten en eerstelijnsvoorzieningen in kader van de KCE studie kwam dit aspect meermaals aan bod. Patiënten stellen daar voor om beter te informeren over de organisatie van de eerstelijnsvoorzieningen. Patiënten die al vertrouwd zijn met huisartsenposten, spreken zich positief uit over dit type dienst. Een aantal patiënten oppert ook de mogelijkheid om telefonisch te kunnen consulteren (1).

Philips onderzocht in haar doctoraatsthesis onder andere wat de drijfveren zijn achter de keuze van de mensen in verband met de geraadpleegde hulpverlener of –dienst. De belangrijkste zaken waren: de gewoonte van de patiënt, de wachttijden en de verkregen informatie over de aandoening. Andere factoren die de keuze van de patiënt beïnvloeden zijn de toegankelijkheid, de mogelijkheid tot bijkomende onderzoeken en het uitstel van betaling (21).

Uit de geraadpleegde literatuur blijkt dat frequente gebruikers van spoedgevallendiensten specifieke medische karakteristieken hebben (chronisch zieken, verslaving, algemeen slechte gezondheidstoestand en psychiatrische aandoeningen). Bovendien blijken frequente gebruikers van spoedgevallendiensten ook zeer veelvuldig gebruik te maken van andere zorgvoorzieningen (1, 22). Uit het onderzoek van het KCE (2005) blijkt dat personen die een eerste maal gebruik maken van de spoedgevallendienst daarna in hetzelfde jaar frequentere gebruikers van de spoedgevallendienst zijn (1).

Een andere belangrijke determinant blijkt het beschikken over een eigen huisarts te zijn (1). Patiënten met een eigen huisarts gebruiken minder de spoedgevallendiensten dan de groep die wel een eigen huisarts heeft. In een Gentse studie vindt men terug dat van de groep patiënten zonder huisarts 83.6% beroep doet op de spoedgevallendienst, terwijl dit voor de groep met huisarts slechts 43.5% is (10).

Een andere belangrijke determinant is de algemene gezondheid van een persoon. Het blijkt dat mensen met een slechte fysieke en mentale gezondheid vaker gebruik zullen maken van de spoedgevallendienst (1). Wanneer er geen continuïteit is en een gebrek aan vertrouwen in de

gebruikelijke eerstelijnszorg zullen mensen sneller gebruik maken van de spoedgevallendienst (22, 23).

In een studie waar experten werden bevraagd bleken de volgende redenen voor hun als belangrijkst bepalende factoren voor het kiezen voor de spoedgevallendienst: de financiële factor (men moet niet onmiddellijk betalen in het ziekenhuis, bij de huisarts wel), gebrek aan kennis over de alternatieven voor de spoedgevallendienst (bijvoorbeeld huisartsenwachtpost), de wens om zo snel mogelijk een oplossing te hebben voor een probleem, de vrije keuze van de patiënt zowel naar zorginstelling als zorgverlener, een beperkt inschattingsvermogen van gezondheid en gezondheidsproblemen bij de zorgvragers (2).

2.5.2 Socio-economische determinanten

Literatuur die de socio-economische determinanten van het gebruik van spoedgevallendiensten in kaart brengt, is niet eenvormig. Tevens zijn studie ook vaak beperkt tot één enkel ziekenhuis, hetgeen de generalisatie voor de algemene bevolking moeilijk maakt. De voornaamste socio-economische determinanten die worden aangehaald zijn: opleidingsniveau, inkomen, geslacht, nationaliteit en leeftijd. Zo toonden Drummond et al. aan dat mensen uit achtergestelde buurten nog moeilijker toegang hebben tot een huisarts dan mensen uit niet-achtergestelde buurten (24). Dit gaat gepaard met de fysieke ontoegankelijkheid (openbaar vervoer, afstand tot de praktijk,…), vandaar ook de neiging om sneller de spoedgevallendienst te contacteren. Mensen uit achtergestelde buurten geven aan overdag bijna dubbel zoveel moeilijkheden te ondervinden voor toegang tot hun huisarts. In het KCE rapport wordt opgemerkt dat alleenstaande mensen ook onder de groep „frequente gebruikers‟ van de spoedgevallendienst vallen. Een studie van Hastings et al. (2007) bevestigt dit. Hier werd nagegaan of een gebrek aan sociale ondersteuning leidt tot meer bezoeken aan de spoedgevallendienst. Alleenstaande mensen hebben tot 60% meer de neiging om de spoedgevallendienst te bezoeken in vergelijking met samenwonende mensen (24). In Gent toont Bakelandt et al. dat mensen uit een achtergestelde buurt bijna vier maal meer de tendens hebben om te kiezen voor een spoedgevallendienst in vergelijking met mensen uit een niet-achtergestelde buurt. Er blijkt dus effectief een samenhang te zijn tussen het gebruik van spoedgevallendienst en de mate van achterstelling van de buurt waarin de patiënt woont.

3. Opzet en doel van de studie

Het doel van deze studie is het nagaan van de beweegredenen van zelf-verwijzers bij het kiezen voor de spoedgevallendienst tijdens de kantooruren. Daarnaast wordt geprobeerd deze grote groep zelfverwijzers te omschrijven in termen van socio-economische status. Op deze manier is het de bedoeling om doelgroepen te identificeren voor bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes en voor het ontwikkelen van maatregelen voor een betere echelonnering. Het is enkel na volledig begrip van de oorzaken van het probleem van het stijgend aantal zelf-verwijzingen dat er doelmatig kan worden ingegrepen.

Dit onderzoek ging om deze reden ook door tijdens de kantooruren (tussen 8u en 18 u) van maandag tot vrijdag in Knokke-Heist. Dit in de veronderstelling dat patiënten die zich via zelfverwijzing aanboden wel de mogelijkheid hadden om eerst hun huisarts te consulteren, maar toch bewust gekozen hebben om naar de spoedgevallendienst te gaan in plaats van de naar de huisarts.

Deze studie bestaat uit een kwantitatief onderzoek waarbij door de HAIO (die op het moment van het onderzoek werkzaam was op de spoedgevallendienst) vragenlijsten werden uitgedeeld aan alle patiënten die de spoedgevallendienst consulteerden. Door middel van de lager beschreven in-en exclusiecriteria werd getracht om enkel zelf-verwijzers te ondervragen met niet-levensbedreigende problemen.

4. Methode

4.1. Setting

Data werden verzameld op de spoedgevallendienst van het AZ Zeno in Knokke-Heist, dit is het enige ziekenhuis in Knokke-Heist. Knokke-Heist is een gemeente met ongeveer 33.000 inwoners. Deze bevolking bestaat uit 27% <35-jarigen, 32% 36 tot 59- jarigen en 41% >60-jarigen. In Knokke-Heist wonen 6,2% niet-Belgen (27). Volgens Kind en Gezin zouden er in Knokke-Heist in 2014 16,4% kansarme geboortes geweest zijn (27). Knokke-Heist is niet erkend als huisarts-arme gemeente volgens de officiële lijst van het RIZIV, dit wil zeggen dat er officieel voldoende huisartsen per aantal inwoners aanwezig zijn (25).

4.2.Tijdsverloop van de studie

Het eigenlijke verzamelen van gegevens op de spoedgevallendienst, via de afname van enquêtes, is van start gegaan begin oktober 2014 en liep onafgebroken door tot eind februari 2015.

