



Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtdienst en de huisartsen

Rapporteur : Professor Nathan Clumeck
Algemeen Medisch Directeur iris

Januari 2005

Studie gefinancierd door het Verzekeringscomité van het RIZIV



Stuurgroep

Prof. N. Clumeck (iris)
Dr. P. Kirkove (ziekenhuis Sint-Pieter)
Dr. P. Dernier (ziekenhuis Elsene)
Dr. M. Dusart (iris)
Dr. A. Steygers (Médigarde en FAMG)
Dr. M. Roland (Wijkgezondheidscentra)
Dr. L. Martens (Brusselse Huisartsenkring)
Dr. E. Vander Meersch (Brusselse Huisartsenkring)
Dr. M. De Spiegelaere (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Gewest)
Dr. P. Meeus (Ministerie van Volksgezondheid)
Dr. M. Roex (Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging)
Dr. M. Vermeylen (Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging)

Statistische studies

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Gewest

Dr. M. De Spiegelaere
Dr. M. Deguerry

Inhoudstafel

1	Doel van de studie.....	6
2	Materiaal en methodes.....	7
2.1	De twee stalen van patiënten	7
2.2	Inclusiecriteria	8
2.3	De formulieren.....	8
2.4	Het verloop van de studie	8
2.5	De codering van de gegevens	9
2.6	De statistische analyse van de gegevens.....	9
2.7	Aantal ontbrekende gegevens	10
2.8	Her codering van bepaalde gegevens	10
2.9	Substalen van gegevens	11
3	Resultaten.....	12
3.1	Beschrijving van het staal.....	12
3.2	Beschrijving van de ingezamelde gegevens	12
3.2.1	Woonplaats van de patiënten van het staal.....	12
3.2.2	Verdeling volgens leeftijd	12
3.2.3	Verdeling volgens geslacht	13
3.2.4	Nationaliteit	13
3.2.5	Taalbegrip.....	13
3.2.6	Type van bezochte dienst voor dringend medisch probleem volgens het sociaal statuut (niet-exclusieve categorieën)	14
3.2.7	Type van bezochte dienst voor een dringend medisch probleem naar gelang de verzekeringssituatie	15
3.2.8	Type van bezochte dienst voor een dringend medisch probleem naar gelang de levensomstandigheden	16
3.2.9	Invloed van het hebben van een eigen huisarts op het type van bezochte dienst.....	16
3.2.10	Analyse van het profiel van de patiënten, naar gelang ze een eigen huisarts hebben of niet	17
3.2.11	Aantal gevallen van doorverwijzing naar een ziekenhuiswachtdienst ingevolge een dringend onderzoek door een huisarts	18
3.2.12	Redenen waarom er geen contact was met de eigen huisarts voor patiënten die werden gezien op de ziekenhuiswachtdienst.....	19
3.2.13	Redenen waarom er geen contact was met de eigen huisarts voor patiënten die werden gezien op de huisartsenwachtdienst.....	19
3.2.14	Redenen van het contact en diagnose.....	20
3.2.15	Vergelijking van de diagnoses gesteld door de huisartsen en de ziekenhuizen voor hetzelfde soort van klacht	21
3.2.16	Vergelijking van de types van bezochte dienst voor eenzelfde reden van contact	22
3.2.17	Invloed van een medisch toezicht tijdens het voorbije jaar op het gekozen type van dienst.....	23

3.2.18	Verdeling van de dagelijkse activiteit in de loop van de onderzochte periode ..	24
3.2.19	Verdeling van de activiteit van de medische diensten over de dag.....	25
3.2.20	Verband tussen het sociaal statuut en het uur van aankomst op de spoeddienst	26
3.2.21	Analyse van de door de patiënt en door de arts aangevoelde graad van dringendheid.....	27
3.2.22	Wachttijd alvorens de patiënt wordt geholpen bij de huisartsen en op de ziekenhuiswachtdienst.....	28
3.2.23	Factoren die een invloed hebben op de wachttijd	29
3.2.24	Type van behandeling bij de huisarts en in de ziekenhuizen	30
3.2.25	Wijze van aankomst in het ziekenhuis	30
3.2.26	Opvolging van de behandeling door de huisartsen en door de ziekenhuiswachtdiensten	31
3.2.27	Gepastheid van het ogenblik waarop de patiënt zich wendt tot de spoeddienst, volgens de arts	32
3.2.28	Profiel van de patiënten die te laat werden gezien	32
3.2.29	Het niet kennen van andere spoedzorgvoorzieningen dan het ziekenhuis	34
3.2.30	Betaling bij het contact met de huisarts.....	34
3.2.31	Huisbezoeken	34
3.2.32	Onvolledige vragenlijsten	35
4	Bespreking.....	36

Lijst van figuren

Figuur 1 : De vrijwillige artsen komen uit 10 van de 19 gemeenten ; ze concentreren zich in 3 gemeenten.....	7
Figuur 2 : Type van bezochte dienst voor dringend medisch probleem volgens het sociaal statuut (niet-exclusieve categorieën).....	14
Figuur 3 : Type van bezochte dienst voor een dringend medisch probleem naar gelang het sociaal statuut (niet-exclusieve categorieën).....	15
Figuur 4 : Percentage patiënten met een eigen huisarts voor de verschillende leeftijdscategorieën.....	17
Figuur 5 : Frequentie van de contacten wat de huisartsen betreft.....	24
Figuur 6 : Frequentie van de contacten wat de ziekenhuiswachtdiensten betreft	24
Figuur 7 : Frequenties van het uur van de oproep en het uur van contact bij de huisarts	25
Figuur 8 : Frequenties van het uur van aankomst en het uur van behandeling op de ziekenhuiswachtdienst.....	25
Figuur 9 : Graad van dringendheid aangevoeld door de patiënt, door de arts op het ogenblik van de oproep (arts1) en na het onderzoek (arts2), wat de huisartsenwachtdienst betreft	27
Figuur 10 : Graad van dringendheid aangevoeld door de patiënt, door de arts op het ogenblik van het contact (arts1) en na het onderzoek (arts2), wat de ziekenhuiswachtdienst betreft.....	27
Figuur 11 : Wachtijd bij de huisartsen en in de ziekenhuizen	29

Lijst van tabellen

Tabel 1 : Gemeenten van afkomst van de patiënten die zich wenden tot een ziekenhuiswachtdienst.....	12
Tabel 2 : Taalbegrip in het totale staal	14
Tabel 3 : Redenen van geen contact met de eigen huisarts voor patiënten die in het ziekenhuis werden gezien.....	19
Tabel 4 : Redenen waarom er geen contact was met de eigen huisarts voor patiënten die op de huisartsenwachtdienst werden gezien	19
Tabel 5 : Redenen van contact bij de huisartsen en op de ziekenhuiswachtdienst	20
Tabel 6 : Top 10 van de diagnoses bij de huisartsen en op de ziekenhuiswachtdienst.....	20
Tabel 7 : Verband tussen het type van dienst en de variabelen geslacht, nationaliteit, moeilijk sociaal statuut en geen eigen huisarts voor de symptomen hoest en koorts of krampen	22
Tabel 8 : Verband tussen het type van dienst en de variabelen geslacht, nationaliteit, sociaal statuut en geen eigen huisarts voor verwondingen.....	23
Tabel 9 : Verband tussen het type van dienst voor mannelijke patiënten en het feit een eigen huisarts te hebben, in geval van verwondingen.....	23
Tabel 10 : Type van behandeling bij de huisarts en in de ziekenhuizen	30
Tabel 11 : Wijze van aankomst in het ziekenhuis	31
Tabel 12 : Variabelen die een significant verband vertonen met laattijdig contact	32
Tabel 13 : Percentage « late » en « gepaste » contacten naar gelang de sociale categorie	33
Tabel 14 : Percentage late contacten volgens het type van behandeling in het ziekenhuis en bij de huisartsen.....	34

1 Doel van de studie

Het doel van de studie, die gefinancierd wordt door het RIZIV, bestaat erin relevante informatie te verzamelen omtrent het profiel van de Brusselse patiënten die gebruik maken van de twee circuits voor dringende medische verzorging, nl. de huisartsen en de ziekenhuiswachtdienst. Die profielen moeten ons in staat stellen de doelgroepen te bepalen van de bewustmakingsacties die erop gericht zijn deze mensen te verwijzen naar de meest geschikte zorgvoorziening voor hun als dringend ervaren problemen. Hiermee wordt een dubbel doel beoogd : de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen ontlasten en de bevolking de garantie geven van een snelle toegang tot een medische dienst die op passende wijze een antwoord biedt op de aangevoelde dringendheid.

Om iets te verhelpen aan het grote aantal hulpvragen waarmee de spoeddiensten worden “overstelp”, is het allereerst van belang te begrijpen waarom de patiënten van het een of andere type van wachtdienst gebruik maken.

Wij hebben daarom een transversale studie uitgevoerd, waarbij we ons concentreerden op zowel de patiënten die de spoedgevallendiensten van een ziekenhuis bezoeken, als de patiënten die een beroep doen op de huisartsenwachtdienst in de brede zin van het woord (« solo » huisartsen, huisartsen verbonden aan een wachtdienst en huisartsen werkzaam in een wijkgezondheidscentrum). Diverse elementen werden hierbij onder de loep genomen : het profiel van de patiënten, het profiel van de verschillende types van spoedzorgvoorzieningen (« solo » huisartsen, huisartsen in gezondheidscentra en ziekenhuiswachtdiensten), de rol die het bestaan en de toegankelijkheid van een eigen huisarts kunnen spelen in de keuze van de dienst voor dringende medische hulp, de motieven waarom voor deze of gene dienst voor dringende medische hulp wordt gekozen en het soort behandeling dat eruit voortvloeide (medische, sociale, psychiatrische, administratieve behandeling, ziekenhuisopname, ambulante begeleiding, bijkomende onderzoeken), het tijdstip en de gepastheid van de keuze, de weg die de patiënten in het kader van hun behandeling hebben afgelegd, de invloed van de aangevoelde graad van dringendheid op de keuze van het type van medische dienst, de invloed van de betaalwijze en de invloed van de voorafgaande medische contacten. Ten slotte werd ook de wijze waarop de patiënten in de ziekenhuizen terechtkomen nagegaan, en de tijd die verstrijkt alvorens de verschillende spoeddiensten een patiënt behandelen.

Kinderen werden buiten beschouwing gelaten ; de studie ging enkel over patiënten ouder dan 15 jaar.

2 Materiaal en methodes

De studiemethode was transversaal en beschrijvend. De gegevens werden verzameld aan de hand van een enquête per formulier bij twee stalen van patiënten, gedurende drie opeenvolgende weken in november en december 2003.

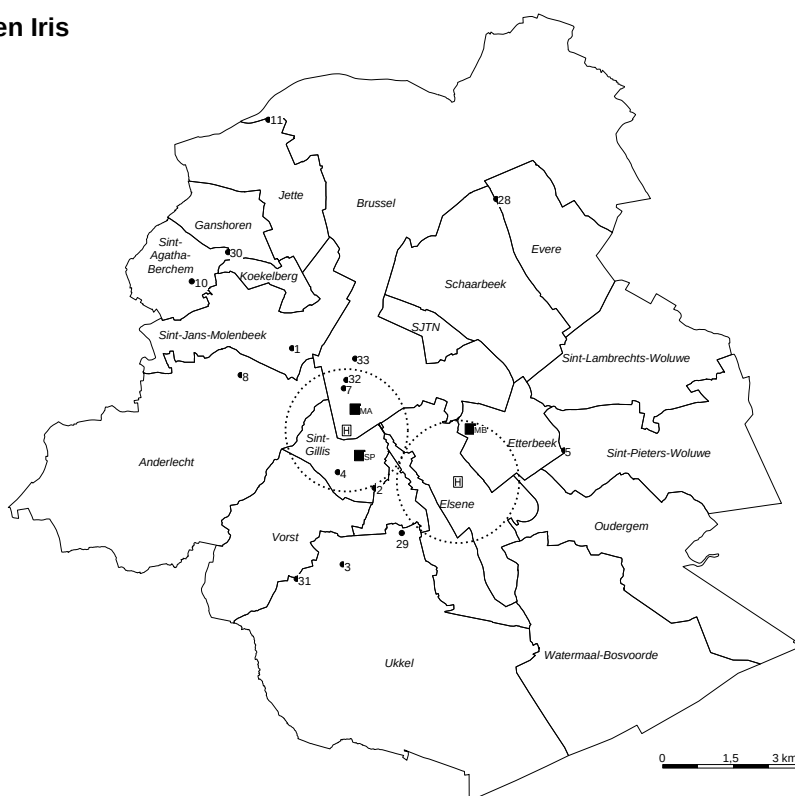
2.1 De twee stalen van patiënten

Het eerste staal bestond uit patiënten die zich voor een dringend medisch probleem wendden tot de wachtdienst van een algemeen ziekenhuis (Sint-Pieter en Etterbeek-Elsene) ; het tweede staal betrof patiënten die voor een dringend medisch probleem een beroep deden op een huisarts. 34 artsen hebben vrijwillig meegewerkt. Zij komen uit de verschillende Brusselse gemeenten, zoals onderstaand kaartje (figuur 1) aangeeft ; 17 werkten « solo », van wie er 5 verbonden waren aan Médigarde, en 17 waren werkzaam in drie wijkgezondheidscentra. 29 waren Franstalig, 5 Nederlandstalig.

