Patiënten zonder verwijzing op de dienst spoedgevallen: interculturele en socio-economische verschillen?

Dr. Huyge Stefanie, UGent

Promotor: Prof. dr. Sara Willems

Co-Promotor: Jens Detollenaere

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015- 2016

Abstract

Context

Een groot deel van patiënten die zich aanmelden op de spoeddienst werd niet verwezen door de huisarts. Binnen deze groep is er vaak sprake van oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst. Dit brengt niet alleen een hogere kost voor de gezondheidszorg met zich mee, ook de patiënt zelf zou, met het oog op continuïteit, beter eerst door de huisarts worden gezien. Patiënten met migratieachtergrond en patiënten uit lagere socio-economische milieus lijken meer geneigd de spoedgevallendienst te consulteren. Het is dan ook belangrijk zicht te krijgen op de motieven van deze groep kwetsbare patiënten om tijdens de normale werkuren zich niet eerst tot de huisarts te wenden maar zich meteen op de spoeddienst aan te melden.

Doelstelling

Deze studie brengt de motieven van patiënten die zichzelf aanmeldden tijdens de kantooruren op de spoedgevallendienst in 3 ziekenhuizen in Kortrijk, Tielt en Gent in kaart. Door te peilen naar specifieke socio-economische variabelen alsook naar etniciteit werd geprobeerd om beter zicht te krijgen op de motieven van patiënten die zich zonder verwijzing aanmelden op de spoedgevallendienst, en de socio-economische en culturele factoren die bij deze keuze een rol kunnen spelen. Bovendien werd er gepeild naar het al dan niet hebben van een vaste huisarts bij patiënten met en zonder migratieachtergrond.

Methode

De dataverzameling vond plaats te AZ Sint Lucas in Gent van maart 2015 tot en met augustus 2015 en te AZ Groeninge Kortrijke en het Sint Andriesziekenhuis in Tielt van juli 2015 tot en met september 2015. Patiënten werden geïncludeerd indien ze zich zonder verwijzing door de huisarts aanmeldden op spoed tijden de kantooruren en dit met niet-levensbedreigende of ernstige pathologie. Deze patiënten werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek door een vragenlijst in te vullen. De data werd nadien geanalyseerd met descriptieve en regressieve analyse met behulp van SPSS.

Resultaten

Net zoals in voorgaand onderzoek reeds aangetoond, consulteren patiënten de spoedgevallendienst vooral omdat ze hun probleem als ernstig inschatten of omdat ze denken dat er technische onderzoeken nodig zijn. Dit is het geval zowel bij patiënten met als zonder migratieachtergrond en los van de financiële thuissituatie. Patiënten met migratieachtergrond zijn echter twee maal meer geneigd de spoedgevallendienst te consulteren vanwege de nabijheid. Bovendien consulteren ze 3 keer vaker de spoedgevallendienst met al hun (gezondheids)problemen en hebben ze 4 keer vaker geen vaste huisarts. Patiënten met een moeilijke financiële situatie hebben ook significant minder vaak een vaste huisarts maar zijn niet meer geneigd om het uitstel van betaling op de spoedgevallendienst aan te geven als reden voor kun keuze.

Conclusie

Patiënten kiezen vooral voor de spoedgevallendienst omwille van de ernst van hun probleem of omdat ze denken dat technische onderzoeken nodig zijn. Patiënten met migratieachtergrond en patiënten met een moeilijke financiële situatie hebben minder vaak een vaste huisarts, hetgeen kan zorgen voor meer spoedgebruik. Bovendien zijn patiënten met migratieachtergrond meer geneigd om met al hun (gezondheids)problemen naar de spoedgevallendienst te komen. Sensibilisatie door publiekscampagnes of door educatie via het inburgeringstraject zouden mogelijks de weg naar een vaste huisarts kunnen vergemakkelijken en het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst verminderen.

Dankwoord

Allereerst wil ik mijn promotor, Prof. dr. Sara Willems, bedanken voor de kans om aan dit interessante onderzoek deel te nemen. Daarnaast een bijzonder woord van dank aan mijn co-promotor, Dr. Jens Detollenaere voor alle hulp en steun bij het tot stand komen van deze masterproef Ook dank aan Julie Boucherie voor de samenwerking bij de dataverzameling.

Tevens dank aan de spoedgevallendienst van AZ Sint Lucas Gent, AZ Groeninge Kortrijk en het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt voor het mogelijk maken van deze studie.

Tenslotte wil ik graag mijn echtgenoot, mijn kinderen en mijn ouders bedanken voor alle steun en begrip tijdens het schrijven van deze masterproef, maar ook tijdens de volledige opleiding tot huisarts. Zonder jullie zou het me nooit gelukt zijn te staan waar ik vandaag sta.

Inhoudstafel

1 Inleiding 6

2 Literatuurstudie 7

2.1 Probleemstelling 7

3 Opzet en doel van de studie 11

4 Methode 12

4.1 Setting 12

4.2 Tijdsverloop van de studie 12

4.3 Participanten 13

4.4 Methode 13

4.5 Ethische commissie 14

5 Resultaten 15

5.1 Descriptieve resultaten 15

5.2 Regressieanalyses 15

5.2.1 Ernst van het probleem (Tabel 3) 16

5.2.2 Technische onderzoeken (Tabel 4) 16

5.2.3 Vroegere ervaring (Tabel 5) 16

5.2.4 Tevredenheid (Tabel 6) 16

5.2.5 Nabijheid spoedgevallendienst (Tabel 7) 16

5.2.6 Niet weten waar anders naartoe (Tabel 8) 17

5.2.7 Gewoonte uit land van herkomst (Tabel 9) 17

5.2.8 Uitstel van betalen (Tabel 10) 17

5.2.9 Gebruikelijke bron van zorg (Tabel 11) 17

5.2.10 Het al dan niet hebben van een vaste huisarts (Tabel 12) 17

6 Discussie 32

7 Beperkingen en aanbevelingen 34

8 Conclusie 36

9 Literatuurlijst 37

Bijlagen 39
10.1 Bijlage 1: Vragenlijst 39
10.2 Bijlage 1: Vragenlijst 39
10.3 Bijlage 2: Informed consent 41
10.4 Bijlage 3: Informatiefolder voor patiënten 43
10.5 Bijlage 4: Goedkeuring ethische commissie UZ Gent 45

1 Inleiding

Een groot deel van de patiënten die zich aanmelden op spoed werd niet verwezen door de huisarts (5). Bovendien gaat het bij deze patiënten vaak om niet-dringende problemen die beter in de eerstelijnsgezondheidszorg zouden worden behandeld (1). Dit oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten moet teruggedrongen worden. Dit niet alleen vanuit gezondheidseconomisch standpunt (1,3). Ook om de kwaliteit van zorg te verhogen en de continuïteit van zorg te verzekeren, heeft de patiënt er alle belang bij eerst de huisarts te consulteren (1).

Patiënten met migratieachtergrond vormen een bijzondere uitdaging binnen de gezondheidszorg. Niet alleen beperkingen in communicatie vormen een obstakel voor goede zorg (11). Ook culturele verschillen zorgen ervoor dat de toegang tot gezondheidszorg lager blijkt bij deze patiëntengroep (10). Bovendien zijn ze vaker ontevreden over de zorg die ze ontvangen en is er vaker een gebrek aan continuïteit (10). Dit alles kan ertoe bijdragen dat de algemene gezondheid van patiënten met migratieachtergrond slechter is dan die van andere patiënten. Voorgaand onderzoek doet vermoeden dat patiënten met migratieachtergrond meer geneigd zijn om de spoedgevallendienst te prefereren boven de huisarts (16).

In deze studie werd aan de hand van vragenlijsten gepoogd om de motieven van patiënten die zich zonder verwijzing aanmelden op spoed in kaart te brengen. Hierbij ging bijzondere aandacht naar eventuele socio-economische verschillen, en naar verschillen tussen patiënten met en zonder migratieachtergrond. Het afnemen van de vragenlijsten gebeurde in 3 verschillende Vlaamse ziekenhuizen: AZ Groeninge in Kortrijk, het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt en het AZ Sint-Lucas in Gent. Enkel volwassenen (≥ 18 jaar) met niet-levensbedreigende pathologie werden geïncludeerd, en dit tijdens de kantooruren 9-18h van maandag tot vrijdag. Hierin ligt een belangrijk verschil met voorgaand onderzoek waarbij vooral patiënten buiten de kantooruren werden ondervraagd. In deze studie gaat het dus om patiënten die wel de kans hadden de eigen huisarts te consulteren maar toch opteerden voor de spoedgevallendienst.

De verkregen data van de 3 ziekenhuizen werd samengevoegd en verwerkt via binaire logistische regressiemodellen met behulp van het statistische softwarepakket SPSS (IBM, versie 23.0.0).

2 Literatuurstudie

2.1 Probleemstelling

Een significant deel van de patiënten die zich op de spoedgevallendienst aanmelden, doet dit zonder verwijzing van de huisarts of een andere arts (1). Onderzoek daterend van 2012 toont aan dan bij 70,3% van de patiënten op spoed het gaat om "zelfverwijzing", dit zijn mensen die op eigen initiatief naar de dienst spoedgevallen komen (5). Binnen de groep zelfverwijzers wordt een groot deel gezien als "oneigenlijke" gebruikers van de spoedgevallendienst. Hierbij zou het gaan om patiënten waarbij er geen sprake is van een ongeval of spoedgeval (2). In de literatuur zijn grote verschillen betreffende de definities van "oneigenlijk" gebruik van spoed, hetgeen verklaart waarom er een grote variabiliteit is (van 6 tot 80%) in het aantal consulten aan spoed dat als "oneigenlijk" wordt beschouwd (1,2).In een studie van Lori et al. (4) worden "nonurgent visits" van de spoedgevallendienst gedefinieerd als een consultatie van de spoedgevallendienst voor een aandoening waarbij uitstel van enkele uren de kans op een negatieve afloop niet doet toenemen. Het spreekt voor zich dat de inschatting van de ernst van een medisch probleem echter erg verschillend kan zijn tussen de arts en de patiënt, en dat bovendien de inschatting van de patiënt erg kan beïnvloed worden door allerlei socio-economische en persoonlijke factoren. Een aantal Belgische studies spreken over een percentage van oneigenlijk spoedgebruik van 40-56% (5). De studie van Wens et al. (6) toont aan dat amper 19,3% van de aangemelde patiënten op spoed werd verwezen door de huisarts. Door de specialist op spoed werd geoordeeld dat 80% van de zelfverwijzers had kunnen gezien worden door de huisarts(6).