4.3. Participanten

De bekomen data werden verkregen van maandag tot vrijdag tijdens de kantooruren (8u-18u). In het weekend, tijdens feestdagen en na kantooruren werden geen patiënten gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Het doel van deze studie is om redenen voor niet verwezen zorggebruik te identificeren, dit betekent dat de patiënten geselecteerd werden op basis van leeftijd (≥ 18 jaar) en van wijze van aanmelding (eigen initiatief).
Aan de deelnemers werd na een korte uitleg gevraagd om een enquête (bijlage 1) in te vullen, dit meestal tijdens de wachttijd op de spoedgevallendienst. De inclusiecriteria voor het invullen van de enquête waren: (i) zelfverwijzing en dus niet in bezit zijn van een verwijzing door de huisarts, (ii) zich aanmelden tijdens de kantooruren tijdens weekdagen, (iii) geen levensbedreigende gezondheidsproblemen bezitten, (iv) ≥18 jaar en (v) zonder aanmelding via ambulance/MUG. Er werd dus geen rekening gehouden met de volgende zaken: (i) of de patiënt al dan niet werd opgenomen in het ziekenhuis na de spoedconsultatie, (ii) gebruik van de gipskamer, (iii) consultatie van de psychiater, etc. Het is dus goed mogelijk dat een deel van de participanten achteraf werd opgenomen in het ziekenhuis of geopereerd.

Na het geven van informatie door de HAIO en via de informatiefolder (bijlage 3) gaven alle patiënten geschreven toestemming via een informed consent (bijlage 2) om deel te nemen aan de studie. Afname van de enquêtes gebeurde steeds door de HAIO zelf. Hierdoor werden enkele patiënten met specifieke of bijzondere pathologieën (zoals follow-up van oncologische patiënten of transplantatie patiënten) die zich aanmelden op de spoedgevallendienst zonder verwijzing maar met gegronde reden om zich onmiddellijk tot de tweede lijn te wenden geëxcludeerd. Deze patiënten werden door de HAIO zelf uitgesloten uit de studie.

4.4. Methode

De verzamelde data werden geanalyseerd met behulp van SPSS (IBM, versie 22). In eerste instantie werden beschrijvende tabellen gemaakt met daarin de socio-economische factoren en de redenen voor aanmelding op spoedgevallendienst in het AZ Zeno te Knokke. Daarna werden multipele logistische regressiemodellen opgebouwd voor de volgende socio-economische factoren: geslacht, leeftijd, opleiding, financiële situatie, en het hebben van een vaste huisarts. Mogelijke multicollineariteit werd nagegaan via de Pearson correlatietest en de cutoff van 0.60 werd toegepast. Er werd geen multicollineariteit tussen de onafhankelijke variabelen geobserveerd. Resultaten werden als statistisch significant bevonden bij een p-waarde van $<0,05$. Via binaire logistische regressie modellen werd de relatie onderzocht tussen de onafhankelijke variabelen en de meest voorkomende redenen waarvoor patiënten zich op eigen initiatief tot de spoedgevallendienst wenden.

De belangrijkste variabelen werden vóór statistische verwerking in subcategorieën onderverdeeld. De variabele ‘leeftijd’ werd verdeeld in de volgende groepen: 18-35, 36-45, 46-60 en ≥61-jarigen. ‘Financiële situatie’ werd herverdeeld in de volgende groepen: gemakkelijk en moeilijk. Mensen die zeer gemakkelijk en gemakkelijk aanduiden op de enquête werden bij de groep ‘gemakkelijke financiële situatie’ verdeeld, mensen die moeilijk of zeer moeilijk aanduiden op de enquête werden herverdeeld onder de groepsnaam ‘moeilijke financiële situatie’. Voor de variabele ‘nationaliteit’ werd de groep herverdeeld in Belgen en niet-Belgen. Alle andere dan Belgische nationaliteiten werden dus in éénzelfde groep van niet-Belgen onderverdeeld. Voor de variabele ‘opleiding’ werden drie subcategorieën gemaakt: laag (geen diploma of enkel een diploma lager onderwijs), midden (lager secundair en hoger secundair) en

hoog (hoger onderwijs). De variabele ‘werk’ werd onderverdeeld in de volgende categorieën: mensen met werk, mensen zonder werk, gepensioneerden en studenten.

De referentiecategorieën bij de logistische regressie waren voor ‘leeftijd’ de categorie ≥61 jaar, voor ‘opleiding’ de categorie hoge opleiding, voor ‘geslacht’ de categorie mannen, voor ‘nationaliteit’ de categorie niet-Belgen, voor ‘het hebben van een huisarts’ de categorie zonder vaste huisarts, en voor ‘financiële situatie’ de categorie met een moeilijke financiële situatie.

4.5.Ethische commissie

Toestemming van de ethische commissie van UZ Gent alsook toestemming van de ethische commissie van AZ Zeno Knokke voor het uitvoeren van deze studie werden verkregen (bijlage 4 en 5).

5. Resultaten

In totaal werden bij 279 patiënten vragenlijsten afgenomen, waarvan 128 (46%) vrouwen en 150 (54%) mannen. 90,3% van de ondervraagden hebben de Belgische nationaliteit. Met betrekking tot opleiding zien we de volgende verdeling: 70,9% is hoogopgeleid, 15,1% is midden opgeleid en 9,5% is laagopgeleid. Bij 79,4% is de financiële situatie gemakkelijk en 20,6% geeft aan een eerder moeilijke financiële situatie te hebben. Slechts 6,4% van de ondervraagden bleek geen vaste huisarts te hebben *(tabel 2)*.

T*abel 3* geeft een overzicht van de redenen waarom patiënten zich zonder verwijzing tot de spoedgevallendienst wenden. Als voornaamste redenen zien we hier: "gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven" (23,4%) , "ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (bijvoorbeeld RX-foto, CT-scan, echo, …)" (37,1%) , "ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft" (25,2%), "ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan me dit probleem" (20,5%) en "ik ben hier reeds geweest" (21,6%).

Daarnaast zegt 11,9% van de patiënten eerst zijn/haar huisarts te hebben gebeld, maar niet bij hem/haar terecht te kunnen. Bij deze vraag kregen patiënten de kans om de reden voor het niet terecht te kunnen bij de huisarts specificeren. Volgende redenen waarom de patiënt niet langs kon bij de huisarts komen het meest naar voor : "het was te druk bij de huisarts en ik kon niet (of niet onmiddellijk) bij hem/haar terecht" , "mijn huisarts is in verlof of heeft geen dienst vandaag" , "de huisarts verwees mij zelf telefonisch naar spoed door" , "mijn huisarts had nu geen spreekuur", "er is een te lange wachttijd bij de huisarts", "ik wacht al de hele dag op huisbezoek van mijn huisarts maar na 3u wachten ben ik naar hier gekomen".