Figuur 1 : De vrijwillige artsen komen uit 10 van de 19 gemeenten ; ze concentreren zich in 3 gemeenten

Onderzoek spoeddiensten Iris 2003-2004

- Deelnemers
- Wijkgezondheidscentrum
 - "Solo" huisarts
 - Spoeddienst ziekenhuis



© Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2004

2.2 *Inclusiecriteria*

In de ziekenhuiswachtdiensten werden alle patiënten die zich in de onderzochte periode hebben aangediend, systematisch in de studie opgenomen. Wat de huisartsen betreft, werd alleen rekening gehouden met de patiënten die vroegen om « dringend » (d.w.z. de dag zelf) door de arts te worden behandeld.

2.3 *De formulieren*

Het ging om vragenlijsten bestemd voor de arts die voor de dringende raadpleging met de patiënt contact had. Ze werden opgesteld in overleg met huisartsen, verantwoordelijken van ziekenhuiswachtdiensten en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Gewest.

De vragenlijsten omvatten twee rubrieken en dienden zo snel mogelijk na het contact te worden ingevuld, in elk geval wat de tweede, « medische » rubriek betrof ; de eerste rubriek kon eventueel achteraf door het administratief personeel worden ingevuld, voor wat de ziekenhuiswachtdiensten en de wijkgezondheidscentra betreft.

De eerste rubriek, getiteld « signalement », was een gemeenschappelijke rubriek voor de twee patiëntenstalen ; voor elke patiënt dienden de volgende gegevens te worden vermeld : de leeftijd, het geslacht, de nationaliteit, de postcode van de woonplaats, het taalbegrip, het sociaal statuut, de gezinssituatie, de verzekeringssituatie en de omstandigheden van het contact.

De tweede rubriek was verschillend voor de twee stalen en droeg als titel « ziekenhuis » resp. « ambulante zorg ». Deze rubriek betrof meer specifiek de vraag om dringende hulp : ze omvatte zowel objectieve als subjectieve variabelen.

De objectieve variabelen waren de datum en het uur van aankomst en de datum en het uur van behandeling op de wachtdienst, de wijze waarop de patiënt in het ziekenhuis terechtkwam, en de informatie omtrent het bestaan en de raadpleging van een eigen huisarts, het medisch contact in het voorbije jaar, de symptomen of de redenen van de oproep, de diagnose, het soort behandeling dat uit het contact volgde en de betaalwijze van de handeling.

De subjectieve variabelen waren de door de patiënt ervaren graad van dringendheid en de door de arts ervaren graad van dringendheid op het ogenblik van het contact, en de objectieve graad van dringendheid na het onderzoek van de patiënt. De arts beoordeelde eveneens de gepastheid van het ogenblik waarop het contact plaatsvond (patiënt kwam op het gepaste ogenblik, te laat of had kunnen wachten).

Om de graad van dringendheid te beoordelen, werd de patiënt gevraagd op een schaal van 0 tot 10 (0 = helemaal niet dringend, 10 = onmiddellijke behandeling noodzakelijk) de door hem gevoelde graad van dringendheid te vermelden. De arts evalueerde twee keer de graad van dringendheid van de aandoening van de patiënt, een keer vóór het medisch onderzoek en een keer erna. Ook voor deze evaluatie werd een schaal van 0 tot 10 gehanteerd.

2.4 *Het verloop van de studie*

De deelnemende artsen hebben vóór aanvang van de studie verschillende infovergaderingen bijgewoond ; er werd een « woordenboekje » opgesteld en verdeeld onder de huisartsen en de

ziekenhuiswachtdiensten, met het oog op een zo correct mogelijke invulling van de vragenlijst ; er was permanent een lid van de stuurgroep bereikbaar om vragen in verband met het invullen van de vragenlijst te beantwoorden.

De vragenlijsten werden bezorgd aan elke arts afzonderlijk of, in het geval van de wijkgezondheidscentra of de ziekenhuiswachtdiensten, aan een van hun vertegenwoordigers. De ingevulde vragenlijst werden in twee keer opgehaald bij de huisartsen en op de spoedgevallendiensten. Elke arts en elke vragenlijst hadden een uniek identificatienummer. De vragenlijsten waren van meet af aan anoniem voor wat de huisartsen betreft, de vragenlijsten van de ziekenhuizen zijn in een later stadium anoniem gemaakt.

Het dient gezegd dat niet alle patiënten die door de huisartsen « dringend » zijn gezien, in de studie zijn opgenomen ; vermits het invullen van het formulier voor sommigen een hele klus betekende, werd soms slechts een op twee of drie patiënten geregistreerd. We hebben er in zo'n gevallen op aangedrongen niet bewust te kiezen voor welke patiënten ze het formulier invulden en voor welke niet, om zo vervormde resultaten te voorkomen. Elke huisarts kreeg ook de uitdrukkelijke vraag een lijst bij te houden van de patiënten die ze in de studie hebben opgenomen, zodat achteraf onleesbare of onvolledige gegevens eventueel konden worden gepreciseerd.

Terzelfder tijd werd bij de deelnemende huisartsen een enquête afgenomen om zicht te krijgen op hun dagelijkse praktijk (wijkgezondheidscentrum, « solo » huisarts, gemengde praktijk, privé-praktijk in associatie met andere huisartsen), hun wachtpraktijk (enkel binnen een wachtdienst, enkel voor de eigen patiënten en voor de buurt, gemengd), het type van raadplegingen (volgens afspraak, zonder afspraak, gemengd), hun spreekuur, de taal die hun patiënten spreken, de uren waarin ze dringende raadplegingen doen met eventuele doorverwijzing naar wachtdiensten (huisartsenwachtdiensten, collega's, ziekenhuis) en het feit of ze al dan niet huisbezoeken afleggen.

Ook werd het totaal aantal patiëntencontacten van iedere huisarts in de onderzochte periode vermeld, om te zien welk percentage van de consulten als spoedgeval gold.

2.5 De codering van de gegevens

De gegevens werden door één codeur in een databank van het type « lotus notes » ingevoerd. De « aan te kruisen » gegevens werden gewoon ingebracht in een elektronisch formulier dat gelieerd was aan de gegevensbank. De gegevens « in tekstvorm » met de redenen van het contact en de diagnoses werden gecodeerd volgens de CISP-2-classificatie, tweede versie (*Classification Internationale des Soins Primaires*), toegepast voor het verzamelen van de medische gegevens in de huisartsgeneeskunde. Wat de redenen van het contact betreft, werd er geen hiërarchie opgesteld.

Voor sommige vragen waren meerdere antwoorden mogelijk ; de categorieën zijn dus niet altijd exclusief.

2.6 De statistische analyse van de gegevens

De statistische analyse is uitgevoerd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Gewest, met behulp van het softwareprogramma SPSS versie 12.0.

De verhoudingsverschillen tussen groepen werden getest door de χ^2 of, indien de voorwaarden hiervoor niet waren vervuld, door de exacte test van Fisher, Irwin en Yates. De verhoudingsverschillen werden weergegeven met hun betrouwbaarheidsinterval.

Sommige kwantitatieve variabelen werden beschreven aan de hand van hun gemiddelde en hun standaardafwijking. De verschillen tussen 2 gemiddelden werden getest door de test van Student.

De relatieve risico's werden ingeschat en hun betrouwbaarheidsinterval werd berekend door de methode van Greenland-Robins.

Om verwarrende en effectwijzigende variabelen op te sporen, werden gelaagde analyses uitgevoerd.

Voor elke onderzochte variabele werden de ontbrekende gegevens uit de analyse uitgesloten.

2.7 Aantal ontbrekende gegevens

Het aantal ontbrekende gegevens voor de onderzochte variabelen is gering wat de huisartsen betreft : minder dan 5% voor de meeste variabelen. De ontbrekende gegevens zijn talrijker in de ziekenhuizen.

Telkens wanneer het percentage ontbrekende gegevens een vertekend beeld kon geven, werd dit gemeld.

Wat Elsene betreft, hebben de erg onvolledige vragenlijsten voor de rubriek « ziekenhuis » het vaakst betrekking op patiënten met moeilijke levensomstandigheden (werklozen, daklozen) of patiënten met een beperkt taalbegrip. Voor sommige variabelen is het staal van de wachtdienst van Elsene dus niet representatief voor de bevolking die de wachtdienst bezoekt, vermits de patiënten die in moeilijkheden leven ondervertegenwoordigd zijn.

Ook dient vermeld dat, wat Elsene betreft, de erg onvolledige vragenlijsten voor de rubriek « ziekenhuis » meer bepaald verband houden met 4 dagen van het onderzoek (65% van de onvolledige vragenlijsten). Ze werden evenwel niet van de analyse uitgesloten voor de variabelen waarvan de waarde gekend was. De onvolledige vragenlijsten verdelen zich overigens op homogene wijze over de 17 andere dagen.

Ook voor Sint-Pieter hebben de erg onvolledige vragenlijsten voor de rubriek « ziekenhuis » het vaakst betrekking op daklozen, maar de verschillen zijn er minder uitgesproken dan voor Elsene. Ze zijn gelijkmatig verspreid over de ganse duur van het onderzoek. Sint-Pieter heeft een iets groter aantal patiënten dat in een moeilijke situatie verkeert wat hun verzekering betreft, en meer onbetaalde consulten, onder de onbruikbare vragenlijsten voor de rubriek « ziekenhuis ».

2.8 Hercodering van bepaalde gegevens

- De categorie daklozen werd hergedefinieerd op basis van de gegevens uit diverse variabelen.
- De variabele gezinssituatie werd hergecodeerd in één variabele met minder categorieën, om de analyse te vergemakkelijken.
- Ook werden 3 categorieën van verzekerden hergedefinieerd : patiënten aangesloten bij een ziekenfonds, patiënten zonder ziekteverzekering en de anderen.

- Wat de omstandigheid van het contact betreft, werd een categorie toegevoegd die eerst niet was voorzien, nl. de contacten verbonden aan een administratief verzoek.
- De categorieën « forfait », « aangepast » en « uitgesteld » werden gecreëerd op basis van de categorie « overige » van de variabele betaling van de medische handeling.
- Definitie van een variabele « moeilijke levensomstandigheden », die de variabelen sociaal statuut en verzekering combineert ; deze variabele omvat de volgende categorieën : werklozen, OCMW-steuntrekkers, illegalen, vluchtelingen, daklozen, begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming van de ziekteverzekering, en de personen zonder ziekteverzekering (behalve de niet-behoefte volledige betalende).

2.9 Substalen van gegevens

Voor de analyse van de socio-demografische variabelen werden uit de globale gegevens twee substalen gedistilleerd. Ze betreffen de gegevens van 2 beperkte geografische zones (2,6 km diameter) rondom de twee ziekenhuizen (figuur 1). Alleen de eerste zone werd bestudeerd, omdat alle types van medische praktijk er voorkomen (naast Sint-Pieter, ook nog twee wijkgezondheidscentra en 3 « solo » huisartsen). De tweede zone telde alleen het ziekenhuis van Elsene en één wijkgezondheidscentrum en werd daarom buiten beschouwing gelaten.

3 Resultaten

3.1 Beschrijving van het staal

5324 patiënten werden in de studie opgenomen. 2139 (40,2%) van hen werden gezien door huisartsen (995 door « solo » artsen en 1144 door artsen van wijkgezondheidscentra) en 3185 (59,8%) op de spoedgevallendiensten van een ziekenhuis.

De patiënten die de huisartsen voor een dringend probleem hebben ontvangen, vormen een in omvang erg verscheiden deel van hun patiëntengroep : dit schommelt tussen 11 en 77% van al hun patiëntencontacten in de periode van de enquête.

Het aantal ingevulde vragenlijsten per arts varieert ook : van 3 tot 217 (gemiddeld 63 lijsten per arts).

3.2 Beschrijving van de ingezamelde gegevens

3.2.1 Woonplaats van de patiënten van het staal

92% van de patiënten van het totale staal zijn woonachtig te Brussel.

De patiënten die zich wenden tot een ziekenhuiswachtdienst, zijn afkomstig van de omliggende gemeenten (tabel 1).

Tabel 1 : Gemeenten van afkomst van de patiënten die zich wenden tot een ziekenhuiswachtdienst

Sint-Pieter	Brussel 1000	24,8%
	Sint-Gillis	15,3%
	Anderlecht	8,3%
	Molenbeek	7,1%
	Vorst	6,8%
Elsene	Elsene	39,1%
	Etterbeek	16,6%
	Watermaal-Bosvoorde	6,5%
	Oudergem	5,9%

3.2.2 Verdeling volgens leeftijd

88% van het totale patiëntenstaal is jonger dan 64 jaar ; 69% is jonger dan 44 jaar.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten met een dringend medisch probleem ligt hoger bij de « solo » huisartsen : 21,6% van hun « dringende » patiënten is ouder dan 65 jaar ; dit gedeelte bedraagt 8,7% voor de wijkgezondheidscentra, 7,9% voor Sint-Pieter en 13,8% voor Elsene.

De jongeren tussen 15 en 24 jaar zijn in verhouding minder talrijk onder de patiënten die zich tot een solo huisarts wendden.

In de zone rondom Sint-Pieter zijn de verhoudingsverschillen nog sterker tussen de diverse types van praktijk : de groep personen ouder dan 65 jaar is bijna 7 keer groter bij de « solo » huisartsen dan in de wijkgezondheidscentra. De verdeling van de patiënten volgens leeftijd is vrij identiek in Sint-Pieter en de nabijgelegen wijkgezondheidscentra.

3.2.3 *Verdeling volgens geslacht*

Globaal genomen is de groep mannen die « dringend » worden gezien, significant groter in de ziekenhuizen (54,7% in Sint-Pieter en 48,1% in Elsene) dan bij de huisartsen. Dit is het meest uitgesproken in de leeftijdsgroep van 25 tot 64 jaar, waar 58% van de patiënten van Sint-Pieter en 54% van de patiënten van Elsene mannen zijn.