Het belang van het beperken van dergelijk oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten is een prioriteit, zowel in België, als in vele andere landen. Dit niet alleen om de efficiëntie van de spoedgevallendiensten te optimaliseren en overbevolking en wachttijden te beperken, maar tevens om de kosten van de gezondheidszorg te drukken (1,3). Dit des te meer in het huidige politieke klimaat van besparingen in de gezondheidszorg.

Een belangrijke determinant voor het consulteren van de spoedgevallendiensten op eigen initiatief blijkt het al dan niet beschikken over een eigen huisarts. Onderzoek toont aan dat bij de gebruikers van de spoedgevallen vooral begeleiders van kinderen 0-4jaar, niet-Belgen, personen die alleen leven en personen met een hoger opleidingsniveau vaker niet beschikken over een vaste huisarts (1). Onderzoek over de redenen waarom patiënten de spoedgevallendienst verkiezen boven de huisarts is in de meeste gevallen omdat men verwacht dat technische onderzoeken of interventies nodig zullen zijn (46%), ze een specialist nodig zullen hebben (32,2%) of omdat het wachten op de huisarts te lang zou duren (15,9%) (6).

In een poging om oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten terug te dringen bestaat er in België een systeem waarbij de patiënt meer remgeld moet betalen indien er sprake is van zelfverwijzing dan indien de patiënt werd verwezen door de huisarts. Dergelijke maatregelen werden in de literatuur

uitvoerig bestudeerd en zouden daadwerkelijk het aantal spoedbezoeken helpen verminderen (1). Er is echter de vrees dat dergelijke financiële ontmoediging bij bepaalde kwetsbare groepen zou kunnen leiden tot uitstel van zorg (1,5). Het feit dat patiënten bij de huisarts meestal onmiddellijk moeten betalen en de patiënt op spoed pas achteraf een factuur krijgt met het te betalen remgeld, wordt vaak gezien als een belangrijke reden waarom bepaalde patiënten de spoedgevallendienst verkiezen. In het onderzoek van Wens et al. (6) zou echter amper 2% van de ondervraagden het uitgesteld betalen van de factuur als reden opgeven om de spoedgevallendienst te prefereren boven de huisarts. Nochtans werd aangetoond dat socio-economische factoren wel degelijk een rol spelen in de keuze tussen spoedgevallendiensten en huisarts. Een Vlaams onderzoek van Detollenaere et al. uit 2014 (7) toont aan dat de keuze voor de spoedgevallendienst buiten de diensturen boven de huisartsenwachtpost of -wachtdienst gerelateerd is aan een lagere socio-economische status, een lager opleidingsniveau, een jongere leeftijd en het mannelijk geslacht.

Dat ook culturele factoren een rol kunnen spelen in het gebruik van spoedgevallendiensten voor niet-dringende problemen werd aangetoond in een Zwitserse studie door Clément et al. (8). Daarbij werd vastgesteld dat patiënten met een andere dan de Zwitserse nationaliteit meer geneigd waren de spoedgevallendienst te gebruiken voor niet-dringende problemen dan patiënten met de Zwitserse nationaliteit. Patiënten afkomstig uit Afrika en de Balkanlanden in het bijzonder waren meer geneigd zich op de spoedgevallendienst te beroepen in de vroege ochtend, 's avonds en in het weekend. Ook een Italiaanse studie toont aan dat een relatief meer buitenlanders de spoedgevallendienst bezochten die geen toeristen waren en slechts een korte periode in Italië woonden (9). Een retrospectieve Spaanse studie van Gimeno-Feliu et al. (13) over het gebruik van gezondheidszorg door migranten ten opzicht van niet-migranten in Spanje toont dat volwassen migranten relatief vaker de spoedgevallendienst bezoeken in vergelijking met niet-migranten. Deze bevinding doet zich vooral voor in stedelijke gebieden. Dit terwijl migranten in Spanje algemeen minder beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen dan niet-migranten. Het verschil is vooral opvallend in de eerstelijnsgezondheidszorg, met gemiddeld amper 3,3 bezoeken per jaar in vergelijking met 6,4 bezoeken per jaar bij niet-migranten. Het verschil in gezondheidszorggebruik kan overigens niet volledig verklaart worden door het zogenaamde "healthy migration effect", waarbij migranten relatief gezond zijn ten gevolge van het feit dat de migrantenpopulatie in Spanje voornamelijk uit jonge economische migranten bestaat (13). De Nederlandse studie van Stronks et al. (14) toont dat vooral oudere eerste-generatie migranten van Turkse en Marokkaanse origine net vaker de huisarts consulteren dan niet-migranten. Dit zou grotendeels verklaart worden door hun slechtere gezondheid geassocieerd aan hun slechtere socio-economische status. Een studie uit Noorwegen van Diaz et al. (16) bevestigt daarentegen eerder onderzoek en toont dat significant minder migranten de huisarts consulteren ten opzichte van patiënten zonder migratieachtergrond. De migranten die wel bij de huisarts zijn terechtgekomen, consulteren die huisarts wel vaker in vergelijking met patiënten zonder migratieachtergrond. Bovendien toont deze studie ook

dat migranten zich vaker beroepen op de spoeddiensten (16). De Vlaamse studie van Detollenaere et al. (7) naar het gebruik van spoedgevallendiensten ten opzichte van huisartsenwachtposten kon geen significant verschil aantonen op basis van etniciteit, al kan dit mogelijks te maken hebben met de beperkte steekproefgrootte (7). Het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg door migranten in verschillende landen werd vergeleken in een systematische review van Uiters et al. (15). Hierbij werd vastgesteld dat er tussen verschillende landen grote verschillen zijn in het gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg door migranten, waarbij ze soms vaker, en soms net minder vaak gebruik maken van eerstelijnsgezondheidszorg dan niet-migranten. Wel opvallend was dat vooral in de Verenigde Staten, waar de eerstelijnsgezondheidszorg nog in kinderschoenen staat, het verschil tussen migranten en niet-migranten in het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg het grootst was, waarbij migranten significant minder vaak gebruik maakten van de eerstelijnsgezondheidszorg dan niet-migranten. Dit doet vermoeden dat het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg door migranten in grote mate afhankelijk is van de sterkte van de eerstelijnsgeneeskunde in een bepaald land (15).

In België net als in andere Europese landen maken een toenemend aantal migranten deel uit van de maatschappij. In Vlaanderen had in 2011 zo'n 7% van de bevolking een andere dan de Belgische nationaliteit, terwijl bijna dubbel zoveel (bijna 15%) van de totale bevolking in Vlaanderen van vreemde origine is (25). De huidige vluchtelingencrisis die een grote instroom van migranten teweeg brengt stelt de maatschappij voor een bijkomende uitdaging, ook in de gezondheidszorg. Uit analyse van de Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC) studie blijkt dat in meerdere Europese landen, migranten benadeeld worden in de gezondheidszorg. Migranten geven aan de openingsuren van de huisartspraktijk te beperkt zouden zijn of dat de praktijk te ver was gelegen. Bovendien melden ze vaker een negatieve patiënt-arts communicatie en is er vaak minder continuïteit in de zorg in vergelijking met patiënten zonder migratieachtergrond. In het algemeen zijn ze minder tevreden over de zorg en zijn ze meer geneigd zorg uit te stellen. De tevredenheid van de gezondheidszorg zou echter wel verbeteren bij tweede-generatie migranten ten opzichte van de eerste-generatie (10).

Om de kwaliteit en toegang tot de gezondheidszorg bij de toenemende groep patiënten met migratieachtergrond te verbeteren, is het nodig dat gezondheidswerkers zich aanpassen aan de aanwezige etnische diversiteit. Dit is belangrijk om taal- en culturele barrières te doorbreken die adequate zorg in de weg kunnen staan. Een Belgische studie als onderdeel van het grotere Competence in Ethnicity and Health onderzoek (COMETH) (11) toont aan dat betreffende communicatie, gezondheidswerkers vinden dat zij de verantwoordelijkheid dragen om zich aan te passen, terwijl wanneer het gaat om culturele verschillen, de verantwoordelijkheid zich aan te passen eerder bij de patiënt wordt gelegd. Opvallend is dat in de eerstelijnsgeneeskunde de verantwoordelijkheid betreffende communicatie dan weer meer bij de patiënt wordt gelegd in vergelijking met niet-eerstelijnsdiensten, terwijl dit voor het onderhandelen van waarden net andersom is. Belangrijk is dat indien gezondheidswerkers zich niet verantwoordelijk voelen om zich aan te passen aan patiënten met

migratieachtergrond, ze minder waarschijnlijk “cultureel competente gezondheidszorg” (“culturally competent health care”) zullen kunnen beoefenen. “Culturally competent health care” wordt gedefinieerd als “one that acknowledges and incorporates—at all levels—the importance of culture, assessment of cross-cultural relations, vigilance toward the dynamics that result from cultural differences, expansion of cultural knowledge, and adaptation of services to meet culturally unique needs” (12).