Patiënten hadden ook de mogelijkheid om een andere reden op te geven dan diegene die opgenomen waren in de vragenlijst. Hieruit kwamen zeer veel verschillende antwoorden naar voor, met als voornaamste de volgende: "het is een arbeidsongeval en het werk verwees mij naar hier door", "ik ben hier op vakantie en heb hier geen huisarts", "de huisarts zou mij toch hebben doorverwezen naar spoed", "er is een te lange wachttijd voor consultaties van bepaalde specialist en daarom kom ik via spoed", "ik heb gebeld naar de spoed en ze zeiden dat ik mocht komen", "mijn huisarts kan mij met dit probleem toch niet helpen en daarom kom ik direct naar spoed". Van al deze redenen bleek de reden van arbeidsongeval of doorverwijzing van de

arbeidsgeneesheer toch het meest voorkomend, en dit voornamelijk bij orthopedische/traumatologische problemen.

In *tabel 4* zien we een overzicht met de verschillende pathologieën van de participerende patiënten. Hieruit blijkt dat 61,2% van de aanmeldingen in dit onderzoek tot de traumatologie/orthopedie behoren, daarnaast observeren de onderzoekers 12,2% heelkundige aanmeldingen en 9,7% inwendige problemen.

De meest gekozen redenen uit de enquête bleken de volgende: "gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven", "ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (bijvoorbeeld RX-foto, CT-scan, echo, …)", "ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft", "ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem" en "ik ben hier reeds geweest". Voor deze redenen werd een binaire logistische regressie uitgevoerd waarbij werd gecontroleerd op geslacht, leeftijd, nationaliteit, financiële situatie, opleiding en het hebben van een vaste huisarts (zie *tabel 5, 6, 7, 8 en 9*).

5.1. "Gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven" (*tabel 5*)

Voor deze reden zien we dat enkel de leeftijd 18-35 jaar significant is. Het blijkt zo dat voor deze groep de odds om voor deze reden naar de spoedgevallendienst te gaan 4,5 kleiner is ten opzichte van de referentiecategorie leeftijd ≥61 jaar. Geslacht, nationaliteit, financiële situatie, opleiding en het hebben van een vaste huisarts blijken geen significante invloed te hebben op het kiezen voor de spoedgevallendienst voor deze reden.

5.2. "Ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (bijvoorbeeld RX-foto, CT-scan, echo, …)" (*tabel 6*)

Voor deze reden zien we dat enkel de leeftijd 46-60 jaar statistisch significant is. De odds dat deze groep voor deze reden naar de spoedgevallendienst gaat is dus 2,538 kleiner ten opzichte van de referentiecategorie leeftijd ≥61 jaar. Verder zien we ook hier geen significante invloed van geslacht, nationaliteit, financiële situatie, opleiding en het hebben van een vaste huisarts voor het kiezen voor de spoedgevallendienst voor deze reden.

5.3. “Ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft” (*tabel 7*)

Voor deze reden zien we dat de leeftijdsgroep 18-35 jaar en de leeftijdsgroep 46-60 jaar significant zijn en dus de odds om voor deze reden de spoedgevallendienst op te zoeken is respectievelijk 2,967 en 4,566 kleiner ten opzichte van de referentiecategorie leeftijd ≥61 jaar. Daarnaast zien we ook dat het hebben van een lage opleiding significant is voor deze reden en de odds om voor deze reden naar de spoedgevallendienst te gaan is 2,859 groter ten opzichte van het hebben van een hoge opleiding. Geslacht, nationaliteit, financiële situatie en het hebben van een vaste huisarts blijken opnieuw geen significante invloed te hebben voor het kiezen voor de spoedgevallendienst voor deze reden.

5.4. “Ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem” (*tabel 8*)

Voor deze reden zien we dat de leeftijdsgroep 36-45 jaar significant is en dat de odds dat zij voor deze reden naar de spoedgevallendienst komen 3,105 kleiner is ten opzichte van de referentiecategorie leeftijd ≥ 61 jaar. Daarnaast werd gezien dat ook het hebben van een vaste huisarts significant is, dit wil zeggen dat voor deze groep de odds om voor deze reden naar de spoedgevallendienst te gaan 3,086 kleiner is ten opzichte van de referentiegroep het niet hebben van een vaste huisarts. We zien dat nationaliteit, onderwijs, geslacht en financiële situatie geen significante invloed hebben op het kiezen voor de spoedgevallendienst voor deze reden.

5.5. “Ik ben hier reeds geweest” (*tabel 9*)

Voor de reden “ik ben hier reeds geweest” zien we dat de leeftijdsgroepen 18-35 jaar, 36-45 jaar en 46-60 jaar statistisch significant zijn en voor deze groepen zijn de odds om voor deze reden naar de spoedgevallendienst te komen respectievelijk 2,518; 2,906 en 4,132 kleiner ten opzichte van referentiecategorie leeftijd ≥61 jaar. Verder zien we dat nationaliteit, onderwijs, geslacht, financiële situatie en het hebben van een vaste huisarts geen significante invloed hebben op het kiezen voor de spoedgevallendienst voor deze reden.

***Tabel 2**: socio-economische karakteristieken van de deelnemers*

	Aantal (Valid Percentage)
Geslacht	
Vrouw	128 (46%)
Man	150 (54%)
Leeftijd	
18-35 jaar	91 (33%)
36-45 jaar	57 (20,7%)
46-60 jaar	71 (25,7%)
≥61 jaar	57 (20,7%)
Nationaliteit	
Belg	250 (90,3%)
Niet-Belg	27 (9,7%)
Opleiding	
Laag	25 (9,5%)
Midden	42 (15,1%)
Hoog	197 (70,9%)
Financiële situatie	
Gemakkelijk	204 (79,4%)
Moeilijk	53 (20,6%)
Vaste Huisarts	
Ja	250 (93,6%)
Neen	17 (6,4%)

Tabel 3: *aantal 'ja' antwoorden voor de verschillende redenen*

	Aantal (Valid Percentage)
Ik moet hier niet lang wachten	41 (14,7%)
Ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem	57 (20,5%)
Ik ben hier reeds geweest	60 (21,6%)
Ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft	70 (25,2%)
Ik kom meestal met mijn (gezondheids)problemen naar de spoedgevallen	5 (1,8%)
Mijn familie/vrienden hebben mij de spoedgevallen aangeraden	41 (14,7%)
Ik moet tijdens het bezoek niets betalen op de spoedgevallen	12 (4,3%)
De spoedgevallendienst was voor mij het dichtstbij	47 (16,9%)
De spoedgevallendienst verleent de beste zorg	37 (13,3%)
Gezien mijn medische voorgeschiedenis is de spoedgevallendienst de beste keuze voor mijn probleem	27 (9,7%)
Gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven	65 (23,4%)
Ik heb te lang zorg uitgesteld waardoor mijn probleem enkel kan verholpen worden op de spoedgevallendienst	12 (4,3%)
Ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (RX, CT, echo, …)	103 (37,1%)
De spoedgevallendienst was voor mij het gemakkelijkst bereikbaar	19 (6,8%)
Ik heb mijn huisarts eerst gebeld, maar ik kon niet bij hem/haar terecht	33 (11,9%)

Tabel 4: *aantal gestelde diagnosen per specialisatie*

	Aantal (Valid Percentage)
Traumatologie	169 (61,2%)
Heelkunde	34 (12,3%)
Inwendige ziekten	27 (9,8%)
Oftalmologie	8 (2,9%)
Dermatologie	2 (0,7%)
Stomatologie	2 (0,7%)
Psychiatrie	2 (0,7%)
NKO	5 (1,8%)
Urologie	8 (2,9%)
Fysische geneeskunde	13 (4,7%)
Neurologie	5 (1,8%)
Gynaecologie	1 (0,4%)