Omgekeerd is, als we het totale staal beschouwen, het gedeelte vrouwen bij de huisartsen groter ; er is geen significant verschil tussen het aantal vrouwen bij « solo » huisartsen (56,9%) en in de wijkgezondheidscentra (60,2%).

In de zone rondom Sint-Pieter daarentegen is de groep vrouwen een stuk groter bij « solo » huisartsen (69,2%) dan in de wijkgezondheidscentra (58,8%).

3.2.4 *Nationaliteit*

37,3% van de patiënten van het staal zijn in België wonende niet-Belgen, en 2,2% zijn personen die niet in België wonen.

De groep in België wonende niet-Belgen bedraagt 46,5% in Sint-Pieter, 32,7% in de wijkgezondheidscentra en slechts 23,8% bij « solo » huisartsen ($p < 0,001$).

Wat de patiënten betreft die niet in België wonen, bedraagt het aandeel 3,0% in Sint-Pieter, 1,4% in de wijkgezondheidscentra en 0,8% bij de « solo » huisartsen. De gegevens van Elsene zijn voor deze variabele niet bruikbaar.

In de zone rondom Sint-Pieter zijn de verschillen tussen de « solo » huisartsen en de wijkgezondheidscentra nog groter. We zien immers 12,3% in België wonende niet-Belgen bij de « solo » huisartsen, tegenover 37,6% in de wijkgezondheidscentra.

3.2.5 *Taalbegrip*

De taalproblemen betreffen een minderheid van patiënten. Ze komen iets meer voor in Sint-Pieter en in de wijkgezondheidscentra dan bij de « solo » huisartsen. De verschillen tussen Sint-Pieter en de wijkgezondheidscentra zijn niet significant, noch voor het totale staal (tabel 2) noch voor de zone rond Sint-Pieter. De in verhouding grotere groep allochtonen in Sint-Pieter, in vergelijking met de wijkgezondheidscentra en de « solo » huisartsen, heeft voor gevolg dat vaker een beroep wordt gedaan op tolken.

Let wel : de gegevens die in Elsene zijn verzameld, zijn voor deze variabele niet bruikbaar.

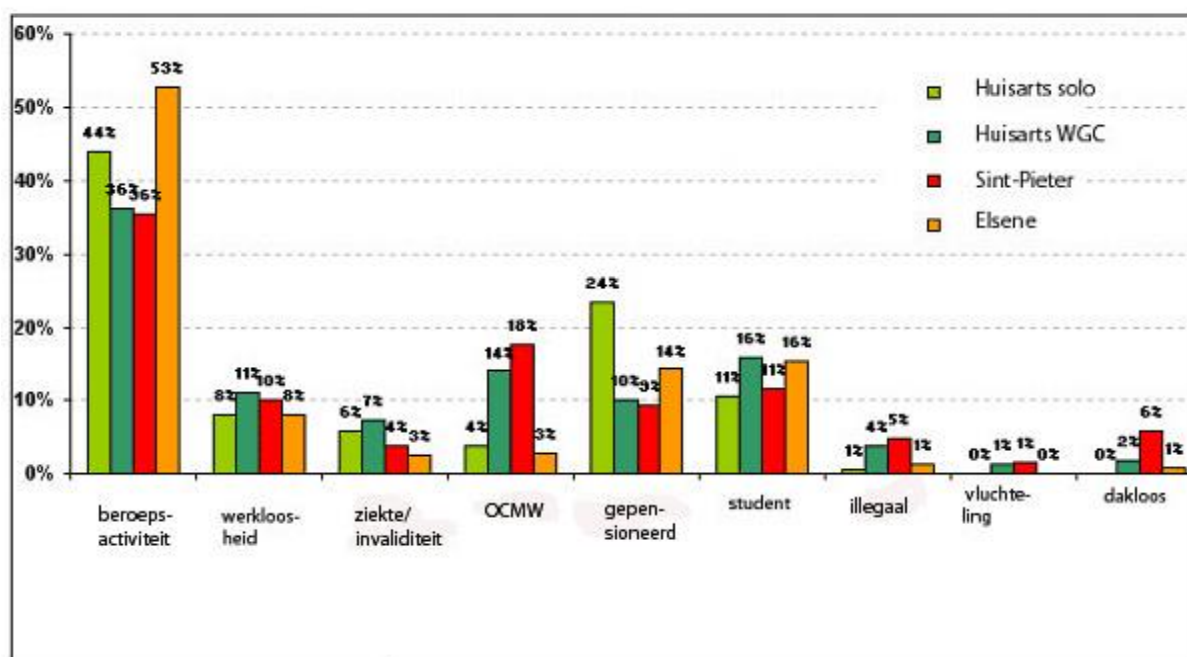
Tabel 2 : Taalbegrip in het totale staal

Taalbegrip	Huisartsen solo	Huisartsen WGC	Sint-Pieter
Nul	7	14	44
	,7%	1,2%	1,8%
Gedeeltelijk	51	89	192
	5,3%	7,8%	7,8%
Voldoende	890	1014	2149
	92,3%	89,3%	87,6%
Tolk	16	18	67
	1,7%	1,6%	2,7%
Volledig	964	1135	2452

3.2.6 Type van bezochte dienst voor dringend medisch probleem volgens het sociaal statuut (niet-exclusieve categorieën)

De verdeling van de verzamelde gegevens wordt weergegeven in onderstaande figuur 2.

Figuur 2 : Type van bezochte dienst voor dringend medisch probleem volgens het sociaal statuut (niet-exclusieve categorieën)



De beroepsactieve patiënten zijn in verhouding talrijker vertegenwoordigd in de praktijk van « solo » huisartsen en in het ziekenhuis van Elsene, ten opzichte van Sint-Pieter en de wijkgezondheidscentra ($p < 0,001$); de wijkgezondheidscentra en Sint-Pieter tellen meer werklozen dan de « solo » huisartsen en het ziekenhuis van Elsene ($p = 0,051$).

De groep patiënten « ziekte-invaliditeit » is talrijker bij de huisarts dan op de ziekenhuis-wachtdienst ($p < 0,001$).

OCMW-steuntrekkers zijn in verhouding talrijker in de wijkgezondheidscentra en Sint-Pieter dan bij de « solo » huisartsen ($p < 0,001$).

De groep (brug)gepensioneerde patiënten is talrijker bij de « solo » huisartsen dan in de wijkgezondheidscentra en in Sint-Pieter ($p < 0,001$).

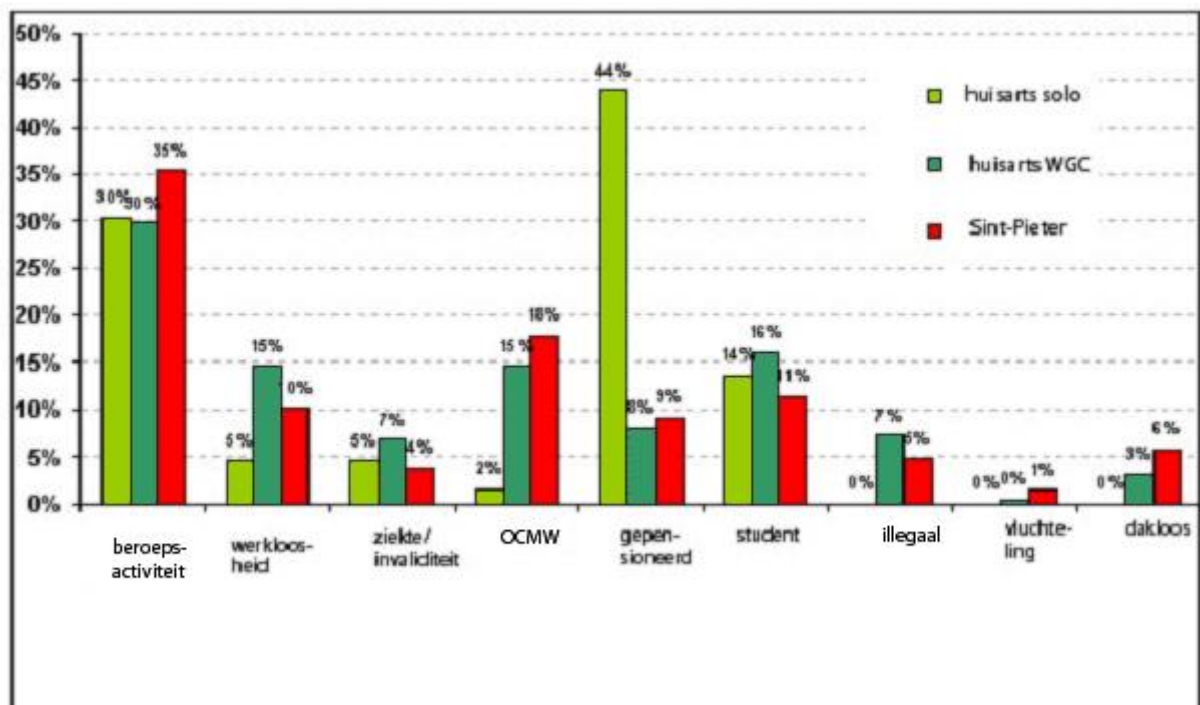
Het aantal studenten dat zich wendt tot een wijkgezondheidscentrum of Elsene is in verhouding groter dan voor Sint-Pieter of bij de « solo » huisartsen ($p < 0,001$).

Het percentage illegale patiënten is opmerkelijk groter in de wijkgezondheidscentra en Sint-Pieter dan bij de « solo » huisartsen en Elsene ($p < 0,001$).

Dezelfde verschillen stellen we vast voor de vluchtelingen en de daklozen ($p < 0,001$).

In de zone gelegen rond Sint-Pieter (figuur 3) blijven de verschillen qua sociaal profiel tussen de verschillende diensten significant ; het profiel van de patiënten van de wijkgezondheidscentra sluit nauwer aan bij dat van Sint-Pieter dan bij dat van de « solo » huisartsen. We stellen ook vast dat Sint-Pieter in verhouding een groter percentage OCMW-steuntrekkers, daklozen en vluchtelingen aantrekt dan de wijkgezondheidscentra.

Figuur 3 : Type van bezochte dienst voor een dringend medisch probleem naar gelang het sociaal statuut (niet-exclusieve categorieën)



3.2.7 Type van bezochte dienst voor een dringend medisch probleem naar gelang de verzekeringssituatie

12% van het totale patiëntenstaal heeft geen ziekteverzekering (wachttijd, geen dekking, geen ziekenfonds en OCMW-steuntrekker, begunstigden van dringende medische hulp (DMH), volledige betaling van de zorg). 20% van de patiënten van Sint-Pieter verkeert in die situatie, tegenover 2,8% voor de « solo » huisartsen en 7% voor de wijkgezondheidscentra ($p < 0,001$). De wijkgezondheidscentra tellen in verhouding het grootste aantal DMH-begunstigden.

In de zone rond Sint-Pieter ligt het aantal niet-verzekerde patiënten in de wijkgezondheidscentra hoger dan in het geheel van de wijkgezondheidscentra (12% tegenover 7%) en het

percentage niet-verzekerde patiënten in de « solo » huisartsgeneeskunde bedraagt in deze zone slechts 1,6%, tegenover 2,8% voor het geheel van de « solo » huisartsen.

3.2.8 Type van bezochte dienst voor een dringend medisch probleem naar gelang de levensomstandigheden

Patiënten in moeilijkheden vertegenwoordigen 38% van het totale staal.

Zij wenden zich vaker tot een wijkgezondheidscentrum (42,9%) of Sint-Pieter (47,1%) dan tot een « solo » huisarts (21,4%) of Elsene (16,4%) ($p < 0,001$).

Dezelfde verhouding stellen we vast in de zone rond Sint-Pieter : 47,1% dergelijke patiënten in Sint-Pieter, 45,5% in de omliggende wijkgezondheidscentra en 19,7% bij de « solo » huisartsen ($p < 0,001$).

3.2.9 Invloed van het hebben van een eigen huisarts op het type van bezochte dienst

66,7% van de patiënten van het staal hadden een eigen huisarts.

52% van de patiënten die zich wendden tot een ziekenhuiswachtdienst, had een eigen huisarts, tegenover 85,8% van de patiënten die een beroep deden op de huisartsenwachtdienst ($p < 0,001$).

Let wel, een foute interpretatie is hier niet uitgesloten, vermits de informatie omtrent het hebben van een eigen huisarts ontbrak voor 16,8% van de patiënten in het ziekenhuis, en voor 2,9% van de patiënten bij de huisarts.

Het percentage patiënten met een eigen huisarts komt overeen voor de patiënten die een beroep deden op een « solo » huisarts (87,1%) en voor zij die een beroep deden op de arts van een wijkgezondheidscentrum (84,8%).

Een groter aantal patiënten in Elsene had een eigen huisarts (67,3%) dan in Sint-Pieter (48,9%).

De gekruiste analyse van gegevens omtrent het type van verwijzing en het al dan niet hebben van een eigen huisarts toont nog meer aan :

1) wat de ziekenhuiswachtdienst betreft :

51,8% van de patiënten die zich wendden tot een ziekenhuiswachtdienst had een eigen huisarts ; van hen die zich uit eigen beweging hebben aangeboden, slechts 45,3% ; van hen die met de 100 of de MUG op de wachtdienst zijn toegekomen, 66%, en van hen die door een huisarts waren doorverwezen, 94,6% ($p < 0,001$). Het percentage patiënten dat is doorverwezen door een huisarts bedraagt slechts 5,6% ; dit cijfer kan een onderschatting zijn, want een deel van de patiënten die via de 100 of de MUG zijn binnengekomen, is waarschijnlijk ook door een huisarts doorverwezen en bijgevolg niet opgenomen in de twee categorieën.