In de huidige opleiding geneeskunde gaat er nog steeds zeer weinig aandacht naar het ontwikkelen van interculturele competenties die belangrijk zijn in de zorg voor patiënten met een migratieachtergrond. Het ontwikkelen van dergelijke competenties wordt nochtans op internationaal niveau aanbevolen (11), en gezien de steeds toenemende migratie en diversiteit zal het belang van deze competenties alleen maar toenemen.

3 Opzet en doel van de studie

Het doel van deze studie is om na te gaan in hoeverre socio-economische en culturele factoren een geassocieerd zijn met de redenen waarom patiënten zich zonder verwijzing van de huisarts tot de spoedgevallendienst wenden. Hierbij werd bijzondere aandacht besteed aan patiënten met een migratieachtergrond, zij het eerste- of tweedegeneratie migranten. Aan de hand van vragenlijsten werd gepoogd de redenen om voor de spoedgevallendienst te kiezen in kaart te brengen, waarbij onderzocht werd in hoeverre deze redenen verschilden tussen patiënten met en zonder migratieachtergrond, bij patiënten met een makkelijke en moeilijke financiële situatie, gecontroleerd voor geslacht en opleidingsniveau.

Het doel hierbij is om inzicht te krijgen waarom bepaalde patiënten voor de spoedgevallendienst kiezen in plaats van de huisarts te consulteren, en in hoeverre ze hierin beïnvloed worden door culturele en socio-economische factoren. Het onderzoek vond plaats tijden de kantooruren (8 tot 18h) van maandag tot vrijdag, en dit in 3 Vlaamse ziekenhuizen: AZ Groeninge in Kortrijk, het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt, en AZ Sint Lucas in Gent. Belangrijk om te noteren is dat tijdens de kantooruren patiënten zich ook kunnen wenden tot andere zorginstanties. Aan de hand van welomschreven in- en exclusiecriteria werden enkel zelfverwijzers ondervraagt met niet-levensbedreigende pathologie.

Door inzicht te krijgen in de beweegredenen van kwetsbare patiënten zoals patiënten met migratieachtergrond of met een lagere socio-economische status, kan men strategieën ontwikkelen om deze patiënten betere toegang te verschaffen tot de eerstelijnsgeneeskunde, en zo vermijden dat deze patiënten ten onrechte op de spoedgevallendienst terechtkomen in plaats van bij de huisarts. Dit is enerzijds van belang om oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten te beperken, terwijl het anderzijds ook zeker in het belang van de patiënt is om met huisartspathologie ook daadwerkelijk bij de huisarts terecht te komen, onder andere in het belang van de continuïteit van de zorg.

4 Methode

4.1 Setting

De data werden verzameld door afname van vragenlijsten op de spoedgevallendienst van 3 Vlaamse ziekenhuizen: AZ Groeninge in Kortrijk, het Sint Andriesziekenhuis in Tielt en AZ Sint Lucas in Gent.

Kortrijk is een stad die 75.089 inwoners telt en is gelegen in het arrondissement Kortrijk dat 283.652 inwoners telt (17). AZ Groenige is het enige ziekenhuis in Kortrijk en tevens het grootste ziekenhuis in de regio. In 2014 waren er 22.196 ambulante spoedopnames waarvan 14.961 spoedopnames met hospitalisatie. (18). In het arrondissement Kortrijk had in 2006 2,5% van de inwoners een andere dan de Belgische nationaliteit terwijl er in de stad Kortrijk 3,9% niet-Belgen woonden (19).

Het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt is een locoregionaal ziekenhuis dat 266 bedden telt. Het verzorgingsgebied strekt zich uit over 10 gemeenten en het ziekenhuis bedient een bevolking van ongeveer 105.000 inwoners. Er worden ook vele patiënten opgenomen uit Oost-Vlaanderen (bijvoorbeeld 20 à 25% uit Aalter) (22). De stad Tielt is met zijn 19.974 inwoners gelegen in het arrondissement Tielt dat 91.299 inwoners telt (17). In het arrondissement Tielt had in 2006 1% van de inwoners een andere dan de Belgische nationaliteit (19).

Het AZ Sint Lucasziekenhuis in Gent is een van de 4 Gentse ziekenhuizen en is met een marktaandeel van 35% een van de belangrijkste ziekenhuizen van de stad. Het verzorgingsgebied beslaat ook een groot deel van de provincie Oost-Vlaanderen, in het bijzonder het industriële havengebied ten noorden van Gent. Er zijn 787 bedden en 122 bedden dagziekenhuis. Jaarlijks krijgt de spoedgevallendienst zo'n 39 000 patiënten over de vloer (23).De stad Gent telt 256.262 inwoners terwijl er in het arrondissement Gent 544.959 inwoners wonen (24). In het arrondissement Gent had in 2006 4,6% van de inwoners een andere dan de Belgische nationaliteit terwijl er in de stad Gent 7,7% niet-Belgen woonden (19). In de stad Gent was het aandeel inwoners van buitenlandse origine in 2013 maar liefst 30,5% (20). In Gent vindt 22,7% van de geboorten plaats in kansarme gezinnen, waarbij het bij 75,8% van de gevallen gaat om moeders van niet-Belgische origine (21).

4.2 Tijdsverloop van de studie

Het verzamelen van gegevens door middel van vragenlijsten vond plaats te AZ Sint-Lucas in Gent van maart 2015 tot en met augustus 2015. De data in AZ Groeninge Kortrijk en het Sint-Andries ziekenhuis in Tielt werden verzameld tussen juli 2015 en september 2015. Het onderzoek werd beperkt tot weekdagen tussen 8uur en 18uur. Tijdens het weekend, op feestdagen of buiten de kantooruren werden geen vragenlijsten afgenomen.

4.3 Participanten

Patiënten werden geselecteerd op basis van leeftijd en wijze van aanmelding, namelijk zonder verwijzing. Patiënten tussen de 18 en 99 jaar werden geïncludeerd (tot 90 jaar te AZ Sint Lucas Gent), op voorwaarde dat er geen sprake was van wilsonbekwaamheid of dementie. Er werden enkel patiënten geïncludeerd die zich op eigen initiatief naar de spoedgevallendienst hadden begeven. Patiënten die verwezen waren door het huisarts of een andere arts, of met dringend ziekenvervoer (ambulance) dan wel politiebegeleiding naar de spoedgevallendienst werden gebracht werden geëxcludeerd. Patiënten met een levensbedreigende of ernstige conditie werden niet uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Tenslotte werden participanten mondeling en via een informatiefolder geïnformeerd omtrent het onderzoek, en werden enkel patiënten die vrijwillig wilden deelnemen aan het onderzoek, en het informed consent ondertekenden geïncludeerd. Zowel vragenlijst, informatiefolder als informed consent formulieren waren beschikbaar in 5 talen: Nederlands, Engels, Frans, Turks en Arabisch. Patiënten die geen van deze geschreven talen konden begrijpen, namen bijgevolg niet deel aan de studie.

4.4 Methode

Na het verzamelen werden de data van de 3 ziekenhuizen samengevoegd en geanalyseerd met behulp va SPSS (IBM, versie 23.0.0). Met beschrijvende statistiek werden de karakteristieken van de participanten in kaart gebracht, in het bijzonder socio-economische factoren en het al dan niet aanwezig zijn van migratieachtergrond. Het al dan niet hebben van een vaste huisarts werd vergeleken bij patiënten zonder migratieachtergrond ten opzichte van eerste en tweede-generatie migranten.

Vervolgens werden multipele logistische regressiemodellen opgebouwd voor de volgende socio-economische factoren: geslacht, leeftijdscategorie, opleidingsgraad, financiële situatie en het al dan niet aanwezig zijn van migratieachtergrond. Door middel van de Pearson correlatietest werd mogelijke multicollineariteit nagegaan, waarbij de cutoff van 0.60 werd gebruikt. Tussen de onderlinge onafhankelijke variabelen werd hierbij geen multicollineariteit geobserveerd. Resultaten werden als statistisch significant beschouwd vanaf een p-waarde van > 0.05. Binaire logistische regressie modellen werden gebruikt om onderlinge relaties te onderzoeken tussen de onafhankelijke variabelen en het hebben van een vaste huisarts alsook enkele van de meest voorkomende redenen die door patiënten werden aangegeven om zich tot de spoedgevallendienst te wenden.

De gebruikte variabelen voor de statistische analyse werden zo nodig in subcategorieën verdeeld. De variabele “leeftijd” in 3 categorieën, namelijk 18-35 jaar, 36-60 jaar en 61-99 jaar. De variabele “financiële situatie” werd herverdeeld in 2 categorieën: de categorie “makkelijk” werd gebruikt indien op de enquête werd aangegeven dat men zeer gemakkelijk of gemakkelijk met het gezinsinkomen kon rondkomen. De categorie “moeilijk” werd gebruikt indien men aangaf slechts moeilijk of zeer moeilijk met het gezinsinkomen rond kon komen. Voor de variabele opleidingsniveau werden patiënten zonder diploma of met enkel een diploma lager onderwijs ondergebracht in de opleidingscategorie “laag”.

Mensen met een diploma midden of hoger secundair werden onder de categorie “middelmatig” geplaatst. Patiënten met een diploma hoger onderwijs werden in de categorie “hoog” opgenomen.

De variabele “migratieachtergrond” werd als volgt gedefinieerd: personen die zelf in een ander land dan België werden geboren, werden “eerste-generatie migranten” genoemd. Personen die zelf wel in België werden geboren maar van wie tenminste een van de ouders in het buitenland werden geboren, werden “tweede-generatie migranten” genoemd. Beide groepen samen werden beschouwd als patiënten “met migratieachtergrond”. Overige patiënten werden beschouwd als patiënten “zonder migratieachtergrond”. Voor de analyse werd de variabele “migratieachtergrond” verdeeld in twee categorieën: “ja” indien het gaat om patiënten met migratieachtergrond (eerste of tweede generatie) en “neen” indien het gaat om patiënten zonder migratieachtergrond. Personen die “derde of vierde generatie” migrant zouden kunnen worden genoemd worden in deze studie mogelijks tot patiënten “zonder migratieachtergrond” gerekend, dit door de beperkingen van de vragenlijst.