Tabel 5: *Binaire logistische regressie voor reden 11: "Gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven"*

	B	**SE**	**Wald**	**Sig.**	**Odds ratio**	**BI (95%)**
Geslacht						
Vrouw	-0,530	0,340	2,429	0,119	0,589	0,302-1,146
Man						
Leeftijd						
18-35 j	-1,504	0,493	9,328	**0,002**	0,222	0,085-0,583
36-45 j	-0,092	0,442	0,043	0,835	0,912	0,384-2,168
46-60 j	-6,17	0,561	1,792	0,181	0,540	0,219-1,331
≥61 j			11,328	0,010		
Opleiding						
Laag	0,103	0,579	0,032	0,859	1,108	0,356-3,449
Midden	0,460	0,463	0,990	0,320	1,584	0,640-3,924
Hoog			0,990	0,610		
Nationaliteit						
Belg	-0,195	0,537	0,132	0,717	0,823	0,424-3,479
Niet-Belg						
Vaste Huisarts						
Ja	1,486	1,059	1,971	0,160	4,421	0,555-35,208
Neen						
Fin. Situatie						
Gemakkelijk	0,434	0,433	1,001	0,317	1,543	0,277-1,516
Moeilijk						

Tabel 6: *Binaire logistische regressie voor reden 13: "Ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (bvb. RX-foto, CT-scan, echo, …)"*

	B	**SE**	**Wald**	**Sig.**	**Odds ratio**	
Geslacht						
Vrouw	0,432	0,280	2,388	0,122	1,541	0,891-2,665
Man						
Leeftijd						
18-35 j	-0,260	0,378	0,473	0,492	0,771	0,368-1,617
36-45 j	-0,113	0,409	0,077	0,782	0,893	0,400-1,991
46-60 j	-0,932	0,428	4,749	**0,029**	0,394	0,170-0,910
≥61 j			5,796	0,122		
Opleiding						
Laag	-0,873	0,523	2,781	0,095	0,418	0,150-1,165
Midden	0,194	0,393	0,243	0,622	1,214	0,562-2,621
Hoog			3,412	0,182		
Nationaliteit						
Belg	0,443	0,478	0,861	0,354	1,557	0,252-1,637
Niet-Belg						
Vaste Huisarts						
Ja	-0,042	0,550	0,006	0,939	0,959	0,326-2,818
Neen						
Fin. Situatie						
	-0,437	0,346	1,598	0,206	0,646	0,786-3,048
Gemakkelijk						
Moeilijk						

Tabel 7: *Binaire logistische regressie voor reden 4: "Ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft"*

	B	**SE**	**Wald**	**Sig.**	**Odds ratio**	**BI (95%)**
Geslacht						
Vrouw	-0,461	0,334	1,903	0,168	0,631	0,328-1,214
Man						
Leeftijd						
18-35 j	-1,087	0,417	6,796	**0,009**	0,337	0,149-0,764
36-45 j	-0,822	0,451	3,327	0,068	0,440	0,182-1,063
46-60 j	-1,519	0,489	9,639	**0,002**	0,219	0,084-0,571
≥61 j			11,358	0,010		
Opleiding						
Laag	1,050	0,487	4,647	**0,031**	2,859	1,100-7,430
Midden	0,110	0,469	0,055	0,815	1,116	0,445-2,796
Hoog			4,702	0,095		
Nationaliteit						
Belg	-0,535	0,495	1,170	0,279	0,586	0,648-4,501
Niet-Belg						
Vaste Huisarts						
Ja	0,322	0,692	0,217	0,642	1,380	0,356-5,351
Neen						
Fin. Situatie						
	-0,383	0,389	0,971	0,324	0,682	0,685-3,143
Gemakkelijk						
Moeilijk						

Tabel 8: *Binaire logistische regressie voor reden 2: "Ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem"*

	B	**SE**	**Wald**	**Sig.**	**Odds ratio**	**BI (95%)**
Geslacht						
Vrouw	0,020	0,347	0,003	0,953	1,021	0,517-2,015
Man						
Leeftijd						
18-35 j	-0,182	0,427	0,182	0,669	0,833	0,361-1,925
36-45 j	-1,132	0,554	4,173	**0,041**	0,322	0,109-0,955
46-60 j	-0,657	0,495	1,762	0,184	0,518	0,196-1,368
≥61 j			5,326	0,149		
Opleiding						
Laag	-0,359	0,600	0,358	0,550	0,698	0,215-2,265
Midden	-0,253	0,509	0,249	0,618	0,776	0,286-2,103
Hoog			0,523	0,770		
Nationaliteit						
Belg	0,306	0,613	0,249	0,618	1,358	0,222-2,447
Niet-Belg						
Vaste Huisarts						
Ja	-1,128	0,554	4,143	**0,042**	0,324	0,109-0,959
Neen						
Fin. Situatie						
	0,377	0,469	0,645	0,422	1,458	0,273-1,721
Gemakkelijk						
Moeilijk						

Tabel 9: *Binaire logistische regressie voor reden 3: "Ik ben hier reeds geweest"*

	B	**SE**	**Wald**	**Sig.**	**Odds ratio**	**BI (95%)**
Geslacht						
Vrouw	-0,068	0,345	0,039	0,844	0,935	0,475-1,838
Man						
Leeftijd						
18-35 j	-0,924	0,422	4,795	**0,029**	0,397	0,174-0,908
36-45 j	-1,066	0,486	4,807	**0,028**	0,344	0,133-0,893
46-60 j	-1,420	0,504	7,942	**0,005**	0,242	0,090-0,649
≥61 j			9,716	0,021		
Opleiding						
Laag	0,287	0,524	0,300	0,584	1,333	0,477-3,726
Midden	0,065	0,476	0,019	0,891	1,067	0,420-2,713
Hoog			0,301	0,860		
Nationaliteit						
Belg	0,095	0,562	0,029	0,866	1,100	0,302-2,735
Niet-Belg						
Vaste Huisarts						
Ja	-0,388	0,631	0,378	0,539	0,679	0,197-2,335
Neen						
Fin. Situatie						
	-0,629	0,396	2,519	0,112	0,533	0,863-4,081
Gemakkelijk						
Moeilijk						

6. Discussie

Overconsumptie van de spoedgevallendienst is een belangrijk probleem binnen de gezondheidszorg. Dit heeft een toename van de kosten voor de totale gezondheidszorg tot gevolg en een afname van de efficiëntie van de spoedgevallendiensten. Daarnaast is het ook voor de patiënt aangeraden om met niet-dringende of levensbedreigende klachten de huisarts te consulteren aangezien die een bredere en minder ziekte-specifieke kijk op het probleem kan hebben. Na analyse van de literatuur vinden we een veelvoud aan mogelijke bepalende factoren voor de overconsumptie van de spoedgevallendienst door zelf-verwijzers. Zowel socio-economische factoren, alsook organisatorische problemen zouden een rol spelen.