14,6% van de patiënten die een ziekenhuiswachtdienst hebben bezocht, hebben vooraf contact opgenomen met een huisarts. Dit cijfer bedraagt zelfs 22,8% voor patiënten met een eigen huisarts, maar slechts 1,4% voor patiënten zonder eigen huisarts.

2) wat de huisartsenwachtdienst betreft :

91,1% van de patiënten die een eigen huisarts hadden, werden « dringend » gezien door hun eigen huisarts, een arts van hetzelfde medisch team of de vervanger van hun eigen huisarts.

Van de patiënten zonder eigen huisarts heeft slechts 12,5 % een beroep gedaan op een wachtdienst. 50,2% deden een beroep op een andere huisarts, soms op aanraden van een bekende.

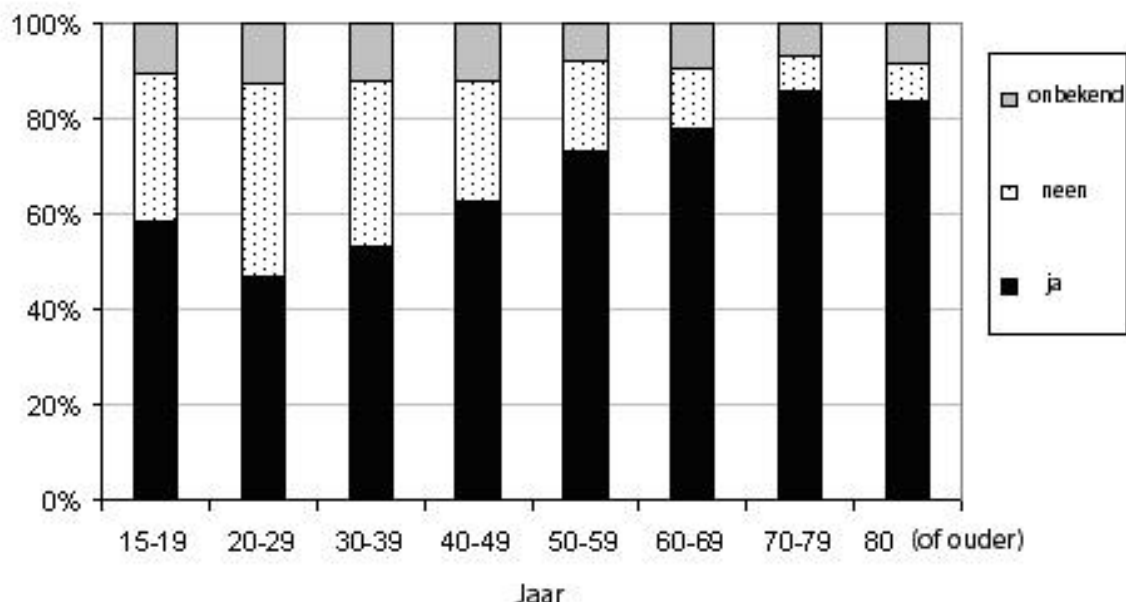
3.2.10 Analyse van het profiel van de patiënten, naar gelang ze een eigen huisarts hebben of niet

1) verband met geslacht en leeftijd :

73% van de vrouwen van het totale staal heeft een eigen huisarts, tegenover 60% van de mannen ($p < 0,001$).

Het percentage patiënten dat een eigen huisarts heeft, neemt toe met de leeftijd ($p < 0,001$) : 91,5% van de patiënten van het staal ouder dan 70 jaar heeft een eigen huisarts, tegenover 38,5% van de patiënten jonger dan 20 jaar (figuur 4).

Figuur 4 : Percentage patiënten met een eigen huisarts voor de verschillende leeftijdscategorieën



2) verband met de nationaliteit :

77,3% van de Belgische patiënten van het staal heeft een eigen huisarts, tegenover slechts 51,3% van de in België wonende niet-Belgische patiënten en 24,1% van de niet in België wonende patiënten ($p < 0,001$).

3) verband met de levensomstandigheden :

57% van de patiënten met moeilijke levensomstandigheden van het staal heeft een eigen huisarts, tegenover 73,2% van de patiënten die niet in deze situatie verkeren ($p < 0,001$).

4) verband met de sociale categorie :

92,8% van de gepensioneerden en 83,5% van de invaliden van het staal heeft een eigen huisarts, tegenover slechts 53,2% van de OCMW-steuntrekkers, 30,8% van de vluchtelingen, 25% van de illegalen en 17,6% van de daklozen ($p < 0,001$) ; ook dient opgemerkt dat slechts 70,8% van de beroepsactieve patiënten en 64,7% van de studenten van het staal een eigen huisarts heeft.

5) verband met de gezinssituatie :

64,2% van de alleenstaanden van het staal heeft een eigen huisarts, tegenover 70,6% van de patiënten van de andere categorieën ($p < 0,001$).

6) verband met het al dan niet sociaal gedekt zijn :

31% van de patiënten zonder ziekenfonds van het staal heeft een eigen huisarts, tegenover 72,5% van de patiënten met een ziekenfonds ($p < 0,001$).

Wat de OCMW-steuntrekkers van het staal betreft, stellen we vast dat slechts 31% van zij die naar de ziekenhuiswachtdienst zijn gekomen, een eigen huisarts had (opvallend minder dan de andere sociale categorieën), en daartegenover dat 89,4% van zij die een huisarts hebben geraadpleegd, een eigen huisarts had. Dit laatste percentage verschilt niet erg van dat van de andere sociale categorieën die voor een dringend probleem een huisarts hebben bezocht.

3.2.11 Aantal gevallen van doorverwijzing naar een ziekenhuiswachtdienst ingevolge een dringend onderzoek door een huisarts

3,1% van de patiënten die door een huisarts zijn onderzocht, werd na dit contact doorverwezen naar een ziekenhuiswachtdienst : 1,8% is er op eigen houtje heen gegaan, 1,3% via de 100 of de MUG.

3.2.12 Redenen waarom er geen contact was met de eigen huisarts voor patiënten die werden gezien op de ziekenhuiswachtdienst

Deze informatie ontbreekt voor 32,8% van de patiënten met een eigen huisarts die in het ziekenhuis werden gezien ; een analysefout is bijgevolg niet uitgesloten. De antwoorden werden gegroepeerd in zes categorieën (tabel 3).

Tabel 3 : Redenen van geen contact met de eigen huisarts voor patiënten die in het ziekenhuis werden gezien

Redenen	Aantal	% van de patiënten
De spoeddienst voldoet aan de door de patiënt aanvoelde behoeften (technisch plateau, aanvoelde dringendheid...)	321	34,9%
Niet aan gedacht, geen contact opgenomen	226	24,5%
De eigen huisarts kon hen niet ontvangen (afwezig, niet beschikbaar, te lange wachttijd)	162	17,6%
Spoeddienst dichterbij dan de eigen huisarts	102	11,1%
Had geen keuze (MUG, 100, politie, gestuurd door arts)	158	17,2%
Andere	29	3,1%

De opgegeven redenen verschillen niet bij patiënten met moeilijke levensomstandigheden en de anderen.

3.2.13 Redenen waarom er geen contact was met de eigen huisarts voor patiënten die werden gezien op de huisartsenwachtdienst

De ontbrekende gegevens voor deze variabele betreffen 21,6% van de antwoorden. 1783 patiënten met een eigen huisarts wendden zich voor een dringend probleem tot een huisarts : in 70,6% van de gevallen hun eigen huisarts, in 29,4% een andere huisarts.

De redenen waarom er geen contact was, worden opgesomd in tabel 4.

Tabel 4 : Redenen waarom er geen contact was met de eigen huisarts voor patiënten die op de huisartsenwachtdienst werden gezien

Redenen waarom voor een dringend medisch probleem een andere huisarts werd gezien	Aantal	%
Een arts van hetzelfde wijk-gezondheidscentrum	242	54,6%
Eigen huisarts niet beschikbaar	71	16,0%
Praktische redenen (dichterbij,...)	41	9,3%
Eigen huisarts	34	7,7%
Doorverwezen naar vervanger van eigen huisarts	21	4,7%
Wenst te veranderen van eigen huisarts	13	2,9%
Andere	21	4,7%

3.2.14 Redenen van het contact en diagnose

De inhoud van de variabelen « redenen van het contact » en « diagnose » werd bestudeerd. Er is geen hiërarchie gemaakt van de klachten en de diagnoses, zij werden alle op gelijke wijze in aanmerking genomen.

Er is vastgesteld dat enkele coderingsproblemen een verfijnde analyse van de gegevens bemoeilijken, tenzij de fiches volledig zouden worden hergecodeerd. Zo zien we dat borstpijn van cardiovasculaire oorsprong gecodeerd werd als een klacht van het osteo-articulair systeem ; deze fout werd begaan zowel voor patiënten die zich tot een huisarts als voor patiënten die zich tot een ziekenhuiswachtdienst wendden. De fiches werden niet hergecodeerd, daar het de bedoeling was de twee patiëntenstalen te vergelijken.

1) Redenen van contact gegroepeerd per hoofdstuk (tabel 5) :

Tabel 5 : Redenen van contact bij de huisartsen en op de ziekenhuiswachtdienst

Huisartsen	%	Aantal	Ziekenhuis	%	Aantal
Ademhaling	27,0 %	1054	Osteo-articulair	23,3 %	994
Algemeen	21,2 %	826	Spijsvertering	16,0 %	681
Osteo-articulair	14,1 %	550	Algemeen	12,1 %	513
Spijsvertering	11,7 %	456	Ademhaling	9,7 %	411
Psychologisch	5,4 %	210	Neurologisch	8,6 %	365
Neurologisch	5,2 %	204	Psychologisch	5,6 %	238

De zes vaakst voorkomende hoofdstukken zijn dezelfde in het ziekenhuis en bij de huisartsen, maar hun frequentie verschilt. De ziekenhuiswachtdienst kreeg het vaakst te maken met osteo-articulaire aandoeningen (23,3%), de huisartsenwachtdienst met aandoeningen van het ademhalingsapparaat (27%).

2) top 10 van de diagnoses : vergelijking huisartsen / ziekenhuizen (tabel 6) :

Tabel 6 : Top 10 van de diagnoses bij de huisartsen en op de ziekenhuiswachtdienst

Huisartsen	%	Aantal	Ziekenhuis	%	Aantal
Ademhaling	33,9%	952	Huid	16,4%	589
Osteo-articulair	11,3%	318	Osteo-articulair	14,7%	526
Psychologisch	10,4%	293	Spijsvertering	12,7%	455
Spijsvertering	9,7%	272	Ademhaling	12,3%	442
Algemeen	9,6%	270	Psychologisch	9,8%	351
Bloedsomloop	5,4%	153	Ogen	5,0%	178

Het vaakst voorkomende hoofdstuk bij de huisarts betreft het ademhalingsapparaat : een derde van de door de huisartsen gestelde diagnoses betreft de luchtwegen (acute infectie van de hogere luchtwegen, andere infecties van de luchtwegen, acute laryngitis, tracheïtis, bronchitis, sinusitis of angina) tegenover slechts 12% in het ziekenhuis. Op de ziekenhuiswachtdienst komen huidaandoeningen het vaakst voor : bloeditstorting of kneuzingen, snij- of scheurwonden..., goed voor in totaal 16,4% van de op de wachtdiensten gestelde diagnoses. Tand- en tandvleesaandoeningen komen in het ziekenhuis als diagnose op de derde plaats.

De wijkgezondheidscentra verrichten 3,7% administratieve contacten ; dit betreft hoofdzakelijk mensen met moeilijke levensomstandigheden.

3) De vijf hoofdstukken waarvoor een bezoek aan de ziekenhuiswachtdienst het vaakst leidt tot een ziekenhuisopname betreffen, in volgorde, de bloedsomloop (85 diagnoses), het ademhalingsapparaat (66), psychologische problemen (61), osteo-articulaire aandoeningen (54) en aandoeningen van het spijsverteringsapparaat (52). Samen zijn zij goed voor 82% van de 524 diagnoses die bij een opname worden gesteld.

3.2.15 Vergelijking van de diagnoses gesteld door de huisartsen en de ziekenhuizen voor hetzelfde soort van klacht

Er werd enkel rekening gehouden met de eerste diagnose. De onderzochte klachten zijn hoest, koorts, hoofdpijn, vermoeidheid en buikpijn.

Voor dezelfde categorie van klachten, is de trend dat de diagnose die op een ziekenhuiswachtdienst wordt gesteld, strenger is dan die van de huisarts (bv. hogere frequentie van bronchitis, pneumonie dan laryngitis of aandoeningen van de hogere luchtwegen). Gynaecologische en verloskundige aandoeningen zijn frequenter in het ziekenhuis dan op de huisartsenwachtdienst. Verwondingen worden bij voorkeur in het ziekenhuis behandeld.

Tot slot : wat de belangrijkste redenen van contact betreft, zijn er geen duidelijke verschillen tussen de « solo » huisartsen en de huisartsen in wijkgezondheidscentra, tussen de leeftijdscategorieën van patiënten, tussen patiënten in moeilijkheden en de anderen, en tussen de door de patiënt ervaren graden van dringendheid ($>$ of $<$ 8/10), ongeacht of ze een beroep doen op de huisartsen- of de ziekenhuiswachtdienst.