Bij de logistische regressie waren de referentiecategorieën voor geslacht de categorie “man”, voor leeftijd de categorie “61jaar-99 jaar”, voor financiële situatie de categorie “gemakkelijk”, voor opleiding de categorie “hoog”, en voor migratieachtergrond de categorie “neen”.

4.5 Ethische commissie

Voor het uitvoeren van deze studie werd de toestemming verkregen van de ethische commissie van UZ Gent (Bijlage 4), alsook van de lokale ethische commissies van AZ Sint Lucas Gent en AZ Groeninge Kortrijk.

5 Resultaten

5.1 Descriptieve resultaten

Er werden in totaal 450 vragenlijsten afgenomen: 187 op de spoedgevallendienst van het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt, 212 te AZ Groeninge Kortrijk en 51 te AZ Sint Lucas in Gent. Onder de deelnemers werden er 251 (55.8%) mannen en 198 (44%) vrouwen geïncludeerd. 30.8% van de geïncludeerde patiënten werden gecategoriseerd als "jongvolwassene (18-35 jaar)", 44% als "volwassene (36-60 jaar)", en 25.2% als "oudere (61-99 jaar)". Wanneer gepeild werd naar de financiële situatie van de participanten gaven 27.2% (118 participanten) zich in een moeilijke financiële situatie te bevinden. Dit terwijl 72.6% (313 participanten) van de ondervraagden aangaf geen financiële problemen te hebben. De opleidingsgraad is bij 104 van de geïncludeerde patiënten (23.4%) laag, bij 256 participanten (57.7%) middelmatig, en 84 (18.9%) patiënten zijn hoogopgeleid. Het aantal patiënten met de Belgische nationaliteit is 412 (91.6%), tegenover 38 (8.4%) patiënten met een andere nationaliteit. In totaal hadden 71 (16.3%) van de deelnemers een migratieachtergrond, waarvan 49 (11.2%) eerste generatie migranten en 22 (5.0%) tweede generatie migranten *(Grafiek 1)*. Van de 365 (83.7%) participanten waren zowel zijzelf als beide ouders in België geboren, waardoor zij in het opzicht van deze studie worden beschouwd als personen zonder migratieachtergrond . Op de vraag of men al dan niet een vaste huisarts heeft antwoordden 424 (94.6%) patiënten "ja", terwijl 24 (5.4%) aangaf soms naar een andere huisarts te gaan *(Tabel 1)*.

Een overzicht van de redenen om zich op eigen initiatief aan te melden bij de spoedgevallendienst is te vinden in *Grafiek 2*, waarbij een opdeling werd gemaakt tussen mensen met en zonder migratieachtergrond. *Tabel 2* geeft een overzicht van de verschillende redenen die patiënten konden aangeven en hun afkortingen die bij de bespreking van de resultaten worden gebruikt.

Zowel bij patiënten met als zonder migratieachtergrond waren de 5 voornaamste redenen, waarom patiënten voor de spoedgevallendienst kozen zonder verwijzing van een huisarts, de volgende: " Ernst van het probleem"(totaal: 38.7%, niet-migranten: 39.6%, migranten: 33.8%), "Technische onderzoeken"(totaal: 36.7%, niet-migranten: 36.9%, migranten: 35.2%), "Vroegere ervaring" (totaal: 30.9%, niet-migranten: 30.3%, migranten: 33.8%), "Tevredenheid" (totaal: 30.7%, niet-migranten: 30.1%, migranten: 33,8%) en "Nabijheid spoedgevallendienst" (totaal: 24.2%, niet-migranten: 22.7%, migranten: 32.4%). Opvallend hierbij is dat in de groep van mensen met migratieachtergrond het vaakst omwille van nood aan technische onderzoeken de spoedgevallendienst consulteerden, terwijl dit in voor de volledig geïncludeerde steekproef slechts op de tweede plaats komt.

5.2 Regressieanalyses

Voor de 5 meest gekozen redenen werd een binaire logistische regressie uitgevoerd, waarbij werd gecontroleerd op geslacht, leeftijd, financiële situatie, opleiding en migratieachtergrond *(Tabel 3,*

4, 5, 6, 7). Dezelfde binaire logistische regressie werd ook gedaan voor een aantal redenen die interessant kunnen zijn gezien de focus van de onderzoeksvraag (*id est* culturele verschillen). Deze redenen zijn de volgende: :"Niet weten waar anders naartoe" (totaal: 23.1%, niet-migranten: 22.4%, migranten: 26.8%) *(ie Tabel 8)*, "Gewoonte uit land van herkomst" (totaal: 19.1%, niet-migranten: 18.7%, migranten: 21.1%) *(Tabel 9)*, "Uitstel van betalen" (totaal: 9.8%, niet-migranten: 9%, migranten: 14.1%) *(Tabel 10)* en "Gebruikelijke bron van zorg" (totaal: 8.0%, niet-migranten: 6.6%, migranten: 15.5%) *(Tabel 11).*

Tabel 12 toont het resultaat voor de binaire logistische regressie voor het al dan niet hebben van een vaste huisarts. Hierbij werd opnieuw gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, financiële situatie, opleiding en migratieachtergrond.

5.2.1 Ernst van het probleem (Tabel 3)

De inschatting van de ernst van het probleem als reden om zichzelf aan te melden aan de spoedgevallendienst is vooral belangrijk voor ouderen in de leeftijdscategorie 61-99 jaar. Zij geven significant vaker deze reden aan, waarbij de odds ratio ten opzichte van de leeftijdsgroep jongvolwassen van 18-35 jaar zo'n 1.7 maal groter is. Er is voor deze reden geen significant verschil vast te stellen op basis van geslacht, financiële situatie, opleidingsniveau of migratieachtergrond.

5.2.2 Technische onderzoeken (Tabel 4)

De leeftijdscategorie jongvolwassenen van 18-35 jaar is 2.6 maal minder geneigd om wegens nood aan technische onderzoeken de spoedgevallendienst te consulteren dan de referentiecategorie ouderen van 61-99jaar. Voor de overige variabelen geslacht, financiële situatie, opleidingsniveau of migratieachtergrond is er geen significantie waar te nemen.

5.2.3 Vroegere ervaring (Tabel 5)

De leeftijdscategorie jongvolwassenen van 18-35 jaar is significant minder geneigd om wegens een vroegere ervaring de spoedgevallendienst te consulteren, met een odds ratio die 2.1 maal kleiner is ten opzichte van de referentiecategorie. Opnieuw is er voor geen van de overige variabelen (geslacht, financiële situatie, opleidingsniveau of migratieachtergrond) geen significant verschil voor deze reden.

5.2.4 Tevredenheid (Tabel 6)

Tevredenheid over de zorg die men verleent op de spoedgevallendienst als reden is significant minder vaak als reden aangegeven door de groep jongvolwassenen van 18-35 jaar in vergelijking met de referentiecategorie. De odds ratio hierbij is 1.9.

5.2.5 Nabijheid spoedgevallendienst (Tabel 7)

Deze reden werd significant minder vaak aangeduid door zowel de leeftijdscategorie jongvolwassenen van 18-35 jaar, alsook door de leeftijdscategorie volwassenen van 36-60 jaar ten opzichte van de referentiecategorie. De odds waren hierbij dat deze leeftijdscategorieën respectievelijk 2.1 en 1.9 keer

minder geneigd zijn om wegens de nabijheid de spoedgevallendienst te consulteren. Bovendien is het significant dat mensen met een migratieachtergrond 2.0 keer meer geneigd om deze stelling aan te duiden als reden van hun keuze voor de spoedgevallendienst. Er waren geen significante verschillen voor geslacht, financiële situatie en opleidingsgraad.

5.2.6 Niet weten waar anders naartoe (Tabel 8)

Voor deze reden zijn er geen significante verschillen te noteren voor alle verklarende variabelen.

5.2.7 Gewoonte uit land van herkomst (Tabel 9)

Voor deze reden zijn er geen significante resultaten voor de verklarende variabelen te observeren. Opvallend hierbij is dat mensen met migratieachtergrond niet significant meer/minder geneigd zijn deze reden aan te duiden dan mensen zonder migratieachtergrond.

5.2.8 Uitstel van betalen (Tabel 10)

De leeftijdsgroep volwassenen van 36-60jaar is 7.4 keer minder geneigd om uitstel van betalen als reden aan te duiden om zich tot de spoedgevallendienst te wenden dan de leeftijdsgroep ouderen van 61-99jaar. Opvallend is dat financiële situatie helemaal geen significant verschil maakt in het aanduiden van deze keuze, met een p-waarde die tegen de 1 aanleunt. Ook het al dan niet hebben van migratieachtergrond was met een p-waarde van 0,06 niet significant, hoewel de odds 2.3 keer groter zouden zijn. Voor de overige variabelen (geslacht en opleidingsgraad) is ook geen significant verschil te meten.

5.2.9 Gebruikelijke bron van zorg (Tabel 11)

Patiënten met een migratieachtergrond zijn significant meer geneigd om met de meeste van hun (gezondheids)problemen naar de spoedgevallendienst te komen. Daarbij is de odds 3.2 maal groter tegenover patiënten zonder migratieachtergrond. Patiënten met een lage opleidingsgraad zijn met een p-waarde van 0,057 statistisch net niet als significant te beschouwen, hoewel de odds 3.8 keer groter zouden zijn. Voor de overige variabelen (geslacht, leeftijdscategorie en financiële situatie) zijn er geen ook geen statistisch significante verschillen voor deze reden.