Uit de analyse van de enquêtes in een regionaal ziekenhuis in Knokke-Heist zien we dat er in de onderzochte groep geen belangrijke socio-economische verschillen in de opgegeven redenen teruggevonden worden. De enige significante resultaten die gevonden werden is dat er altijd een verschil is tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Er moet worden vermeld dat de onderzochte groep voor 70,9% uit hoogopgeleiden bestond en 79,4% aangaf een gemakkelijke financiële situatie te hebben. Dit kan mogelijks voor een deel verklaren waarom weinig significante verschillen in socio-economische status opgemerkt werden aangezien het hier gaat om een groep patiënten met een relatief hoge socio-economische status en weinig diversiteit. Ook zien we geen verschillen in etniciteit met slechts weinig niet-Belgen (9,7%). Omwille van deze reden kunnen we met dit onderzoek aldus de conclusie van voorgaande onderzoeken dat allochtonen meer gebruik zouden maken van de spoedgevallendienst niet bevestigen of ontkrachten.

Wanneer we kijken naar de belangrijkste redenen/motivaties van de patiënten om de spoedgevallendienst op te zoeken blijkt dit vaak te maken te hebben met het inschatten van hun ziekte/probleem. Zo denkt een groot deel van de patiënten een ernstig probleem te hebben dat hulp op de spoedgevallendienst noodzakelijk maakt. De ernst van de aanmeldingsklacht werd niet onderzocht in deze studie en hier kunnen dus geen uitspraken met zekerheid worden gedaan. Echter de klachten bij de ondervraagde patiënten waren veelal niet dringend of levensbedreigend naar inschatting van de HAIO. Dit fenomeen werd reeds aangetoond in eerdere studies over het beperkte inschattingsvermogen van zorgvragers (1, 8, 13). Een andere veel aangehaalde reden is dat patiënten denken dat er verder onderzoek, en dan voornamelijk beeldvorming, nodig zal zijn voor hun probleem. Dit is gelinkt aan het feit dat we in de

frequentietabel voor specialisaties een groot deel orthopedische/traumatologische aanmeldingen hebben. Patiënten denken vaak dat er sowieso beeldvorming nodig zal zijn, zelfs al blijkt dit achteraf zeker niet altijd zo te zijn. Daarnaast hoeft het al dan niet noodzakelijk zijn van beeldvorming ook geen reden te zijn om de spoedgevallendienst op te zoeken, aangezien de huisarts ook kan verwijzen voor beeldvorming. De verwachting van beeldvorming op zich zou dus niet de noodzaak tot de spoedgevallendienst mogen verantwoorden.
Ook de redenen "ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft" en "ik ben hier reeds geweest" werden frequent als reden gegeven door patiënten, en dit toont aan dat gebruikers van de spoedgevallendienst vaak al eerder gebruik hebben gemaakt van de spoedgevallendienst. Dit bevestigt resultaten die ook in eerdere studies werden aangetoond (1).

Opvallend is dat 4,3% van de patiënten het niet onmiddellijk moeten betalen op de spoedgevallendienst als één van de redenen vermeldt voor aanmelding op de spoedgevallendienst. Al is dit maar een klein aantal personen (12 patiënten), toch is dit niet onbelangrijk. Hierbij moet nogmaals vermeld worden dat we hier misschien met een selectiebias zitten, aangezien het merendeel van de ondervraagden hoogopgeleid is en geen financiële problemen heeft. Dit kan dus ook een verklaring zijn voor het feit dat deze reden weinig aangegeven werd. Toch maakt zelfs dit kleine aantal personen nogmaals duidelijk dat de financiële ontmoediging voor zelf-verwijzers vaak zijn doel mist, zoals ook uit de literatuurstudie duidelijk werd.

11,9% van de patiënten zegt eerst contact te hebben genomen met zijn/haar huisarts maar om verschillende redenen daar niet terecht kon op dat moment; de voornaamste reden hiervoor bleek de te lange wachttijd te zijn. Zoals eerder vermeld in de literatuurstudie blijkt hieruit nogmaals dat patiënten de wachttijd op de spoedgevallendienst onderschatten. Ze gaan naar de spoedgevallendienst om snel te worden geholpen, maar dit blijkt helaas niet altijd zo te zijn met soms lange wachttijden op de spoedgevallendienst. Het aangeven van deze reden voor het aanmelden op de spoedgevallendienst toont nogmaals aan dat patiënten vaak hun eigen probleem overschatten, zo denken zij dat het onmogelijk is om nog enkele uren te wachten vooraleer gezien te worden door de huisarts, iets wat in werkelijkheid mogelijks niet altijd zo is. Toch moeten we na het zien van deze resultaten ook stilstaan bij de organisatie van onze eerstelijnszorg. Is er een probleem aan het ontstaan van beschikbaarheid van de huisarts? Kan de patiënt diezelfde dag bij zijn/haar huisarts terecht voor acute problemen? De huisartsgeneeskunde is de laatste jaren veel veranderd, met meer en meer groepspraktijken,

meer vrouwelijke artsen, striktere regeling van de uren en organisatie van de groepspraktijken, etc. Van alle aanmeldingen blijken 61,2% te behoren tot de traumatologische/orthopedische aandoeningen. Dit heeft deels te maken met de veronderstelling van patiënten dat er in die gevallen beeldvorming nodig is. Daarnaast werd in deze studie niet geselecteerd op basis van mogelijke nabehandeling en het is dus goed mogelijk dat een deel van deze traumatologische aanmeldingen nadien een operatie of het plaatsen van een gips ondergingen. In geval van een zware val of een duidelijke malformatie van een gewricht/lichaamsdeel is te rechtvaardigen dat patiënten zich onmiddellijk naar de spoedgevallendienst begeven. Toch is zoals eerder reeds vermeld bij een belangrijk deel van de traumatologische aanmeldingen geen beeldvorming nodig en zelfs indien beeldvorming toch nodig blijkt kan dit in principe ook via de huisarts gebeuren. Daarnaast is het is ook niet verrassend dat 12,2% van de aanmelding tot de heelkundige aandoeningen behoren, hier gaat het voornamelijk om snijwonden, maar ook bijvoorbeeld acute appendicitis, cholecystitis, etc. Ondanks het feit dat de huisarts ook hechtingen kan doen en bijna iedere huisarts hiervoor het materiaal en de kennis heeft, blijkt vaak dat patiënten ook met deze problemen onmiddellijk naar de spoedgevallendienst gaan zonder de huisarts te consulteren.

We zien ook dat voor de reden “ik wist niet waar ik anders naartoe kon met dit probleem” er een statistisch significant verschil wordt gezien voor het niet hebben van een vaste huisarts. Patiënten zonder huisarts zullen dus nog sneller de spoedgevallendienst opzoeken wegens gebrek aan alternatieven. Dit benadrukt nogmaals het belang van het hebben van een vaste huisarts. Toch moet ook worden benadrukt dat slechts 6,4% van de ondervraagden geen vaste huisarts hadden. 93,6% van de ondervraagden bleek wel een vaste huisarts te hebben, een cijfer dat in de lijn ligt van in eerdere studies aangetoonde cijfers (5, 19).