3.2.16 Vergelijking van de types van bezochte dienst voor eenzelfde reden van contact

Deze analyse ging over de patiënten die zich aandienden met een combinatie van hoest en koorts (185 patiënten), krampen (367 patiënten), een verwonding (570 patiënten met kneuzingen, wonden, verzwikkingen of schaafwonden). Voor al deze patiënten werd onderzocht of er eventueel een verband bestaat tussen het door hen gekozen type van dienst en hun geslacht, hun nationaliteit, hun sociaal statuut, het feit een eigen huisarts te hebben en, voor de categorie van de verwondingen, hun leeftijd.

a) voor de combinatie koorts en hoest of voor krampen, is er een significant verband tussen het type van dienst en de nationaliteit, het sociaal statuut en het feit een eigen huisarts te hebben (tabel 7).

Tabel 7 : Verband tussen het type van dienst en de variabelen geslacht, nationaliteit, moeilijk sociaal statuut en geen eigen huisarts voor de symptomen hoest en koorts of krampen

HOEST EN KOORTS of KRAMPEN	Ziekenhuis N= n (%)	Huisarts N= N (%)	OR (CI 95%)	p-waarde
3.2.16.1.1.1.1.1 Man	99 (34,1 %)	111 (42,7)	0,70 (0,61-0,98)	0.04
In België wonende niet-Belg	161 (57,7)	77 (29,6)	3,24 (2,27-4,63)	<0,001
Moeilijk sociaal statuut	147 (51,9)	73 (28,8)	2,81 (1,97-4,02)	<0,001
Geen eigen huisarts	155 (58,7)	42 (16,6)	7,14 (4,73-10,79)	<0,001

HOEST EN KOORTS of KRAMPEN		Ziekenhuis	Huisarts	OR (CI 95%)	p-waarde
Geen eigen huisarts	Moeilijk sociaal statuut	97 (64,2 %)	10 (23,8 %)	5,75 (2,62-12,59)	< 0.001
Eigen huisarts	Moeilijk sociaal statuut	36 (33,3 %)	60 (28,4 %)	1,26 (0,76-2,07)	NS

Wanneer we de analyse specifiek richten op de patiënten met moeilijke levensomstandigheden, merken we dat deze, wanneer ze een eigen huisarts hebben, zich opvallend minder wenden tot de ziekenhuiswachtdienst : als er sprake is van een eigen huisarts, is er geen significant verband meer tussen de levensomstandigheden en het bezoeken van de ziekenhuiswachtdienst.

Voor alle in tabel 11 beschreven associaties is er geen sprake van een onderliggende invloed van leeftijd of geslacht (en evenmin van nationaliteit).

b) voor de verwondingen : van de 570 patiënten met een letsel zoals hierboven beschreven, werden er 92,8% gezien op de ziekenhuiswachtdienst.

De variabelen die op significante wijze in verband staan met de keuze voor het ziekenhuis, staan in tabel 8.

Tabel 8 : Verband tussen het type van dienst en de variabelen geslacht, nationaliteit, sociaal statuut en geen eigen huisarts voor verwondingen

VERWONDING		3.2.16.1.1.1.1.2 Ziekenhuis	Huisarts	Totaal	p-waarde
Geslacht	Man	61,7% (325)	35,0% (14)	2,99(1,46-6,18)	< 0.001
Nationaliteit	In B wonende niet-Belg	32,1% (162)	24,4% (10)	1,47 (0,67-3,29)	NS
Sociaal statuut	Moeilijk sociaal statuut	29,4% (144)	21,9% (9)	1,48 (0,66-3,43)	NS
Eigen huisarts	Neen	42,7% (209)	4,9% (2)	14,56 (3,39-88,15)	<0,001
Leeftijd	65 jaar en meer	10,1% (53)	29,3% (12)	0,27 (0,12-0,60)	= 0.001

Mannelijke patiënten die een eigen huisarts hebben en een letsel oplopen, doen hiervoor vaker een beroep op het ziekenhuis (tabel 9) ($p < 0,05$)

Tabel 9 : Verband tussen het type van dienst voor mannelijke patiënten en het feit een eigen huisarts te hebben, in geval van verwondingen

VERWONDINGEN		Ziekenhuis	Huisarts	OR (IC 95%)	p-waarde
Geen eigen huisarts	Man	68,4% (143)	50,0% (1)	2,17 (0,0-80,88)	NS
Eigen huisarts	Man	54,0% (150)	34,2% (13)	2,25 (1,05-4,87)	0,022

3.2.17 Invloed van een medisch toezicht tijdens het voorbije jaar op het gekozen type van dienst

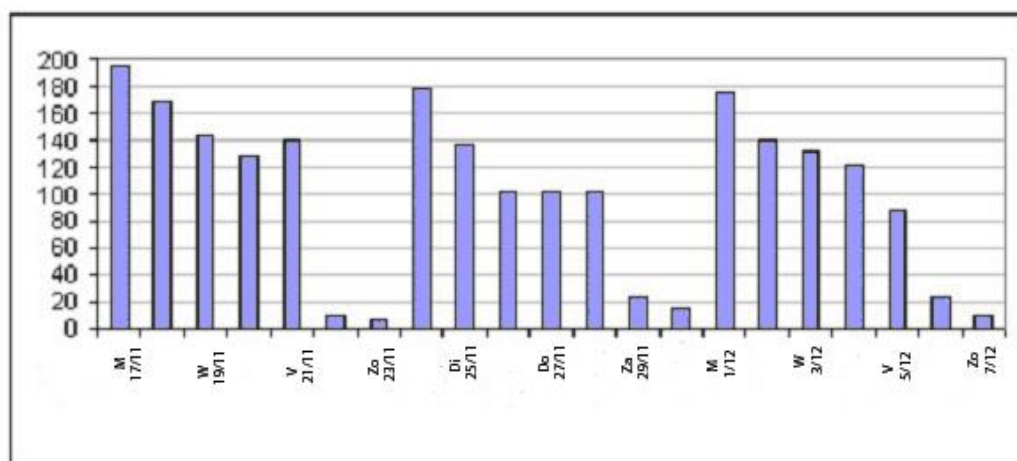
88,5% van de patiënten die werden gezien door een huisarts, verklaarde dat ze de voorbije twaalf maanden een medisch toezicht hebben ondergaan, tegenover slechts 48,9% van de patiënten die werden gezien op de ziekenhuiswachtdiensten ($p < 0,001$). Deze verschillen zijn zichtbaar in alle leeftijdscategorieën. Er is een significant verband tussen het feit de voorbije twaalf maanden een medisch toezicht te hebben ondergaan en het feit een eigen huisarts te hebben ($p < 0,001$).

Van de patiënten die werden gezien door een huisarts, had 43,9% een Globaal Medisch Dossier (GMD). Deze vraag werd niet gesteld aan de patiënten die een ziekenhuiswachtdienst bezochten, zodat niet bekend is of het feit een GMD te hebben een invloed heeft op het type van gekozen dienst. We stellen ook vast dat het aantal patiënten dat een GMD heeft, toeneemt met de leeftijd.

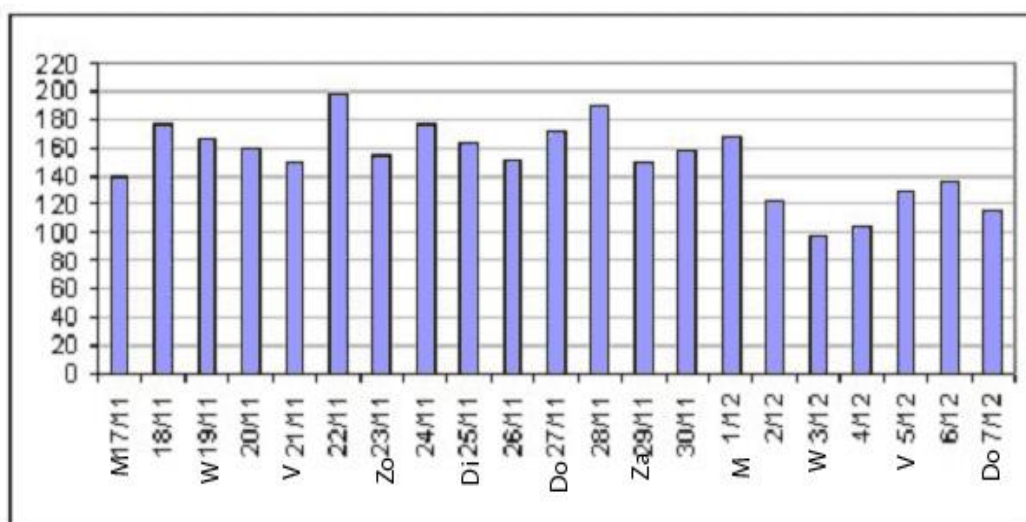
3.2.18 Verdeling van de dagelijkse activiteit in de loop van de onderzochte periode

De frequentie van de contacten voor « huisartsen » en « spoeddiensten » wordt weergegeven in de figuren 5 en 6.

Figuur 5 : Frequentie van de contacten wat de huisartsen betreft



Figuur 6 : Frequentie van de contacten wat de ziekenhuiswachtdiensten betreft



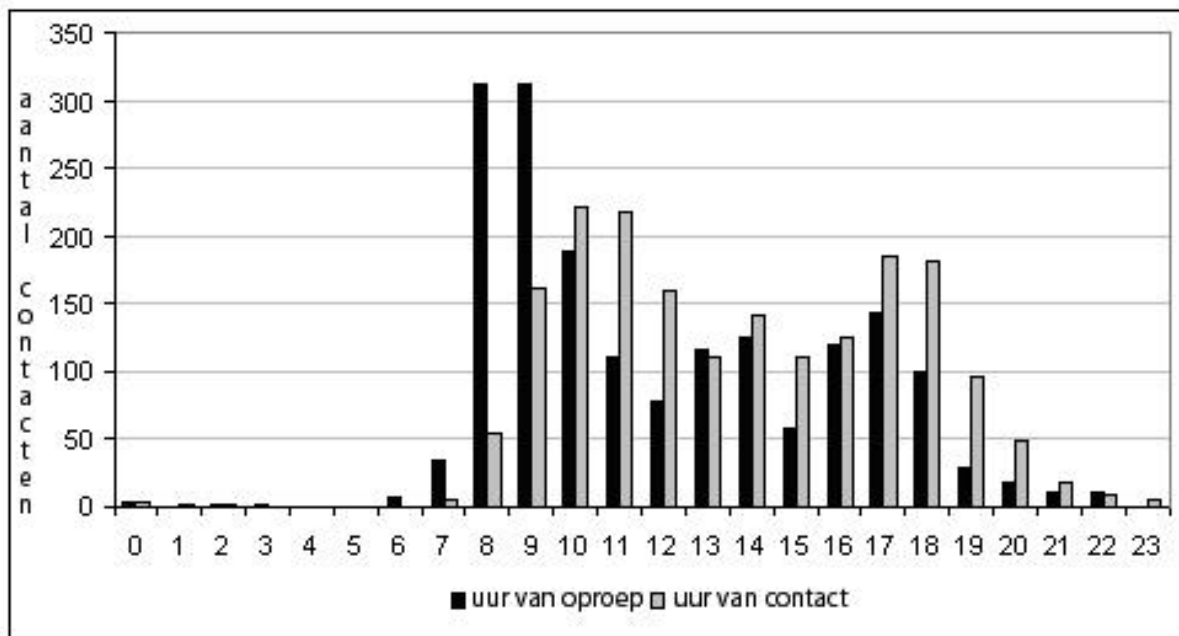
De activiteit inzake spoedgevallen van de huisartsen is heel laag tijdens de weekends ; de frequentie van de contacten is het hoogst op maandag.

Wat de ziekenhuiswachtdiensten betreft, is de activiteit homogener ; in het weekend is er sprake van een activiteitspiek.

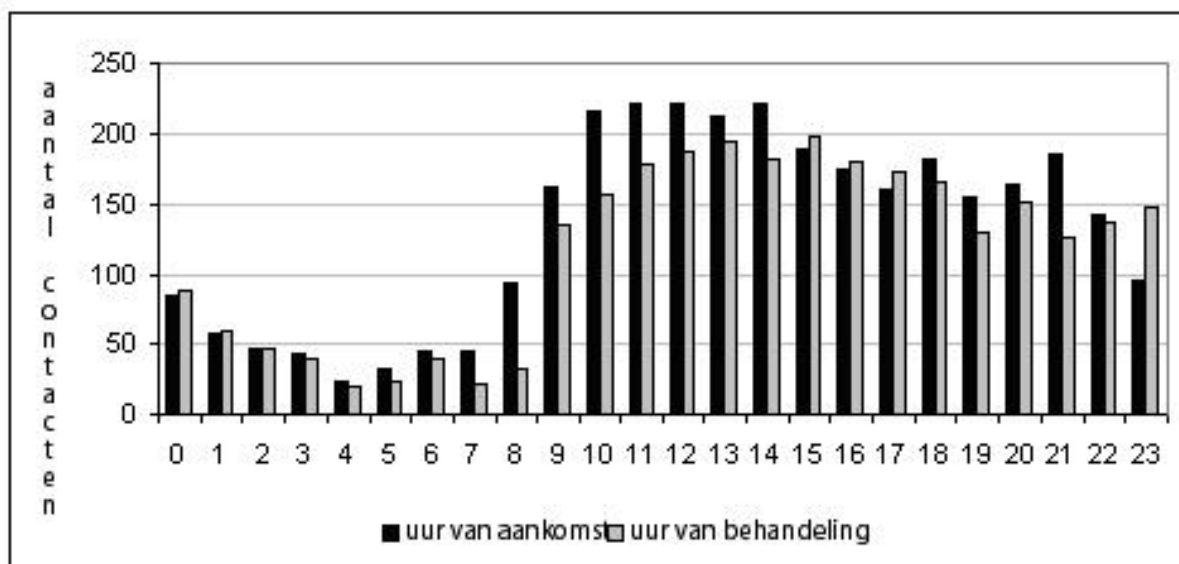
3.2.19 Verdeling van de activiteit van de medische diensten over de dag

De frequentie van het uur van de oproep en het contact met de huisarts en de frequentie van het uur van aankomst en van behandeling op de spoedgevallendiensten, worden weergegeven in de figuren 7 en 8.