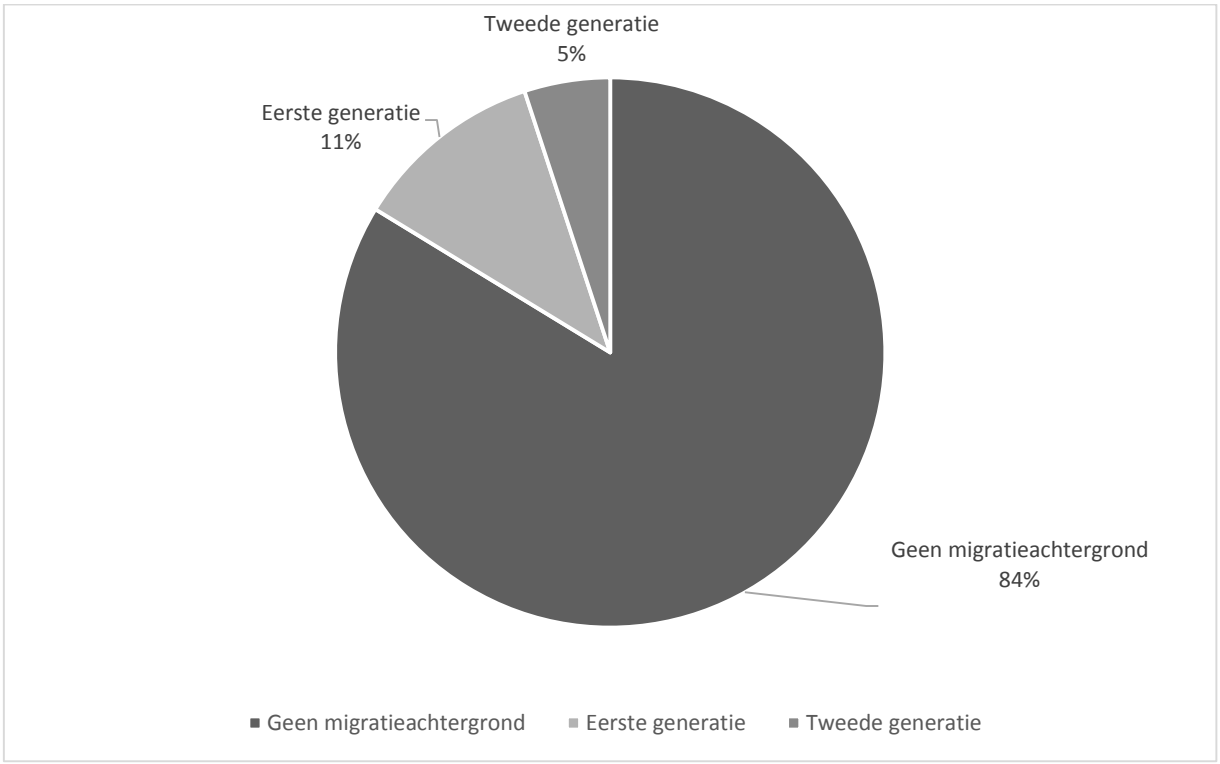
5.2.10 Het al dan niet hebben van een vaste huisarts (Tabel 12)

Mensen met een migratieachtergrond hebben significant minder vaak een vaste huisarts dan patiënten zonder migratieachtergrond, waarbij de odds om geen vaste huisarts te hebben 4.0 keer groter zijn bij patiënten met migratieachtergrond. Ook significant is dat patiënten met een moeilijke financiële situatie 2.6 keer minder vaak steeds dezelfde vaste huisarts te consulteren. Voor de overige variabelen (geslacht, leeftijdscategorie, en opleidingsgraad) waren er geen significante verschillen.

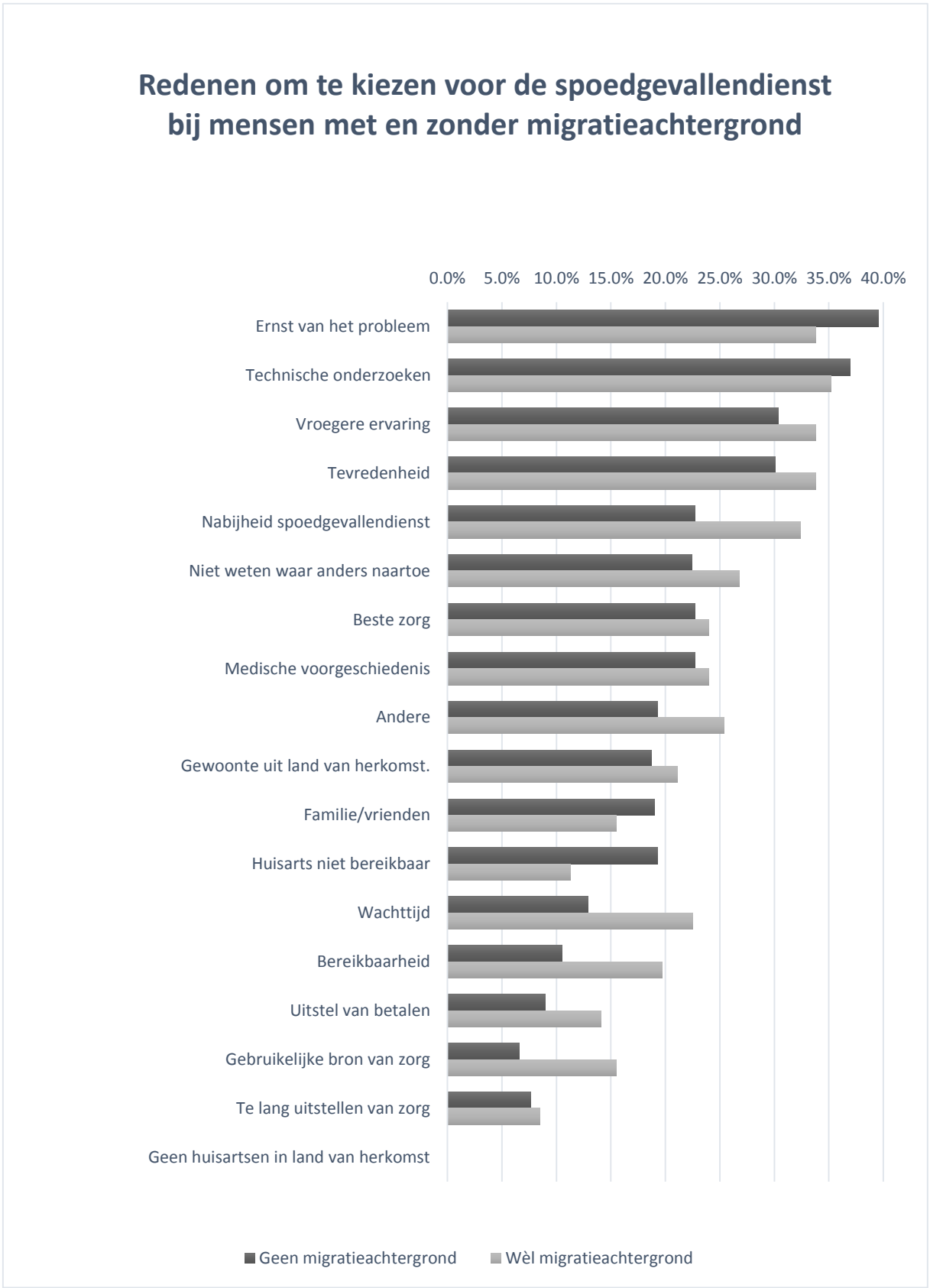
Tabel 1: Socio-economische eigenschappen van de participanten

	Aantal (Valid percentage)
Geslacht	
Man	251 (55.8%)
Vrouw	198 (44%)
Leeftijdscategorie	
Jongvolwassenen (18 - 35 jaar)	138 (30.8 %)
Volwassenen (36 – 60 jaar)	197 (44%)
Ouderen (61 – 99 jaar)	113 (25.2%)
Financiële situatie	
Gemakkelijke financiële situatie	313 (72.6%)
Moeilijke financiële situatie	118 (27.4%)
Opleidingsgraad	
Laagopgeleid	104 (23.4%)
Middelmatig opgeleid	256 (57.7%)
Hoogopgeleid	84 (18.9%)
Nationaliteit	
Belg	412 (91.6%)
Niet-Belg	38 (8.4%)
Migratieachtergrond	
Geen migratieachtergrond	365 (83.7%)
Wel migratieachtergrond	71 (16.3%)
Waarvan eerste generatie migrant	49 (11.2%)
Waarvan tweede generatie migrant	22 (5.0%)
Vaste huisarts	
ja	424 (94.6%)
Neen	24 (5.4%)

Grafiek 1: Percentage patiënten zonder migratieachtergrond ten opzichte van eerste en tweede generatie migranten



Grafiek 2:


Redenen om te kiezen voor de spoedgevallendienst bij mensen met en zonder migratieachtergrond
0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0% 35.0% 40.0%
Ernst van het probleem
Technische onderzoeken
Vroegere ervaring
Tevredenheid
Nabijheid spoedgevallendienst
Niet weten waar anders naartoe
Beste zorg
Medische voorgeschiedenis
Andere
Gewoonte uit land van herkomst.
Familie/vrienden
Huisarts niet bereikbaar
Wachttijd
Bereikbaarheid
Uitstel van betalen
Gebruikelijke bron van zorg
Te lang uitstellen van zorg
Geen huisartsen in land van herkomst
Geen migratieachtergrond
Wèl migratieachtergrond