7. Beperkingen en aanbevelingen

Door middel van het afnemen van enquêtes op de spoedgevallendienst werd getracht om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van mensen die zich overdag aanmelden op spoed zonder verwijzing van de huisarts. Hieromtrent gebeurden tot nu toe weinig studies, dit kan deels worden verklaard door het feit dat het grootste deel van het oneigenlijke gebruik nog steeds na de kantooruren gebeurt. Om deze reden kunnen dus op basis van deze studie geen algemene uitspraken gedaan worden over alle oneigenlijke gebruik.

Door de tijdspanne van deze masterproef was het slechts mogelijk om 279 enquêtes af te nemen. Dit zorgt ervoor dat het hier om een relatief kleine steekproef gaat. Daarnaast is het belangrijk te vermelden dat binnen deze studie sprake is van een selectiebias. Knokke-Heist is namelijk een welgestelde gemeente en dit blijkt ook uit opleidingsniveau van de ondervraagde patiënten (70,9% hoogopgeleiden) en de financiële situatie (79,4% gemakkelijk). Daarnaast maakten ook slechts weinig niet-Belgen (9,7%) deel uit van de ondervraagde patiënten. Het is hierdoor dus moeilijk om deze resultaten te generaliseren en conclusies te trekken naar de algemene populatie wat betreft socio-economische status en verschillen hierin.

Door gebruik te maken van selectiecriteria en het hierbij uitsluiten van minderjarigen worden ouders met kinderen uitgesloten uit deze studie. Nochtans maken zij een niet te verwaarlozen deel uit van de zelf-verwijzingen op de spoedgevallendienst. Het is dus mogelijk dat we hier een belangrijke groep zorggebruikers negeren.
Verder is het mogelijk dat door strikt rekening te houden met de inclusie-en exclusiecriteria bepaalde zaken gemist worden. Het is namelijk zo dat we soms zien dat mensen zich aanmelden op de spoedgevallendienst zonder verwijzing met relatief ernstige aandoeningen, en anderzijds mensen binnengebracht worden met een ambulance die zij zelf belden om redenen die achteraf gezien niet dringend of levensbedreigend blijken te zijn. Door vast te houden aan de in-en exclusiecriteria kan het dus zijn dat er een bepaalde bias gecreëerd wordt.

Algemeen is het moeilijk om conclusies te trekken uit dit onderzoek aangezien we slechts weinig statistisch significante resultaten konden bekomen (hetgeen grotendeels te verklaren is door de kleine steekproef). Toch werden een aantal bevindingen uit de literatuur bevestigd en hebben we een beter idee van de reden voor de keuze voor de spoedgevallendienst tijdens de normale werkuren van de huisarts. Indien er een grotere dataset zou bekomen zijn, met

onderzoek in verschillende ziekenhuizen en verschillende steden zou het mogelijk geweest zijn om hier conclusies uit te trekken. Daarnaast zou het ook interessant zijn om verschillen te onderzoeken tussen ziekenhuizen in stedelijke en rurale gebieden. Uitgebreider onderzoek is dus nodig om dan – rekening houdend met de sociaal-demografische achtergrond van de populaties – trachten te zoeken naar een manier waarop deze groepen het beste gesensibiliseerd kunnen worden, zodat men beter de weg vindt in het gezondheidszorgsysteem in België. Er is behoefte aan een betere en systematische registratie van zorgconsumptiegegevens van verschillende socio-economische categorieën. Er is bovendien een behoefte aan meer diepgravend kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar de complexe samenhang van gedragsdeterminanten, het gebruik van zorgvoorzieningen en de karakteristieken van sociale groepen. Enkel dan zal de impact van beleidsmaatregelen/interventies op het consumptiegedrag van uiteenlopende sociale groepen beter begrepen kunnen worden.

Daarnaast lijkt het ook interessant om verder onderzoek te doen naar de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg tijdens de normale werkuren. Uit deze studie blijkt reeds dat toch een deel van onze onderzochte populatie eerst de huisarts belde en dus bereid zou zijn naar de huisarts te gaan indien hij/zij niet te lang moet wachten. We kunnen ons de vraag stellen of dit een probleem van de organisatie van onze eerstelijnszorg aantoont? Anderzijds moet men zich ook de vraag stellen of het noodzakelijk is dat patiënten met niet-levensbedreigende zaken onmiddellijk dienen gezien te worden door een huisarts en of dit in realiteit haalbaar is? Ook lijkt het belangrijk om patiënten te informeren over de mogelijke wachttijden op de spoedgevallendienst.

8. Conclusie

Met deze studie wordt nogmaals bevestigd dat patiënten het moeilijk hebben hun eigen gezondheidsproblemen in te schatten, en hierdoor dus ook problemen hebben bij het inschatten van de ernst hiervan. Het feit dat mensen in België de vrije keuze hebben om naar de spoedgevallendienst of specialist te gaan geeft duidelijk aan dat de verantwoordelijkheid van de zorgkeuze bij de patiënt wordt gelegd. Wanneer men werkt met een gatekeepersfunctie of poortwachterssysteem wordt de keuze om een specialist of spoedgevallendienst te consulteren geprofessionaliseerd en zal de instroom van patiënten langs deze weg gereduceerd worden. Verder zou dit ook betekenen dat medical shopping en overconsumptie aan banden kan worden gelegd. Echter, de wet op de Rechten van de Patiënt voorziet vrijheid in keuze van zorgverlener, hetgeen dus echelonnering van zorg moeilijk zal maken.

Nochtans toont het onderzoek ook aan dat een deel van de patiënten eerst zijn/haar huisarts belt vooraleer naar de spoedgevallendienst te gaan. Dit doet vermoeden dat het beperken van de focus tot de patiëntenpopulatie en hun karakteristieken onvoldoende is om het probleem van overconsumptie van de spoedgevallendienst aan te pakken. Er moet namelijk ook gedacht worden aan een aanpassing van het systeem om zo de eerstelijnsgezondheidszorg meer toegankelijk te maken voor de patiënten. Het is dus niet zo dat enkel de patiënt en zijn/haar keuze moet in twijfel getrokken worden, ook moet er gekeken worden naar het algemene systeem en de beschikbaarheid voor de patiënt. Kunnen er hier aanpassingen gebeuren om de patiënt meer toegankelijkheid te geven tot de eerstelijnszorg? Welke aanpassingen zouden het meest doeltreffend zijn?

Huidige toegepaste maatregelen zoals de financiële ontmoediging blijken hun doel te missen, in die mate zelfs dat in deze studie 12 patiënten aangaven voor de spoedgevallendienst te kiezen net omwille van financiële redenen (het niet onmiddellijk moeten betalen). Dit kan enerzijds verklaard worden door een gebrekkige kennis van patiënten over de financiële ontmoediging, en anderzijds het probleem van onmiddellijke betaling bij de huisarts in tegenstelling tot de spoedgevallendienst. Indien de maatregel van financiële ontmoediging verdergezet wordt dienen dus enkele zaken te gebeuren om deze meer doeltreffend te maken. Enerzijds is het belangrijk om patiënten hiervan op de hoogte te stellen, bijvoorbeeld via duidelijke sensibiliseringscampagnes. Anderzijds lijkt het ook belangrijk om de wijze van betaling op de spoedgevallendienst gelijk te stellen met de huisarts, dit kan door de patiënten ook op de

spoedgevallendienst onmiddellijk te doen betalen (alhoewel dit praktisch niet altijd mogelijk is) of door patiënten bij de huisarts via derdebetalersregeling te laten betalen. Dit maakt een universele toepassing van de derdebetalersregeling noodzakelijk, en hierover bestaat nog veel discussie.