Figuur 7 : Frequenties van het uur van de oproep en het uur van contact bij de huisarts



Figuur 8 : Frequenties van het uur van aankomst en het uur van behandeling op de ziekenhuiswachtdienst



46% van de oproepen van huisartsen gebeurt tussen 8 en 11 uur ; een tweede, kleinere piek doet zich voor tussen 16 en 19 uur (20,4% van de oproepen). Slechts 1,2 % van de oproepen gebeurt tussen 22 en 7 uur. De contacten hebben vooral plaats tussen 9 en 13 uur (41% van de contacten) en tussen 17 en 19 uur (20% van de contacten).

Wat de ziekenhuiswachtdiensten betreft, is de spreiding van de uren van aankomst en de uren van behandeling identiek. De grootste activiteit vindt plaats tussen 10 en 15 uur, en een tweede piek tussen 21 en 22 uur. Buiten die topmomenten is de activiteit homogeen. Aankomsten 's nachts (tussen 22 en 7 uur) vertegenwoordigen 18% van de gevallen.

Als we specifiek gaan kijken naar de activiteit van de artsen van « Médigarde », stellen we vast dat van de 202 contacten die zij met patiënten hebben gehad, 47,2% gerealiseerd werd in het kader van die wacht, terwijl de rest van de dringende contacten te maken had met hun eigen patiënten. Deze artsen hebben geen drukkere weekendactiviteit dan de andere artsen : het percentage contacten tijdens het weekend bedraagt 5% voor de artsen van Médigarde, tegenover 4,6% voor alle huisartsen samen.

Het percentage contacten tijdens het weekend is iets groter voor de artsen die werden opgeroepen via de wachtdienst dan voor het geheel van de huisartsen : 9,5% versus 4,6% (niet significant).

Het percentage oproepen 's nachts (tussen 21 en 8 uur) voor de wachtdienst bedraagt 8,3% van alle oproepen ; het percentage oproepen 's nachts voor de artsen van Médigarde bedraagt 5,5% van alle contacten en 3,7% van alle contacten met huisartsen ; het verschil tussen alle huisartsen samen en die van Médigarde is niet significant ; het verschil tussen de wachtdienst en alle huisartsen samen grenst aan de significantie ($p=0,04$).

Het aantal oproepen op het einde van de dag (vanaf 16 uur) is groter op de huisartsenwachtdienst dan voor alle huisartsen samen ; het verschil is vooral duidelijk vanaf 19 uur.

3.2.20 Verband tussen het sociaal statuut en het uur van aankomst op de spoeddienst

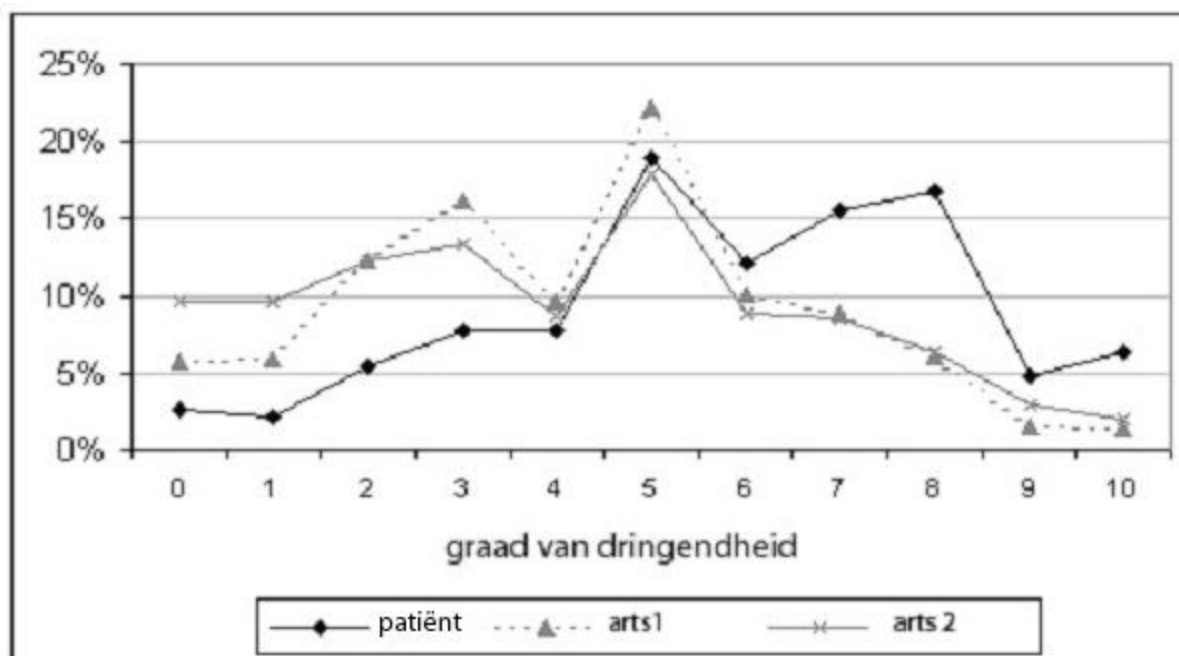
De spreiding van het uur van aankomst op de ziekenhuiswachtdienst van patiënten met moeilijke levensomstandigheden, lijkt sterk op de spreiding van het uur van aankomst van de patiënten die niet in die situatie verkeren.

Wel zien we dat er meer contacten 's nachts zijn met patiënten in moeilijkheden dan met de anderen (27,1% vs 22,7%) ($p=0,006$).

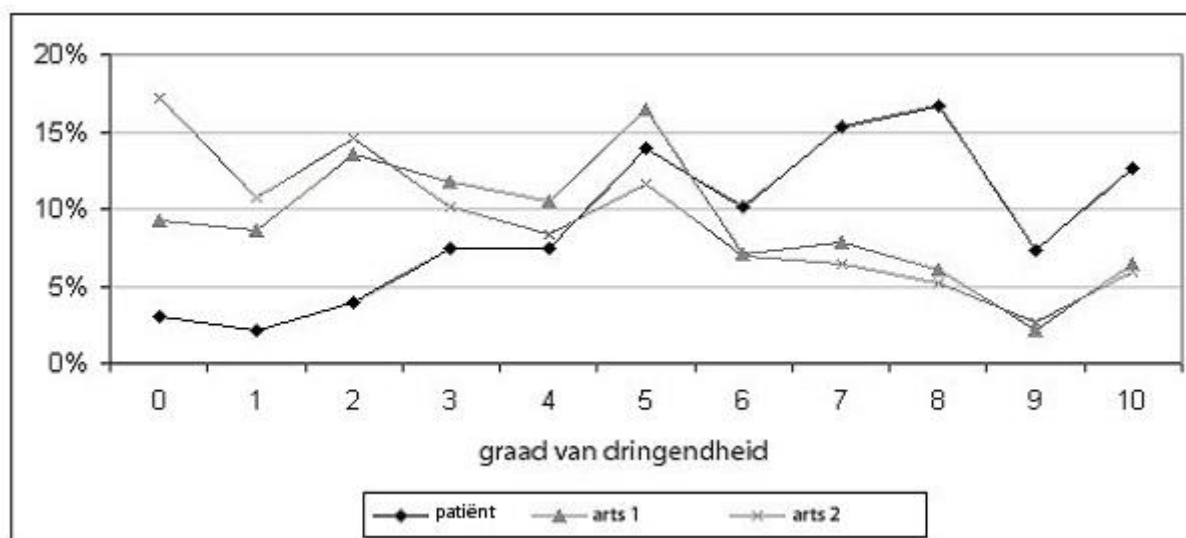
3.2.21 Analyse van de door de patiënt en door de arts aangevoelde graad van dringendheid

Deze graden van dringendheid worden weergegeven in de figuren 9 en 10.

Figuur 9 : Graad van dringendheid aangevoeld door de patiënt, door de arts op het ogenblik van de oproep (arts1) en na het onderzoek (arts2), wat de huisartsenwachtdienst betreft



Figuur 10 : Graad van dringendheid aangevoeld door de patiënt, door de arts op het ogenblik van het contact (arts1) en na het onderzoek (arts2), wat de ziekenhuiswachtdienst betreft



Zowel voor de patiënten die zich wenden tot een huisarts als voor zij die naar de ziekenhuiswachtdienst stappen, vertoont de verdeling van de graden van dringendheid een afwijking waar het de hoogste waarden betreft ; deze afwijking is groter bij de patiënten die naar de ziekenhuiswachtdienst gaan dan bij de anderen. De verdeling van de graad van dringendheid

aangevoeld door de arts alvorens de patiënt te onderzoeken vertoont een afwijking aan de linkerkant, die bovendien sterker is in het ziekenhuis dan bij de huisartsen.

De huisartsen vertonen vaker een inschatting van de graad van dringendheid die samenvalt met die van hun patiënt, dan de ziekenhuisartsen.

De inschatting van de graad van dringendheid door de arts nadat hij de patiënt heeft onderzocht, verschilt niet erg van zijn eerste inschatting ; een mogelijke afwijking kan liggen aan het feit dat de vragenlijst na het contact met de patiënt werd ingevuld.

Patiënten met moeilijke levensomstandigheden wijken vaker af van de inschatting door hun arts en onder- of overschatten vaker de graad van dringendheid ten opzichte van hun arts, in vergelijking met de anderen ($p < 0,001$).

Patiënten tussen 15 en 64 jaar zijn vaker geneigd de graad van dringendheid te overschatten in vergelijking met de raming door de artsen ($p < 0,001$).

Wat de huisartsen betreft, bij wie het percentage oproepen 's nachts (tussen 21 en 8 uur) slechts 3,7% bedraagt, is het percentage patiënten dat als graad van dringendheid $\geq 8/10$ opgeeft, opmerkelijk groter 's nachts dan overdag : 42,6% versus 28,0% ($p = 0,013$). Het percentage huisartsen dat een graad van dringendheid inschat van $\geq 8/10$, ligt ook significant hoger 's nachts dan overdag : 21,9% versus 8,3% ($p < 0,001$).

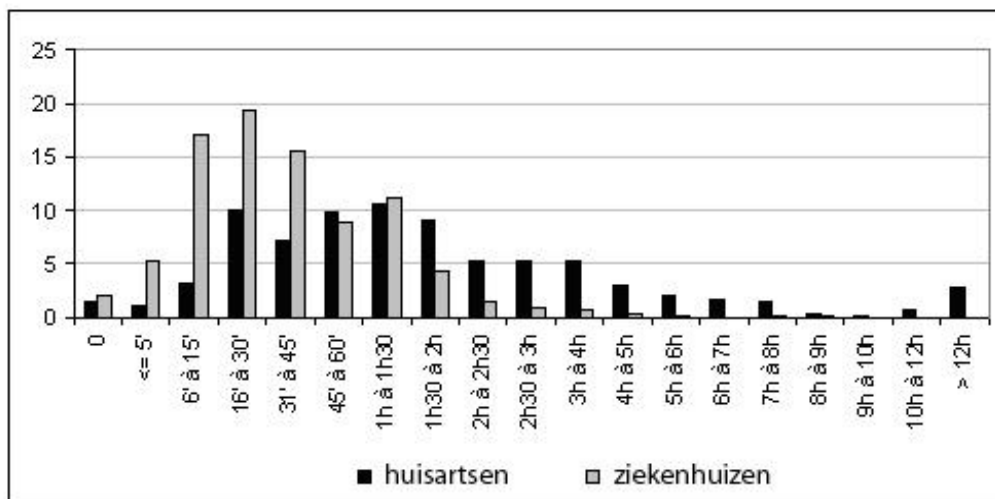
In het ziekenhuis, waar de contacten tussen 21 en 8 uur 25,2% van het totaal uitmaken, is het percentage patiënten dat een graad van dringendheid van $\geq 8/10$ opgeeft, significant groter 's nachts dan overdag : 40,8% versus 35,5% ($p = 0,014$).

Het percentage van artsen dat een graad van dringendheid van $\geq 8/10$ opgeeft, verschilt daarentegen niet tussen de dag en de nacht : 14,8% versus 14,7% (NS).

3.2.22 Wachtijd alvorens de patiënt wordt geholpen bij de huisartsen en op de ziekenhuis-wachtdienst

Deze wachttijden worden weergegeven in figuur 11.

Figuur 11 : Wachtijd bij de huisartsen en in de ziekenhuizen



De wachttijd werd willekeurig opgedeeld in 4 categorieën :

- huisartsen : < 15 min, van 15 min tot 1 uur, van 1 uur tot 3 uur en >=3 uur.
- spoedgevallendiensten : < 15 min, van 15 min tot 30 min, van 30 min tot 60 min en >=1 uur.

De wachttijd is langer bij de huisartsen dan in de ziekenhuizen.

Bij de huisartsen bedraagt de wachttijd 0 minuten tot 28 uur ; 25% van de patiënten komt binnen drie kwartier aan bod, 50% binnen anderhalf uur na de oproep en 75% binnen drie uur. Op de ziekenhuiswachtdienst bedraagt de wachttijd 0 minuten tot 12 uur ; 25% van de patiënten komt binnen het kwartier aan de beurt, 50% van de patiënten binnen het half uur, en 75% binnen het uur.