Tabel 2: Redenen om voor de spoedgevallendienst te kiezen en hun afkorting

Reden	Verklaring	Afkorting
Reden 1	"Ik moet hier niet lang wachten"	Wachttijd
Reden 2	"Ik wist niet waar ik anders naartoe kon gaan met dit probleem"	Niet weten waar anders naartoe
Reden 3:	"Ik ben hier reeds geweest"	Vroegere ervaring
Reden 4:	"Ik ben tevreden over de zorg die men hier geeft"	Tevredenheid
Reden 5	"Ik kom meestal met mijn (gezondheids)problemen naar de spoedgevallendienst"	Gebruikelijke bron van zorg
Reden 6	"Mijn familie/vrienden hebben mij de spoedgevallendienst aangeraden"	Familie/vrienden
Reden 7	"Ik moet tijdens het bezoek niets betalen op de spoedgevallendienst"	Uitstel van betalen
Reden 8	"De spoedgevallendienst was voor mij het dichtstbij"	Nabijheid spoedgevallendienst
Reden 9	"De spoedgevallendienst verleent de beste zorg"	Beste zorg
Reden 10	"Gezien mijn medische voorgeschiedenis is de spoedgevallendienst de beste keuze voor mijn probleem"	Medische voorgeschiedenis
Reden 11	" Gezien de ernst van mijn probleem denk ik dat de spoedgevallendienst mij de beste zorg kan geven"	Ernst van het probleem
Reden 12	"Ik heb te lang zorg uitgesteld waardoor mijn probleem enkel kan verholpen worden op de spoedgevallendienst"	Te lang uitstellen van zorg
Reden 13:	"Ik denk dat er extra onderzoeken zullen nodig zijn (bijvoorbeeld RX-foto, CT-scan, echo, …)"	Technische onderzoeken
Reden 14	"De spoedgevallendienst was voor mij het gemakkelijkst bereikbaar"	Bereikbaarheid
Reden 15	"Ik heb mijn huisarts eerst gebeld, maar ik kon niet bij hem terecht."	Huisarts niet bereikbaar
Reden 16	"In mijn land van herkomst is het de gewoonte om met een (gezondheids)probleem eerst naar de spoedgevallendienst te gaan"	Gewoonte uit land van herkomst.
Reden 17	"In mijn land van herkomst bestaan er geen huisartsen en is de spoedgevallendienst de enige plaats waar ik terecht kan met een (gezondheids)probleem"	Geen huisartsen in land van herkomst
Reden 17.1	Andere, te specifiëren	Andere

Tabel 3:Binaire logistische regressie voo "Ernst van het probleem"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	0.004	0.007	0.307	0.580	1.004	0.990-1.019
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.534	0.308	2.996	0.083	0.586	0.320-1.073
36-60 jaar	0.115	0.268	0.184	0.668	1.122	0.663-1.897
61-99 jaar			6.874	**0.032**		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	-0.058	0.235	0.060	0.806	0.944	0.596-1.495
Opleidingsgraad						
Laag	-0.090	0.332	0.074	0.786	0.914	0.477-1.751
Middelmatig	-0.026	0.270	0.009	0.924	0.975	0.574-1.653
Hoog			0.081	0.961		
Migratieachtergrond						
Ja	-0.267	0.289	0.854	0.355	0.766	0.435-1.349
Neen						

Tabel 4: Binaire logistische regressie voor "Technische onderzoeken"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	0.005	0.009	0.260	0.610	1.005	0.986-1.024
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.979	0.317	9.518	**0.002**	0.376	0.202-0.700
36-60 jaar	-0.364	0.274	1.758	0.185	0.695	0.406-1.190
61-99 jaar			10.168	**0.006**		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	-0.106	0.241	0.194	0.660	0.899	0.561-1.443
Opleidingsgraad						
Laag	-0.632	0.344	3.368	0.066	0.532	0.271-1.044
Middelmatig	0.009	0.272	0.001	0.973	1.009	0.592-1.720
Hoog			5.177	0.075		
Migratieachtergrond						
Ja	0.200	0.288	0.484	0.486	1.222	0.695-2.149
Neen						

Tabel 5: Binaire logistische regressie voor "Vroegere ervaring"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	-0.365	0.223	2.679	0.102	0.694	0.448-1.075
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.755	0.321	5.536	**0.019**	0.470	0.250-0.881
36-60 jaar	-0.518	0.280	3.419	0.064	0.596	0.344-1.032
61-99 jaar			5.799	0.055		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	0.115	0.247	0.216	0.642	1.121	0.691-1.818
Opleidingsgraad						
Laag	0.122	0.355	0.117	0.732	1.129	0.563-2.266
Middelmatig	0.253	0.297	0.728	0.394	1.288	0.720-2.306
Hoog			0.786	0.675		
Migratieachtergrond						
Ja	0.330	0.292	1.273	0.259	1.390	0.784-2.465
Neen						

Tabel 6: Binaire logistische regressie voor "Tevredenheid"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	-0.386	0.222	3.007	0.083	0.680	0.440-1.052
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.638	0.324	3.883	**0.049**	0.528	0.280-0.997
36-60 jaar	-0.241	0.281	0.731	0.392	0.786	0.453-1.364
61-99 jaar			4.122	0.127		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	0.269	0.245	1.209	0.271	1.309	0.810-2.115
Opleidingsgraad						
Laag	-0.271	0.354	0.584	0.445	0.763	0.381-1.527
Middelmatig	0.094	0.288	0.108	0.743	1.099	0.625-1.931
Hoog			1.544	0.462		
Migratieachtergrond						
Ja	0.290	0.291	0.988	0.320	1.336	0.755-2.366
Neen						

Tabel 7: Binaire logistische regressie voor "Nabijheid spoedgevallendienst"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	-0.094	0.239	0.153	0.695	0.911	0.570-1.456
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.729	0.342	4.538	**0.033**	0.482	0.247-0.943
36-60 jaar	-0.629	0.302	4.334	**0.037**	0,533	
61-99 jaar			5.523	0.063		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	0.170	0.264	0.414	0.520	1.186	0.706-1.991
Opleidingsgraad						
Laag	-0.333	0.371	0.805	0.370	0.717	0.347-1.483
Middelmatig	-0.166	0.305	0.297	0.586	0.847	0.466-1.540
Hoog			0.805	0.669		
Migratieachtergrond						
Ja	0.670	0.301	4.954	**0.026**	1.953	1.083-3.523
Neen						

Tabel 8: Binaire logistische regressie voor "Niet weten waar anders naartoe"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	-0.003	0.011	0.078	0.780	0.997	0.975-1.019
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.030	0.343	0.008	0.929	0.970	0.495-1.902
36-60 jaar	-0.430	0.321	1.799	0.180	0.650	0.347-1.220
61-99 jaar			2.776	0.250		
Financiële situatie						
Gemakkelijk	0.240	0.268	0.803	0.370	1.272	0.752-2.151
Moeilijk						
Opleidingsgraad						
Laag	-0.249	0.380	0.429	0.512	0.779	0.370-1.643
Middelmatig	-0.255	0.309	0.682	0.409	0.775	0.423-1.419
Hoog			0.729	0.694		
Migratieachtergrond						
Ja	0.334	0.314	1.131	0.288	1.396	0.755-2.581
Neen						

Tabel 9: Binaire logistische regressie "Gewoonte uit land van herkomst"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	0.017	0.262	0.004	0.948	1.017	0.609-1.700
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	0.595	0.421	2.001	0.157	1.814	0.765-4.138
36-60 jaar	0.739	0.381	3.757	0.053	2.094	0.992-4.423
61-99 jaar			3.757	0.153		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	0.181	0.295	0.376	0.540	1.198	0.672-2.135
Opleidingsgraad						
Laag	-0.251	0.413	0.369	0.543	0.778	0.346-1.748
Middelmatig	-0.371	0.325	1.299	0.254	0.690	0.365-1.306
Hoog			1.299	0.522		
Migratieachtergrond						
Ja	0.128	0.338	0.144	0.704	1.137	0.586-2.204
Neen						

Tabel 10: Binaire logistische regressie "Uitstel van betalen"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	-0.363	0.364	0.992	0.319	0.696	0.341-1.420
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.662	0.445	2.207	0.137	0.516	0.215-1.235
36-60 jaar	-1.997	0.521	14.699	**0.000**	0.136	0.049-0.377
61-99 jaar			14.781	**0.001**		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	-0.001	0.398	0.000	0.999	0.999	0.458-2.181
Opleidingsgraad						
Laag	0.362	0.555	0.426	0.514	1.436	0.484-4.258
Middelmatig	0.143	0.503	0.081	0.776	1.154	0.431-3.090
Hoog			0.466	0.792		
Migratieachtergrond						
Ja	0.816	0.437	3.489	0.062	2.260	0.691-5.319
Neen						

Tabel 11: Binaire logistische regressie voor "Gebruikelijk bron van zorg"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	-0.024	0.383	0.004	0.950	0.976	0.461-2.068
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-0.694	0.579	1.439	0.230	0.499	0.161-1.553
36-60 jaar	-0.220	0.473	0.215	0.643	0.803	0.318-2.030
61-99 jaar			1.524	0.467		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	-0.873	0.489	3.181	0.074	0.418	0.160-1.090
Opleidingsgraad						
Laag	1.325	0.696	3.625	0.057	3.763	0.962-14.724
Middelmatig	0.853	0.648	1.733	0.188	2.347	0.659-8.362
Hoog			3.694	0.158		
Migratieachtergrond						
Ja	1.170	0.430	7.411	**0.006**	3.223	1.388-7.484
Neen						

Tabel 12: Binaire logistische regressie voor "Vaste huisarts"

	B	SE	Wald	Sig	Odds ratio	BI (95%)
Geslacht						
Vrouw	0.580	0.480	1.462	0.227	1.786	0.697-4.575
Man						
Leeftijdscategorie						
18-35 jaar	-1.499	0.838	3.199	0.074	0.223	0.043-1.155
36-60 jaar	-0.0392	0.084	0.679	0.710	0.500	0.096-2.596
61-99 jaar			4.694	0.096		
Financiële situatie						
Gemakkelijk						
Moeilijk	-0.972	0.484	4.035	0.045	0.378	0.147-0.979
Opleidingsgraad						
Laag	0.704	0.678	1.078	0.299	2.021	0.596-7.625
Middelmatig	0.863	0.540	2.554	0.110	2.370	0.823-6.828
Hoog			2.629	0.269		
Migratieachtergrond						
Ja	-1.394	0.469	8.825	**0.003**	0.248	0.099-0.622
Neen						

6 Discussie

Zowel vanuit gezondheidseconomisch als vanuit organisatorisch perspectief is het belangrijk om zelfverwijzende patiënten te beperken. Patiënten hebben er alle baat bij om met hun gezondheidsproblemen eerst de huisarts te consulteren. Toch stellen we vast dat bij tot 70% van de aanmeldingen op spoed, het gaat om zelfverwijzing (5). Om de problematiek van oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst aan te pakken, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de motivatie van patiënten om de spoedgevallendienst te prefereren boven de huisarts.