Oplossingen vinden voor het probleem van de eerstelijnszorg en de overconsumptie op de spoedgevallendienst zijn niet eenvoudig. Op basis van dit onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen geformuleerd worden.

- In een eerste aanbeveling kan overwogen worden, gezien de bestaande verwachtingen bij het publiek, om spoedgevallendiensten financieel te belonen wanneer ze een actief beleid voeren om oneigenlijke zorgvragen naar andere, meer aangepaste voorzieningen te (bege)leiden. Op die manier wordt de patiënt ondersteund om op zoek te gaan en vertrouwd te raken met alternatieve voorzieningen.
- In een gelijkaardige logica kan ook verder worden onderzocht hoe alternatieve diensten (financieel) toegankelijker kunnen gemaakt worden (zowel via derde betaler terugbetaling, als door makkelijke faciliteiten om te betalen).
- Daarnaast dient de rol en taakverdeling van de verschillende voorzieningen duidelijk gecommuniceerd te worden naar het publiek. Diverse soorten publiekscampagnes kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Gerichte informatiestrategieën en bewustwordingscampagnes zijn minstens even belangrijk als financiële drempels om een gedragsverandering van patiënten te realiseren. Dit kan via bijvoorbeeld de ziekenfondsen, publiekscampagnes in de media of via de hulpdiensten (bijvoorbeeld huisartsen/of spoedgevallendienst) zelf.

9. Literatuurlijst

1 Gourbin C, Du Boullay D, Philips H, Remmen R, Buylaert W et al. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. *KCE reports 2005, 19*(A)

2 Lippens A. Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost? [dissertation] Universiteit Gent. Academiejaar 2010-2011.

3 Moll van Charante EP, Van Steenwijk-Opdam PCE, Bindels PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC FamilyPractice 2007, 8(46).*

4 Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, Van Shayck OCP, et al. The impact of a primary care physician cooperative on the casoload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *Journal of general internal medicine 2005*, 20, 612-617.

5 Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E et al. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussels. (2010)

6 Starfield, B., Shi L., & Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly 2005, 83*(3), 457-502.

7 Starfield, B. Is Primary care essential? *Lancet 1994, 344*, 1129-1133.

8 Afilalo, J. et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic Emergency Medicine 2004, 11*, 1302-1310.

9 Moll van Charante EP, Van Riet G, Bindels PJE. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient Education and Counseling* 2008, 70**:**256-265.

10 Bakelandt, J., Beerens, A.S., Elyn, P., Schamp, L., Van Haecke, C.& Yde, L. Analyse van het zorggebruik van niet-verwezen patiënten op de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendiensten van Gent. *Scriptie voorgedragen in de tweede master in het kader van de opleiding tot arts aan Universiteit Gent. 2009.*

11 Giesen P, Franssen E, Mokkink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol,R. Patient either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emergency Medicine Journal .2006, 23,* 731-734.

12 Van der Heyden JHA, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socioeconomic differences in the utilization of health Services in Belgium. *Health Policy 2003, 65,* 153-165.

13 Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequenses. *JAMA 199, 266,* 1085-90.

14 Lori U-P, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. Am J Manag Care. 2013 Jan; 19(1): 47–59.

15 Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R et al. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. BMC Res Notes. 2012 Sep; 25;5:525.

16 Barbara Starfield, Leiyu Shi, Atul Grover and James Macinko The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence. *Health Affairs- web excusive, no 2005.* http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/03/15/hlthaff.w5.97.short

17 Boeckxstaens P, De Maeseneer J, De Sutter A. The role of general practitioners and family physicians in the management of multimorbidity. In: Sartorius N, Holt RI, Maj M, editors. Management of comorbidity of mental and physical illness. Basel, Switzerland: Karger; 2015. p. 129–36.

18 Lowe RA[1], Localio AR, Schwarz DF, Williams S, Tuton LW, et al. Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. *Med Care. 2005*, 43, 792-800.

19 Detollenaere J, Vos J, De Maeseneer J, Willems S. Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde. SWVG-Rapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2014.

20 Francart J, Cauderlier S, Pestiaux D, Paulus D, Gourbin C, De Waele A, et al. Problématique du tri des urgences: Comparaison entre les urgences en médecine générale et en milieu hospitalier. Brussel: Ministerie van sociale zaken, 200

21 Philips H. Out-of-hours Primary Care in Belgium. [dissertation] Universiteit Antwerpen 2010.

22 Sarver, J.H., Cydulka, R.K.& Baker, D.W. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic Emergency Medicine 2002, 9*(9), 916-923.

23 Weber, E.J., Showstack, J.A., Hunt, K.A., Colby, D.C.& Callaham, M.L. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Annals of Emergency Medicine 2005, 45*(1), 4-12.

24 Drummond, N., McConnachie, A., O"Donnell, C.A., Moffat, K.J., Wilson, P. et al. Social variation in reasons for contacting general practice out-of-hours: implications for daytime service provision? *British Journal of General Practice 2000, 50*, 460-464.

25 RIZIV. Impulseo I – zones voor toekenning van de premie. http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/impulseo/impulseo-I-financiering-vestiging/Paginas/impulseo-I-zones-toekenning-premie.aspx#.Vjh9GM8VHIW. (accessed 2 september 2015).

26 Christelijke Mutualiteit. Huisartsen: tarieven raadplegingen 2014-2015. http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/terugbetalingen-behandelingen/huisartsen/raadplegingen.jsp (accessed 15 march 2015).

27 Steunpunt sociale planning. Demografische fiche Knokke-Heist. 12 februari 2015. http://www.westvlaanderen.be/kwaliteit/welzijn_/wegwijzerennetwerking/steunpuntsocialeplanning/Documents/Knokke-Heist.pdf . (accessed 20 juli 2015)

10. Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst



UNIVERSITEIT GENT



FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

VRAGENLIJST SPOEDGEVALLENDIENST

1. Geslacht

□ Man
□ Vrouw

2. Geboortedatum

…../…../…….. (bijvoorbeeld 01/01/1990)

3. Wat is uw nationaliteit?

□ Belg
□ Andere: ……

4. Hoeveel personen, uzelf inbegrepen, maken momenteel deel uit van het huishouden waartoe u behoort. Hiermee bedoelen we alle personen die inwonen in uw huis, al dan niet betalend.

□ Volwassenen: …
□ Kinderen: …

5. U bent nu op de spoedgevallendienst. Waarom hebt u voor de spoedgevallendienst gekozen? (meerdere antwoorden mogen worden aangekruist)

□ Ik moet hier niet lang wachten
□ Ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem
□ Ik ben hier reeds geweest
□ Ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft
□ Ik kom meestal met mijn (gezondheids)problemen naar de spoedgevallendienst
□ Mijn familie/vrienden hebben mij de spoedgevallendienst aangeraden
□ Ik moet tijdens het bezoek niets betalen op de spoedgevallendienst
□ De spoedgevallendienst was voor mij het dichtstbij
□ De spoedgevallendienst verleent de beste zorg
□ Gezien mijn medische voorgeschiedenis is de spoedgevallendienst de beste keuze voor mijn probleem
□ Gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven
□ Ik heb te lang zorg uitgesteld waardoor mijn probleem enkel kan verholpen worden op de spoedgevallendienst
□ Ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (bijvoorbeeld RX-foto, CT-scan, echo, …)
□ De spoedgevallendienst was voor mij het gemakkelijkst bereikbaar (bijvoorbeeld regelmatig bussen of trams)
□ Ik heb mijn huisarts eerst gebeld, maar ik kon niet bij hem terecht

Reden: ……..