3.2.23 Factoren die een invloed hebben op de wachttijd

Wat de huisartsen betreft, zijn de factoren die een significante invloed hebben op de snelheid waarmee de patiënt wordt geholpen, het uur van de oproep (hoe later op de avond, hoe sneller patiënten worden gezien : na 21 uur wordt 35% van de patiënten binnen het kwartier gezien, en 85% binnen het uur), de door de patiënt aangevoelde graad van dringendheid en de door de arts aangevoelde dringendheid bij het eerste contact met de patiënt. Bij een door de patiënt aangevoelde graad van dringendheid van meer dan 8/10, vindt 47,1% van de contacten binnen het uur volgend op de oproep plaats. Toch dient ook opgemerkt dat 16,7% van deze patiënten pas na meer dan drie uren aan bod komt. Voor een dringendheid die door de arts als hoger dan 8/10 wordt beoordeeld, wordt 54,7% van de patiënten binnen het uur volgend op de oproep gezien.

Er is geen significant verband tussen de wachttijd en het feit of het bezoek plaatsvindt bij de patiënt thuis of op consultatie, en evenmin met de leeftijd, het geslacht of het sociaal statuut van de patiënt. De wachttijden zijn iets korter bij de « solo » huisartsen dan in de wijkgezondheidscentra.

Wat de ziekenhuizen betreft, wordt de wachttijd meer beïnvloed door de door de arts vastgestelde graad van dringendheid dan door de door de patiënt aangevoelde dringendheid vanaf de aangevoelde graden van dringendheid van $\geq 6/10$. De door de patiënt aangevoelde dringendheid is gecorreleerd met de wachttijd, vooral voor korte (<15 min) en voor lange wachttijden (>30 min). Van de patiënten die een aangevoelde graad van dringendheid hebben van $\geq 8/10$, wordt 55,6% binnen het half uur gezien. Wanneer de arts van oordeel is dat dit inderdaad de graad van dringendheid is, komt 61,9% van de patiënten binnen het half uur aan bod.

We zien evenwel dat voor een graad van dringendheid van 10/10 (onmiddellijke behandeling noodzakelijk) minder dan 50% van de patiënten binnen een termijn van minder dan 15 minuten worden behandeld.

In de ziekenhuizen is er eveneens een verband tussen de wachttijd en de leeftijd van de patiënt (de gemiddelde wachttijd is korter voor oudere patiënten) en de levensomstandigheden (de gemiddelde wachttijd is met name langer voor OCMW-steuntrekkers en daklozen).

3.2.24 Type van behandeling bij de huisarts en in de ziekenhuizen

De behandeling kan van medische, sociale, psychiatrische of administratieve aard zijn ; hoe deze zich onderling verhouden, wordt weergegeven in tabel 10. De verschillende categorieën sluiten elkaar niet uit.

Tabel 10 : Type van behandeling bij de huisarts en in de ziekenhuizen

	Huisartsen	Ziekenhuizen
Medisch	94,4%	92,2%
Sociaal	6%	3,7%
Psychiatrisch	5%	6,9%
Administratief	11,6%	

Wat de huisartsen betreft, heeft 81,5% van de contacten te maken met één type van behandeling. In 18,5% van de gevallen is de behandeling meervoudig (waaronder 3,3% medisch en sociaal, 2,6% medisch en psychiatrisch en 9,1% medisch en administratief).

In de ziekenhuizen gaat het in 94,2% van de contacten om één type van behandeling. In 4,2% van de gevallen is de behandeling meervoudig.

3.2.25 Wijze van aankomst in het ziekenhuis

De wijze waarop de patiënt in het ziekenhuis terechtkomt, wordt beschreven in tabel 11.

Tabel 11 : Wijze van aankomst in het ziekenhuis

Wijze van aankomst	% van de patiënten
Initiatief van de patiënt of een naaste	72,1
100 of MUG	16,3
Huisarts	5,3
Politie	2,7
Specialist van het ziekenhuis	1,5
Specialist van buiten het ziekenhuis	1,0
Overbrenging	1,0
Ander	0,2

3.2.26 Opvolging van de behandeling door de huisartsen en door de ziekenhuiswachtdiensten

Bij de huisartsen wordt in 40,9% van de gevallen een ambulant toezicht geprogrammeerd ; in 3,1% van de gevallen worden de patiënten doorverwezen naar een ziekenhuiswachtdienst en in 2,4% van de gevallen is er een aanvraag voor ziekenhuisopname.

Op de ziekenhuiswachtdienst wordt de klacht in 69,7% van de gevallen onmiddellijk behandeld en wordt de patiënt teruggestuurd naar huis. In 55,1% van de gevallen vertrekt de patiënt met een voorschrift. In 12,8% van de gevallen wordt de patiënt opgenomen. In 10,6% van de gevallen worden er bijkomende onderzoeken uitgevoerd en wordt de patiënt vervolgens teruggestuurd naar huis. In 5% van de gevallen wordt de patiënt doorverwezen naar een andere zorgstructuur. In 28,8% van de gevallen worden na het bezoek aan de wachtdienst bijkomende onderzoeken geprogrammeerd.

Opnamen komen significant vaker voor na een bezoek aan de ziekenhuiswachtdienst (12,8%) dan na een bezoek aan de huisartsenwachtdienst (2,4%) ($p < 0,001$).

Het aantal opnamen van patiënten die overdag door een huisarts zijn gezien (2,3%) verschilt sterk van dat van de patiënten die 's nachts zijn gezien (9,2%) ($p < 0,001$).

Anderzijds vertoont het aantal patiënten dat 's nachts en overdag wordt opgenomen in de ziekenhuiswachtdienst, geen significant verschil (11,1% versus 13,3%).

De aanvragen voor een opname zijn significant frequenter (3,6%) voor de patiënten die zijn gezien door een « solo » huisarts dan voor de patiënten die zijn gezien door een arts van een wijkgezondheidscentrum (1,3%) ($p < 0,001$). De artsen van Médigarde hebben 6% van de patiënten die ze hebben gezien, laten opnemen. Dit percentage is erg significant verschillend van dat van de wijkgezondheidscentra, en niet significant voor de « solo » huisartsen behalve Médigarde ($p < 0,05$).

Ook zien we dat een groter aantal patiënten wordt doorverwezen naar de ziekenhuiswachtdienst door de « solo » huisartsen (4,8%) dan door de artsen van de wijkgezondheidscentra (1,5%).

3.2.27 Gepastheid van het ogenblik waarop de patiënt zich wendt tot de spoeddienst, volgens de arts

58,5% van de patiëntencontacten bij een huisarts vonden op het gepaste ogenblik plaats ; dit is ook het geval voor 62,1% van de patiënten die werden gezien op de ziekenhuiswachtdienst. Voor 11,0% van de patiënten die werden gezien door een huisarts, was het contact te laat ; in het ziekenhuis was dit voor 8,4% van de patiënten het geval. Anderzijds had 30% van de patiënten die door een huisarts of in het ziekenhuis werden gezien, kunnen wachten tot ‘s anderendaags (15%) of nog langer (15%).

3.2.28 Profiel van de patiënten die te laat werden gezien

Tabel 12 geeft de variabelen weer waarvoor er een significant verband bestaat met laattijdig contact.

Tabel 12 : Variabelen die een significant verband vertonen met laattijdig contact

		Huisarts		Ziekenhuis
Sociaal statuut^(a)	n	RR (IC 95%)	n	RR (IC 95%)
Beroepsactiviteit	803	0,67 (0,54-0,83)	863	0,74 (0,59-0,93)
Werkloosheid	192	1,63 (1,15-2,32)	203	NS
Invaliditeit	129	1,77 (1,15-2,71)	76	NS
OCMW	185	1,58 (1,10-2,27)	307	NS
Vluchteling	14	4,53 (1,53-13., 8)	25	NS
Dakloze	18	NS	87	1,92 (1,09-3,40)
Geen ziekteverzekering	100	2,17 (1,46-3,21)	421	1,34 (0,98-1,84)
Nationaliteit^(b)				
In B wonende niet-Belgen	575	NS	1162	1,31 (1,02-1,70)
Niet in België wonend	21	2,66 (1,33-5,33)	72	NS
Onvoldoende taalbegrip	181	1,74(1,22-2,46)	327	NS
Moeilijke omstandigheden	668	2,04 (1,60-2,61)	1064	1,34 (1,04-1,72)

(a) Genoemde categorie ten opzichte van alle andere patiënten samen

(b) Ten opzichte van de Belgen

Zowel bij de huisartsen als op de wachtdienst van het ziekenhuis gaat het om patiënten zonder ziekteverzekering en patiënten in moeilijkheden ; 6 à 7% van de beroepsactieve patiënten valt ook binnen deze categorie.

Op de ziekenhuiswachtdienst gaat het verder ook om daklozen en de in België wonende niet-Belgen.

Bij de huisartsen gaat het verder om werklozen, patiënten met het statuut van zieke of invalide, OCMW-steuntrekkers, vluchtelingen, patiënten die niet in België wonen en patiënten met een onvoldoende taalbegrip.

Het percentage « late » en « gepaste » contacten naar gelang de sociale categorie wordt weergegeven in tabel 13.

Tabel 13 : Percentage « late » en « gepaste » contacten naar gelang de sociale categorie

	Huisarts			Ziekenhuis		
	% late contacten	% gepaste contacten	N	% late contacten (n)	% gepaste contacten (n)	N
Beroepsactiviteit	7,6 %	65,3 %	803	6,4 %	63,8 %	863
Werkloosheid	16,7 %	54,2 %		9,4 %	47,8 %	203
Invaliditeit	17,8 %	49,6 %	129	10,5 %	56,6 %	
OCMW	16,2 %	45,4 %	185	10,1 %	51,1 %	307
(Brug)pensioen	11,8 %	63,0 %	305	10,2 %	77,3 %	225
Student	8,1 %	58,3 %	271	7,7 %	64,3 %	272
Huis	10,9 %	51,1 %	92	9,0 %	56,0 %	100
Illegaal	13,6 %	40,9 %	44	7,8 %	53 ;3 %	90
Vluchteling	35,7 %	42,9 %	14	16,0 %	44,0 %	25
Dakloze	11,1 %	38,9 %	18	14,9 %	47,1 %	87
Totaal	11,0 %	58,5 %	2021	8,4 %	62,1 %	2681

De opportuniteit van het contact staat significant in verhouding tot de leeftijd van de patiënten : hoe ouder de patiënten, hoe hoger het aantal contacten waarvan beschouwd wordt dat ze op het gepaste ogenblik hebben plaatsgevonden ; dit is vooral zo in het ziekenhuis.

Wat de huisartsen betreft, is het aantal patiënten dat wordt opgenomen, beduidend hoger bij de patiënten die te laat werden gezien dan bij de andere patiënten : 8,1% tegenover 1,4% (RR= 5,79 (3,21-10,43)). Hetzelfde stellen we vast voor het aantal patiënten dat werd doorverwezen naar een ziekenhuiswachtdienst : 1,0% tegenover 5,3% (RR= 3,93 (2,20-7,02)). Er is geen verschil tussen het aantal patiënten dat te laat over de vloer komt bij een « solo » huisarts (11,3%) of in een wijkgezondheidscentrum (10,8%).

Patiënten met een GMD worden verhoudingsgewijs minder vaak te laat gezien : 8,6% versus 12,4% (p=0,007).

In het ziekenhuis bedraagt het aantal patiënten dat wordt opgenomen, 18,8% van de patiënten die te laat worden gezien, tegenover 12,0% van de anderen, RR = 1,56 (1,16-2,09).

Wanneer het contact « gepast » beschouwd wordt, wordt 17,1% van de patiënten die op de wacht worden gezien opgenomen, tegenover slechts 1,2 % van de patiënten die « hadden kunnen wachten ». De verschillen tussen de 3 categorieën zijn significant.

Wat het percentage opgenomen patiënten betreft, is er evenwel geen significant verschil tussen de « laatkomers » en de « tijdigen » (18,8 % versus 17,1 %, RR 1,12 (0,77-1,62)).

Het percentage late contacten varieert volgens het type van behandeling (tabel 14).

Tabel 14 : Percentage late contacten volgens het type van behandeling in het ziekenhuis en bij de huisartsen

	Huisartsen		Ziekenhuizen	
Behandeling	% late contacten	RR (a)	% late contacten	RR (a)
Medisch	10,6 %	0,53 (0,35-0,81)	8,7 %	1,94 (1,01-3,72)
Sociaal	28,0 %	2,80 (2,04-3,86)	5,3 %	NS
Psychiatrisch	29,0 %	2,87 (2,06-4,01)	2,8 %	0,32 (0.13-0.76)
Administratief	12,7 %	NS	-	-

(a) RR « late » contacten ten opzichte van de andere types van behandeling

Wat de huisartsen betreft, komen meer patiënten te laat voor een sociale of psychiatrische behandeling dan voor een medische behandeling. In het ziekenhuis is het net omgekeerd : meer late contacten voor een medische behandeling dan voor een sociale of psychiatrische behandeling.

3.2.29 Het niet kennen van andere spoedzorgvoorzieningen dan het ziekenhuis

88,1% van de patiënten die zich hebben aangeboden op de ziekenhuiswachtdiensten kent geen andere structuren waar patiënten terecht kunnen voor dringende medische hulp.

Wanneer ze andere structuren kennen, noemen ze in 36,5% van de gevallen de huisartsen of de wijkgezondheidscentra ; de andere antwoorden betreffen de ziekenhuisdiensten of andere ziekenhuizen.