Hoewel voorgaand onderzoek het nog niet kan bevestigen, bestaat nog steeds het vermoeden dan patiënten met migratieachtergrond meer gebruik maken van de spoedgevallendiensten, terwijl ze vermoedelijk minder vaak de weg naar de huisarts vinden. In het algemeen vormen patiënten met migratieachtergrond nog steeds een kwetsbare groep. Ze ondervinden minder vlot toegang tot de gezondheidszorg en zijn over het algemeen minder tevreden over de zorg. Vaak zijn er problemen op vlak van communicatie en interculturele verschillen, en is er er minder continuïteit (10). De migrantenpopulatie in België bevindt zich doorgaans in de lagere socio-economische klasse, een factor waarvan is aangetoond dat ze op zich kan leiden tot een hoger spoedgebruik (1, 21)

Deze studie bevestigt de resultaten van voorgaand onderzoek: de voornaamste redenen waarom patiënten de spoedgevallendienst consulteren is omdat ze hun probleem als ernstig inschatten of omdat ze denken dat technische onderzoeken nodig zullen zijn. Hierbij is er geen verschil tussen patiënten met of zonder migratieachtergrond, en ook de financiële situatie speelt hierbij geen rol. Er is wel een significant verschil op basis van leeftijd, waarbij ouderen (61-99jaar) significant vaker deze redenen aangaven. Of de inschatting van de ernst van de pathologie door de patiënt overeenkwam met die van de arts werd binnen dit onderzoek niet nagegaan. Toch is het meer dan waarschijnlijk dat een groot aantal patiënten eerst de huisarts had kunnen consulteren. Ook de nood aan technische onderzoeken wordt door patiënten vermoedelijk overschat. Bovendien kan beeldvorming ook vlot via de huisarts worden aangevraagd, en zou dit dus geen reden mogen zijn om de spoedgevallendienst te consulteren.

Opvallend is dat de nabijheid van de spoedgevallendienst twee maal zo vaak als reden werd aangegeven om voor de spoedgevallendienst te kiezen door patiënten met migratieachtergrond, alsook door patiënten uit de oudere leeftijdscategorie (61-99jaar). Of deze patiënten daadwerkelijk dichter bij de spoedgevallendienst wonen is in het kader van deze studie niet na te gaan, doch meer waarschijnlijk gaat het om perceptie. Een minder goede kennis van de beschikbare eerstelijnsgezondheidszorg in de buurt zou een mogelijke verklaring kunnen zijn.

In deze studie werd gepeild naar de eventuele gewoonte uit het land van herkomst om de spoedgevallendienst te consulteren bij patiënten met en zonder migratieachtergrond. De idee achter deze vraag is namelijk dat in sommige landen eerstelijnsgezondheidszorg eenvoudigweg (nog) niet

geïmplementeerd werd of nog in kinderschoenen staat, waardoor de spoedgevallendienst in deze landen noodgedwongen de enige toegangspoort is voor dringende of niet-planbare medische zorgen. Het feit dat er geen significant verschil is tussen patiënten met en zonder migratieachtergrond in het beantwoorden van deze vraag is dan ook bijzonder interessant, omdat het de hypothese dat migranten vaker de spoedgevallendienst zouden bezoeken omdat dit de gewoonte is in eigen land, helpt ontkrachten. Er is echter een significant groter aandeel aan patiënten met migratieachtergrond die met hun gezondheidsproblemen meestal de spoedgevallendienst bezoeken. Patiënten met migratieachtergrond geven deze reden 3.2 keer vaker aan dan patiënten zonder migratieachtergrond. Deze groep patiënten zou via sensibiliseringscampagnes aangesproken kunnen worden om de huisarts voorop te stellen als eerste keuze bij gezondheidsproblemen.

Het feit dat men tijdens het bezoek aan de spoedgevallendienst niet onmiddellijk moet betalen werd door 9.8% van de patiënten als reden aangegeven voor hun keuze, wat opvallend hoog is. Het blijkt echter niet gerelateerd aan de financiële situatie van de patiënt. Oudere volwassenen (61-99 jaar) blijken deze reden wel 7.4 keer vaker aan te duiden, voor patiënten met migratieachtergrond is het verschil met een p-waarde 0,06 net niet significant, al kan dit te maken hebben met de beperkte steekproefgrootte. Een uitbreiding van de derdebetalersregeling in eerstelijnsgezondheidszorg zou mogelijks het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten kunnen verminderen bij deze groep patiënten.

Het al dan niet hebben van een vaste huisarts is een belangrijke determinant voor spoedgebruik volgens de bestaande literatuur. In ons onderzoek blijkt 94.6% van de patiënten die zich aanmeldden op spoed wel degelijk steeds dezelfde huisarts consulteert. Patiënten met migratieachtergrond hebben echter 4 keer vaker geen vaste huisarts, en ook patiënten met een moeilijke financiële situatie zijn minder vaak geneigd steeds dezelfde huisarts te consulteren. Huisartsen dienen bijzondere aandacht te besteden aan deze twee kwetsbare groepen patiënten. Het verwerven van extra competenties op vlak van communicatie en interculturele relaties zijn belangrijk om een goede arts-patiënt relatie op te bouwen. Dit zal de continuïteit van zorg verbeteren voor deze kwetsbare patiënten.

7 Beperkingen en aanbevelingen

Deze studie heeft getracht op basis van vragenlijsten afgenomen op spoedgevallendiensten tijdens de kantooruren (9-18h) inzicht te bieden in de motieven van patiënten om de spoedgevallendienst te consulteren zonder verwijzing van de huisarts. Hierbij werd bijzondere aandacht besteed aan eventuele verschillen op basis van cultuur en socio-economische status. Een belangrijk deel van de consulten bij zelfverwijzers op de spoedgevallendienst vindt echter plaats na de kantooruren en in het weekend. Deze studie kan hieromtrent echter geen uitspraken doen. Het vermoeden dat bepaalde migranten net vaker buiten de kantooruren de spoedgevallendienst bezoeken kan met deze studie dan ook niet bevestigd of ontkracht worden. Bovendien zouden ook de motieven van deze patiënten kunnen verschillen van de onderzochte populatie in deze studie. Desalniettemin, zijn wij, tot het beste van onze kennis, de eerste onderzoekers die link tussen migratieachtergrond en redenen om voor de spoedgevallendienst te kiezen tijdens de kantooruren zonder verwijzing exploreren.

Deze studie bevestigd dat patiënten vooral de spoedgevallendienst bezoeken omdat ze hun probleem als ernstig inschatten. In hoeverre deze inschatting juist is kon in deze studie niet worden aangetoond. Toch is er een sterk vermoeden dat patiënten de ernst van hun probleem te hoog inschatten. Van patiënten kan echter niet verwacht worden dat ze over de competenties beschikken om de ernst van hun eigen probleem in te schatten. Wel zou de bevolking kunnen gesensibiliseerd worden om eerst de huisarts te contacteren, ook wanneer zij zelf een (gezondheids)probleem als ernstig of dringend percipiëren. De huisarts zou telefonisch al binnen enkele minuten de dringendheid van het probleem moeten kunnen inschatten, en gepast advies kunnen aanbieden. Dit zal de druk op de spoedgevallendiensten verminderen en de continuïteit van de zorg verhogen, hetgeen ook een invloed zal hebben op de gepercipieerde kwaliteit van zorg door patiënten.

Voor deze studie werden data uit 3 verschillende ziekenhuizen samengevoegd. De steekproefgrootte werd hierdoor groter, maar het aandeel patiënten met migratieachtergrond bleef betrekkelijk laag. Bovendien werden slechts 51 patiënten uit het AZ Sint Lucas Gent geïncludeerd, wat zeer laag is, en wat ook voor een ongelijke verdeling zorgt tussen de verschillende ziekenhuizen. De vragenlijst werd vertaald in 5 talen, er is dus een mogelijkheid dat patiënten niet geïncludeerd konden worden doordat ze de vragenlijst niet begrepen.

Door het beperkt aantal geïncludeerde patiënten met migratieachtergrond (71 of 16,3%) was het niet mogelijk te differentiëren tussen eerste-generatie migranten (11,2%) van tweede-generatie migranten (5,0%) in de analyse. Bovendien is het mogelijk dat derde-generatie migranten ten onrechte als patiënten zonder migratieachtergrond werden beschouwd. Bij de eerste-generatie migranten werden patiënten die slechts een beperkte hoeveelheid tijd in ons land verbleven, zoals toeristen of studenten, niet geëxcludeerd. Dit zou mogelijks de resultaten hebben beïnvloed, zeker betreffende het hebben van een vaste huisarts, hetgeen in sommige landen ongebruikelijk is.

Deze studie beperkt zich tot volwassen patiënten. Literatuuronderzoek toont echter aan dat bij een belangrijk deel van de patiënten die zonder verwijzing van de huisarts naar de spoedgevallendienst gaan, minderjarig zijn. Of de huidige maatregelen betreffende het hogere remgeld bij zelfverwijzing hun doel al dan niet missen, kan in kader van deze studie niet bepaald worden, gezien de kennis en effect van deze maatregel niet werd bevraagd.