□ Andere: ……

6. Hebt u een vaste huisarts?

□ Ja, ik ga altijd bij dezelfde huisarts (of binnen dezelfde huisartsenpraktijk)

□ Neen, ik ga soms naar een andere huisarts

7. Hebt u in de voorbije 12 maanden beroep gedaan op een arts van een huisartsenwachtpost of op de wachtdienst van de huisartsen?

□ Ja

□ Neen

□ Dat ken ik niet

8. Wat is uw hoogst behaalde diploma?

□ Geen diploma

□ Lager onderwijs

□ Lager secundair (1e, 2e en 3e middelbaar of buitengewoon secundair onderwijs)

□ Hoger secundair (4e, 5e, 6e en 7e secundair onderwijs)

□ Hoger onderwijs (hogeschool en/of universiteit)

9. Hebt u op dit moment betaald werk?

□ Ja, ik heb betaald werk

□ Ja, maar tijdelijk onderbroken (bijvoorbeeld door zwangerschap of ziekteverlof)

□ Neen, ik heb geen betaald werk

□ Pensioen

□ Student

□ Andere: ……

10. In welke mate hebt u het gevoel dat u met uw huidig gezinsinkomen kan rondkomen?

□ Zeer gemakkelijk

□ Gemakkelijk

□ Moeilijk

□ Zeer moeilijk

INFORMATIE IN TE VULLEN DOOR DE INTERVIEWER - HAIO	
Datum	……./……./……
ID-nummer	……
Diagnose	……

Bijlage 2: Informed consent




UNIVERSITEIT GENT

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Toestemmingsverklaring

IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB

□ Dhr. □ Mw.

Naam: _ Voornaam: _

Adres: _ Postcode: _ _ _ _ Gemeente: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ik stem erin toe deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek.

□ **Akkoord**

1. Ik bevestig dat Dr._ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.
2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.
4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.
5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.
6. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
7. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Gelezen en goedgekeurd, Datum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dr._ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Naam patiënt _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

(Stempel en handtekening) (Naam en handtekening)

Bijlage 3: Informatiefolder voor patiënten

In deze folder stellen we u een studie voor omtrent

Gebruik van spoedgevallendienst

In deze folder leest u waarom, hoe, wanneer, wat u eraan hebt…
en nog veel meer

UNIVERSITEIT GENT

Wie zijn we?
De verantwoordelijke voor dit onderzoek is Prof. Willems, werkzaam aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Gent.

Wat is ons doel?
In deze studie willen we nagaan welke de bepalende factoren zijn voor het maken van de keuze tussen spoedgevallendienst of huisartsenwachtpost. Een inzicht in het gebruik van deze gezondheidszorgvoorzieningen kan in de toekomst leiden tot interventies om de hulpverlening effectiever te maken.

Hoe doen we dit?
Aan de hand van een schriftelijke vragenlijst wordt bij de patiënten die terecht komen bij de Huisartsenwachtpost of de spoedgevallendienst gepeild naar hun motivatie voor de keuze van de één of andere hulpverlening en wordt getracht bepalende factoren te identificeren. De verwachte totale duur van een interview is maximaal 10 min. De vragenlijsten worden anoniem ingevuld. Persoonlijke informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld.

U kan kiezen om deel te nemen aan dit onderzoek!

U komt in aanmerking als:

- U ouder bent dan 18 jaar
- U zich aanmeldt op een spoedgevallendienst zonder doorverwijzing van een arts
- U zich in een niet levensbedreigende of ernstige conditie bevindt.

Uw deelname is volledig vrijblijvend en u kan ermee ophouden zonder dat u ons daarvoor een verklaring schuldig bent. Niet deelnemen of stoppen met deelname aan deze studie zal op geen enkele wijze invloed hebben op de relatie met uw arts en de ontvangen zorg.
We zouden uw medewerking echter heel erg op prijs stellen!

Is mijn privacy beschermd?
Deze wetenschappelijke studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent.
Alle persoonsgebonden informatie is strikt vertrouwelijk en zal enkel en alleen worden gebruikt door onderzoekers die aan deze studie meewerken.
Uw naam verschijnt nooit in een rapport of publicatie en we doen ook geen uitspraken over één individu. Dit conform de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002.

U heeft ook steeds het recht om uw gegevens in te zien en te corrigeren. Hiervoor kunt u contact opnemen met de onderzoekers.

Wat heb ik eraan als ik deelneem?
Er zijn geen verwachte risico's of ongemakken verbonden aan deze studie. U mag trots zijn dat u meewerkt aan dit onderzoek. Het helpt ons om een beter beeld te krijgen van de gezondheidszorg die mensen hier in Knokke gebruiken. Dit kan ons helpen om de juiste beslissingen te nemen en op die manier een goede en toegankelijke zorg te organiseren. Uw mening is dus belangrijk.

Hoewel de waarschijnlijkheid dat u enige schade ondervindt door deelname aan het onderzoek heel laag is, werd er toch een no fault verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Hebt u nog vragen?
Of wilt u nog meer te weten komen over ons onderzoek?
U kan gerust contact opnemen
via e-mail (Sara.Willems@UGent.be) of telefoon (09/332 39 84)

Alvast bedankt,
Het onderzoeksteam

Prof. Sara Willems (UGent)
Dr. Auke Verleye

Bijlage 4: Goedkeuring ethische commissie AZ Zeno Knokke

Geachte dokter,

De uitvoering van uw onderzoeksproject in het kader van de Ma-na-Ma Huisartsgeneeskunde “Waarom maken mensen gebruik van de spoedgevallendienst, een kwantitatief onderzoek”binnen de spoedgevallendiensten van AZ ZENO werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van AZ ZENO tijdens haar vergadering van 08/09/2014.

Deze goedkeuring beperkt zich tot de bekwaamheid van de onderzoeker, de geschiktheid van de faciliteiten en het toestemmingsformulier (punten 4°, 6° en 7° van § 4 van artikel 11 van de wet dd. 07/05/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon).

Het ethisch comité zou graag in kennis worden gesteld van de resultaten van het onderzoeksproject na afloop hiervan.

Hoogachtend,

C. Van Pelt
Ondervoorzitter Ethisch Comité

Bijlage 5: Goedkeuring ethische commissie UZ Gent

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Sara WILLEMS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0721	20-aug-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Waarom maken mensen gebruik van de spoedgevallendienst, een kwantitatief onderzoek - MAnaMA Auke Verleye

Belgisch Registratienummer: B670201421721

* Adviesaanvraagformulier (versie 1, dd. 12/08/2014) (volledig ontvangen dd. 14/08/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
* Vragenlijst spoedgevallendienst

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 19/08/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 19/08/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 19/08/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 19/08/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/08/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/08/2014

- *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)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0721	20-aug-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0721

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be