Teneinde meer inzicht te verwerven in de problematiek van oneigenlijk spoedgebruik, in het bijzonder door patiënten met migratieachtergrond, is het belangrijk om deze studie te herhalen met een grotere steekproefgrootte. Hierbij zal het ook belangrijk zijn om migratieachtergrond goed te definiëren, en een onderscheid te maken tussen eerste- en tweede-generatie migranten.

Immigranten die zich voor het eerst in België vestigen zijn verplicht een inburgeringscursus te volgen. Het is aangewezen in deze cursus voldoende aandacht te besteden aan het Belgische gezondheidszorgsysteem en mensen van bij het begin te sensibiliseren om eerst de huisarts te consulteren en het gebruik van spoedgevallendiensten te beperken. Het is immers aangetoond dat educatie het spoedgebruik potentieel kan doen verminderen (1).

8 Conclusie

Patiënten kiezen het vaakst voor de dienst spoedgevallen omdat ze de ernst van hun probleem hoog inschatten of omdat ze denken dat technische onderzoeken nodig zijn. Dit verschilt niet tussen patiënten met en zonder migratieachtergrond, noch op basis van financiële situatie. Een sensibiliseringscampagne om patiënten aan te sporen toch steeds eerst de huisarts (telefonisch) te contacteren om de ernst van het probleem te helpen inschatten, en dat medische beeldvorming ook via de huisarts kan worden aangevraagd, kan mogelijks het oneigenlijk gebruik van spoed helpen verminderen.

Het feit dat patiënten op spoed niet onmiddellijk hoeven te betalen blijkt voor een kleine 10% van patiënten toch een belangrijke reden te zijn om de spoedgevallendienst boven de huisarts te prefereren. De financiële situatie van de patiënt speelt hierin echter geen rol. Een uitbreiding van de derdebetalersregeling bij de huisarts zou hier mogelijks een oplossing kunnen bieden.

Het hebben van een vaste huisarts is een belangrijke determinant voor spoedgebruik. Hoewel de meeste patiënten (94.6%) wel degelijk een vaste huisarts hebben, zijn patiënten met migratieachtergrond 4 keer meer en patiënten met een moeilijke financiële situatie 2.6 keer meer geneigd om niet steeds dezelfde huisarts te consulteren. Er dient dan ook aandacht worden besteed om bij deze kwetsbare groep patiënten de arts-patiënt relatie te verbeteren.

Er blijkt een belangrijke groep patiënten (8.0%) te zijn die met hun (gezondheids)problemen meestal de spoedgevallendienst consulteren. Bovendien zijn patiënten met migratieachtergrond 3 keer vaker geneigd om met al hun gezondheidsproblemen naar spoed te komen. Sensibilisering omtrent het belang van de huisarts als eerste hulpverlener zou hier kunnen baten.

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

(3) *Bamezai, A. Melnick, G. and Nawathe, A. (2005) The Cost of an Emergency Department Visit and Its Relationship to Emergency Department Volume. Annals of Emergency Medicine, 45, 483-490.*

(4) *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.*

(5) *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*

(6) *Wens J, Mortelmans LJ, Verhoeven V, Philips H, Remmen R, Van Royen P. Use of emergency departments by primary care patients. Eur J Gen Pract. 2005;11(2):78-80*

(7) *Detollenaere, J., Verlinde, E., Willems, S. and Blezer, J. (2014) Which Socio-Economic Factors Influence Patients' Choice to Opt for the ED or the GPC during Out-of-Hours: An Explorative Study in Flanders. Health, 6, 1361-1367.*

(8) *Clément N, Businger A, Martinolli L, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department.* Swiss Medical Weekly.*2010;140, article w13089*

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

(10) *Hanssens LG, Detollenaere J, Hardyns W, Willems SJ. Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. Int J Public Health. 2016 May;61(4):443-54.*

(11) *Dauvrin, M. & Lorant, V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? BMC Health Serv Res (2014) 14: 294.*

(12) *Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O: Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Rep. 2003, 118: 293-302.*

(13) *Gimeno-Feliu, L. A., Calderón-Larrañaga, A., Diaz, E., Poblador-Plou, B., Macipe-Costa, R., & Prados-Torres, A. (2016). Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. BMC Public Health, 16, 450.*

(14) *Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? J Epidemiol Community Health. 2001;55:701–707.*

(15) *Uiters, E., Devillé, W., Foets, M., Spreeuwenberg, P., & Groenewegen, P. P. (2009). Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. BMC Health Services Research, 9, 76.*

(16) *Diaz E, Calderon-Larranaga A, Prado-Torres A, Poblador-Plou B, Gimeno-Feliu LA. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. Eur J Public Health.2015;25(1):72–78.*

(17) *Website Bevolkingscijfers, West-Vlaanderen: http://www.west-vlaanderen.be/overwvl/beleid_bestuur/gemeenten/Paginas/bevolkingscijfers.aspx.*

(18) *Website AZ Groeninge: cijfergegevens: https://www.azgroeninge.be/Cijfergegevens*

(19) *Website FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie: Statistieken: Bevolking: Buitenlandse Bevolking 2006: http://statbel.fgov.be/nl/binaries/p202y2006_nl%5B1%5D_tcm325-39292.pdf*

(20) Website Buurtmonitor Gent: https://gent.buurtmonitor.be/

(21) Website Integratiemonitor Gent: http://aps.vlaanderen.be/lokaal/pdf/integratiemonitor/Gent.pdf

(22) Website Sint -Andries ziekenhuis Tielt: over ons: http://www.sintandriestielt.be/over-ons

(23) Website AZ Sint Lucas Gent: "wie zijn wij": http://www.azstlucas.be/over-az-sint-lucas/wie-zijn-we/algemeen

(24) Website van de Vlaamse overheid: http://www.vlaanderen.be/nl/gemeenten-en-provincies/provincie-oost-vlaanderen/gent

(25) Webartikel Studiedienst van de Vlaamse Regering: Noppe J, Lodewijckx E. De gekleurde samenleving: Personen van vreemde herkomst in Vlaanderen. http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/afbeeldingennieuwtjes/demografie/bijlagen/2012-03-26-webartikel2012-3-vreemde-herkomst.pdf

10 Bijlagen

10.1 Bijlage 1: Vragenlijst



VRAGENLIJST SPOEDGEVALLENDIENST

1. Geslacht

□ Man

□ Vrouw

2. Geboortedatum

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

3. Wat is uw nationaliteit?

□ Belg

□ Andere: ……

Wat is uw geboorteland?

□ België

□ Ander land: ……

Wat is het geboorteland van uw:

VADER

□ België

□ Ander land: ……

MOEDER

□ België

□ Ander land: ……

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: …….....

□ In mijn land van herkomst is het de gewoonte om met een (gezondheids)probleem eerst naar de spoedgevallendienst te gaan

□In mijn land van herkomst bestaan er geen huisartsen en is de spoedgevallendienst de enige plaats waar ik terecht kan met een (gezondheids)probleem

□ 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	

10.3 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 alsook de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het AZ Sint Lucas 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._ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

(Stempel en handtekening)

Naam patiënt _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

(Naam en handtekening)

10.4 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.

Wie zijn we?

De verantwoordelijken voor dit onderzoek zijn prof. dr. Sara Willems en drs. Jens Detollenaere, beide werkzaam aan de faculteit Geneeskunde en Gezondheids-wetenschappen van de Universiteit Gent.

Wat is ons doel?

In deze studie willen we nagaan welke de bepalende factoren zijn voor het kiezen van de spoedgevallendienst bij een gezondheidsprobleem. Een inzicht in het gebruik van deze gezondheidszorg-voorzieningen 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 spoedgevallendienst gepeild naar hun motivatie voor de keuze van de één of andere hulpverlening en wordt getracht bepalende factoren te identificeren. De verwachte totale tijd nodig voor het invullen van de vragenlijst is maximaal 10 minuten. De vragenlijsten worden anoniem ingevuld en persoonlijke informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden.

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 spoedgevallen-dienst zonder doorverwijzing van een arts
- U zich niet in een 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 en van AZ Sint Lucas 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 Gent 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, hebt u vragen of is er een letsel opgetreden ten gevolge van de studie, kunt u op elk ogenblik contact opnemen met:

Jens Detollenaere

Via telefoon: 09/332 26 93

Via e-mail: Jens.Detollenaere@UGent.be

Alvast bedankt

Het onderzoeksteam

Prof. dr. Sara Willems (UGent)

drs. Jens Detollenaere (UGent)

Dr. Stefanie Huyge

Dr. Omima Ahmad

10.5 Bijlage 4: 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**
	2015/0218	04-mrt-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:

Patiënten zonder verwijzing door de huisarts op de dienst spoedgevallen: interculturele en socio-economische verschillen? (Ma-na-ma Stefanie Huyge)

Belgisch Registratienummer: B670201524098

* Adviesaanvraagformulier dd. 9/02/2015 (volledig ontvangen dd. 17/02/2015)
* Patiëntentoestemmingsformulier (Nederlandse, Franse, Engelse, Turkse en Arabische versie)
* Vragenlijst spoedgevallendienst (Nederlandse, Franse, Engelse, Turkse en Arabische versie)
* Protocol
* Infobrochure (Nederlandse, Franse, Engelse, Turkse en Arabische versie)
* Antwoord onderzoekers ontvangen via mail dd. 27/02/2015 op opmerkingen EC dd. 24/02/2015

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 3/03/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 2/03/2016, 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 3/03/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 2/03/2016, 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 17/03/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/03/2015

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

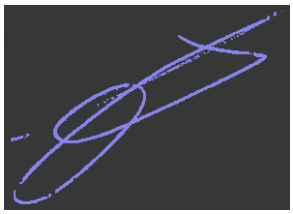
CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0218	04-mrt-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0218

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be