3.2.30 Betaling bij het contact met de huisarts

Er is een significant verschil tussen de betaalwijze bij een « solo » huisarts en in een wijkgezondheidscentrum : 37,8% van de betalingen in een wijkgezondheidscentrum zijn betalingen « derdebetalen + remgeld » of « derdebetalen zonder remgeld », terwijl dit slechts voor 6,2% het geval is bij de « solo » huisarts. 82,7% van de handelingen wordt volledig betaald bij een bezoek aan de « solo » huisarts, tegenover 43,9% van de handelingen in een wijkgezondheidscentrum ($p < 0,001$).

3.2.31 Huisbezoeken

57,1% van de huisbezoeken wordt beschouwd als gerechtvaardigd ; het percentage gerechtvaardigde huisbezoeken neemt toe met de leeftijd.

3.2.32 Onvolledige vragenlijsten

Het is belangrijk op te merken dat de erg onvolledige vragenlijsten in de ziekenhuizen betrekking hebben op personen die problemen hebben. Dit heeft voor gevolg dat deze groep waarschijnlijk ondervertegenwoordigd is in het patiëntenstaal van het ziekenhuis. De redenen die worden opgegeven voor het niet invullen van de formulieren zijn de taalbarrière (39 patiënten), het niet meewerken van de patiënt (38), een geestestoestand die de vraagstelling onmogelijk maakt (30), daklozen die worden opgevangen zonder te worden onderzocht (17) en dronkenschap (13).

In Sint-Pieter gaat het vooral om daklozen en OCMW-steuntrekkers. 122 patiënten hebben de wachtdienst verlaten alvorens te zijn onderzocht, samen 4,6% van het totaal van de patiënten en 40,3% van de niet-correct ingevulde vragenlijsten.

In Elsene betreffen de onvolledige vragenlijsten vaker daklozen en werklozen of personen met een beperkt taalbegrip. Jammer genoeg wordt in te weinig gevallen verklaard waarom de vragenlijst niet werd ingevuld, zodat deze informatie onbruikbaar is.

4 Bespreking

Opzet van de studie was een nauwkeurig beeld te krijgen van het profiel van de Brusselse patiënten die zich wenden tot de verschillende types van spoeddiensten die in het Gewest worden aangeboden.

De analyse van het socio-demografisch profiel van de patiëntenstalen dat werd verkregen door de keuze van twee ziekenhuiswachtdiensten van het Brussels openbaar net, 3 wijkgezondheidscentra en « solo » huisartsen, heeft uiteindelijk geleid tot het beschrijven van het profiel van vier verschillende diensten voor spoedzorg, die elk een eigen « publiek » aantrekken, aan wiens behoeften ze beantwoorden.

Zo konden verschillen worden vastgesteld, zowel tussen de twee types van huisartsenpraktijk (« solo » huisartsgeneeskunde en huisartsgeneeskunde in een wijkgezondheidscentrum) als tussen de twee ziekenhuiswachtdiensten, waarvan de respectieve patiëntenpopulatie niet zomaar inwisselbaar is. Ook tussen de huisartspraktijk en de ziekenhuispraktijk zijn er verschillen.

De patiënten die in deze studie zijn opgenomen zijn niet representatief voor de Brusselse bevolking in haar geheel, wat ook niet de bedoeling was. De studie, waarvoor verschillende praktijken werden geselecteerd in een relatief beperkt geografisch gebied zoals de zone gelegen rond Sint-Pieter, toont duidelijk aan dat de verschillende types van praktijk beantwoorden aan de behoeften van de bevolking van deze zone.

We onderscheiden dus :

Profiel van de « dringende » patiënten van de « solo » huisartsen

De « solo » huisartsen krijgen een groter aantal oudere patiënten over de vloer ; hun patiënten zijn in meerderheid vrouwen en vaker Belgen. Ze zijn vaker beroepsactief, hebben het statuut van « ziekte-invaliditeit » of zijn met (brug-)pensioen ; de « solo » huisartsen hebben weinig patiënten die afhangen van het OCMW, illegalen, vluchtelingen of daklozen, en slechts een heel klein deel van hun patiënten heeft geen ziekteverzekering. Patiënten met moeilijke levensomstandigheden zijn minder talrijk bij de « solo » huisartsen. De handelingen worden volledig betaald in 82,7% van de gevallen.

Profiel van de « dringende » patiënten van de huisartsen in wijkgezondheidscentra

De patiënten die zich wenden tot wijkgezondheidscentra zijn vaker jonger dan bij de « solo » huisartsen ; het gaat vaker om vrouwen en vaker om niet-Belgen die in België wonen. Iets meer patiënten hebben een moeilijk taalbegrip, vergeleken met de « solo » huisartsen, en vaker leven ze in moeilijke omstandigheden. Ook komen er meer studenten dan bij de « solo » huisartsen en in Sint-Pieter. De handelingen worden in slechts 43,9% van de gevallen volledig betaald ; 37,8% van de betalingen in de wijkgezondheidscentra zijn betalingen « derdebetaler + remgeld » of « derdebetaler zonder remgeld ». DMH-begunstigden zijn verhoudingsgewijs het talrijkst in de wijkgezondheidscentra, waarschijnlijk omdat de formulieren met betrekking tot de behandeling, er onmiddellijk worden ingevuld.

Profiel van de « dringende » patiënten van de wachtdienst van het Sint-Pietersziekenhuis

Het profiel van de patiënten die de wachtdienst van Sint-Pieter bezoeken, vertoont overeenstemming met dat van de patiënten van de wijkgezondheidscentra, behalve wat het geslacht betreft en met in verhouding nog grotere aantallen in België wonende niet-Belgen, patiënten met een moeilijk taalbegrip en patiënten met moeilijke levensomstandigheden. 38% van het totale patiëntenstaal leeft in moeilijkheden, en dat is het geval voor 47,1% van de patiënten onderzocht in Sint-Pieter (en 42,9% in de wijkgezondheidscentra). 20% van de patiënten die tijdens de drie weken dat het onderzoek duurde, werden onderzocht op Sint-Pieter, heeft geen ziekteverzekering (tegenover 7% in de wijkgezondheidscentra) en slechts voor 30% van hen werden hun kosten ten laste genomen door het OCMW of de DMH. Dit percentage is vermoedelijk onderschat ; verschillende situaties worden achteraf door de sociale dienst geregulariseerd.

Profiel van de « dringende » patiënten van de wachtdienst van het ziekenhuis Etterbeek-Elsene

Het profiel van de patiënten die op deze wachtdienst zijn gezien, is iets moeilijker in kaart te brengen vanwege het grote aantal ontbrekende gegevens in de vragenlijsten. Wel kunnen we stellen dat de patiënten globaal genomen ouder zijn dan in Sint-Pieter of de wijkgezondheidscentra ; er komen meer mannen dan vrouwen, maar het verschil is minder groot dan in Sint-Pieter. Ook komen er meer studenten, vermoedelijk door het feit dat er universiteiten gelegen zijn op het grondgebied waaruit deze dienst rekruteert. Het socio-professioneel profiel van de patiënten is vergelijkbaar met dat van de patiënten van de huisartsen, met vooral veel minder patiënten in moeilijkheden dan Sint-Pieter over de vloer krijgt. Het grootste aantal van deze patiënten wendt zich tot het wijkgezondheidscentrum in de buurt van het ziekenhuis. Dit zou kunnen wijzen op een specifiek beleid van de spoedgevallendienst van dit ziekenhuis ten aanzien van deze patiënten in moeilijkheden.

Ook kan worden vastgesteld dat het aanbod waarschijnlijk de keuze van de patiënt beïnvloedt : het feit dat de derde reden om naar Sint-Pieter te stappen, tandproblemen zijn, heeft te maken met het feit dat er een tandheelkundige wacht aanwezig is. De patiënten kennen de lokale structuren die aan hun behoeften kunnen voldoen. Het is trouwens frappant vast te stellen dat de meeste patiënten die de ziekenhuiswachtdiensten opzoeken, enkel uit de naaste gemeenten afkomstig zijn. Een spoedgevallendienst is een buurtdienst, en elke spoedgevallendienst heeft waarschijnlijk een iets ander, eigen profiel. Elke beslissing om het aanbod van een van de soorten van praktijk te wijzigen, moet worden voorafgegaan door een behoeftenanalyse van de plaatselijke bevolkingsgroep.

Er is ook onderzoek gedaan naar de redenen waarom een patiënt zich voor een dringend medisch probleem bij een arts aanbiedt.

De dringendheid die in de studie in aanmerking is genomen, is de dringendheid zoals de patiënt die aanvoelt.

We merken dat de door de patiënt ervaren graad van dringendheid vaker hoog is bij de patiënt die naar het ziekenhuis stapt dan bij de patiënt die bij een huisarts te rade gaat. Dit houdt

vermoedelijk verband met de grotere graad van ernst van de diagnoses die op de ziekenhuiswachtdienst worden gesteld, en met het hoger aantal opnamen na een bezoek aan het ziekenhuis dan na een bezoek aan een huisarts.

Ook zien we dat de door de patiënt gevoelde graad van dringendheid hoger is dan de door de arts gevoelde graad van dringendheid bij het eerste contact, en ook blijkt dat de huisarts het vaker eens is met zijn patiënt dan de ziekenhuisarts. Dit is het geval in het algemeen, en in het bijzonder 's nachts. Tijdens de nacht stijgt het aantal opnamen fors waar het de huisartsen betreft, terwijl dit in de ziekenhuizen stabiel blijft. Is dit te wijten aan het feit dat, wanneer patiënten het aandurven een huisarts 's nachts op te bellen, er wel een reëel probleem moet zijn, of heeft het te maken met het relatieve isolement van de huisarts ten opzichte van het dringend medisch probleem, waardoor hij vaker 's nachts een beroep doet op het ziekenhuis ? Is het zo dat het ziekenhuis, met zijn infrastructuur, de arts van de ziekenhuiswachtdienst geruststelt, waardoor hij de graad van dringendheid vaker betrouwbaarder inschat dan de patiënt ?

Een andere vaststelling is dat de artsen van Médigarde en de « solo » huisartsen vaker patiënten laten opnemen of doorverwijzen naar de ziekenhuizen, dan de artsen van de wijkgezondheidscentra ; heeft dit te maken met het soort praktijk van deze centra, waar het patiëntendossier toegankelijk is voor alle artsen en waar de wachtdienst vaak alleen geldt voor de patiënten die door het centrum gekend zijn ?

Het blijkt dus dat de meeste patiënten het ogenblik van hun bezoek aan een wachtdienst vrij goed inschatten : 60% zijn op het « gepaste » ogenblik langs geweest.

30% van de patiënten van het staal zijn echter « ongepast » gekomen, aangezien de arts die hen heeft onderzocht van oordeel was dat ze hadden kunnen wachten. Men zou deze gevallen kunnen beschouwen als « valse urgenties ». Toch wordt 1,2% van deze patiënten toch opgenomen.

10%, ten slotte, kwam te laat.

De laattijdige behandelingen betreffen vooral medische maar ook sociale problemen, vooral bij de huisartsen. Het is dus belangrijk op te merken dat de spoedgeneeskunde zich inderdaad niet beperkt tot ziekteproblemen (psychiatrische problemen inbegrepen). Wat de bezoeken aan de huisarts betreft, is 18% van de behandelingen in het staal van meervoudige aard. We zien ook dat de patiënten met een GMD minder vaak aanleiding vormen voor een laattijdige behandeling door de huisarts. Aan de patiënten die zich aanboden op het ziekenhuis werd niet gevraagd of ze zo'n dossier hadden.

Om een beter inzicht te verwerven in de motieven waarom men zich wendt tot deze of gene spoeddienst, zou het moeten mogelijk zijn de motieven van contacten, de klachten en de diagnoses te analyseren. Dit is niet mogelijk, vermits de opgetekende klachten niet hiërarchisch zijn opgesteld. Wanneer er meerdere klachten werden vermeld, kregen ze in de analyse een gelijkwaardige plaats. De vragenlijsten bevatten trouwens geen enkele richtlijn omtrent het te noteren aantal klachten noch over de volgorde waarin deze moesten worden vermeld. Het coderen zelf van de klachten en diagnoses was niet optimaal : sommige klachten zoals « borstpijn » werden in de categorie « osteo-articulaire aandoeningen » vermeld. De

vergissing was systematisch en heeft de vergelijking tussen de groep « huisartsen » en de groep « ziekenhuis » dus niet vervormd. Een afzonderlijke studie zou moeten worden gewijd aan de door de patiënten vertoonde pathologieën. Voor deze studie zou de hier gebruikte CISP-indeling moeten worden gebruikt, die ook voor de huisartsgeneeskunde met succes is toegepast, naast andere classificaties die worden gebruikt voor opnamen (ICD9).

Wat gebeurt er met de patiënten die een beroep doen op de spoeddiensten ?

Bij de huisartsen wordt slechts 5,5% van de patiënten naar het ziekenhuis verwezen ; voor de rest beperkt het probleem zich tot het dringend bezoek, ofwel wordt een ambulante opvolging geprogrammeerd.

Op de ziekenhuiswachtdienst beperkt de behandeling zich in ongeveer 70% van de gevallen tot het dringend bezoek (met in 80% van deze gevallen een medisch voorschrift) ; in 10% van de andere gevallen wordt op de wachtdienst een bijkomend onderzoek uitgevoerd en wordt de patiënt teruggestuurd naar huis. Een opname in het ziekenhuis komt slechts voor in 12,5% van de gevallen. Het grootste deel van de dringende problemen waarmee patiënten zich op de ziekenhuiswachtdienst aanbieden, zou dus waarschijnlijk door een lichtere structuur kunnen worden behandeld, op voorwaarde dat de nodige middelen aanwezig zijn voor de vereiste minimale bijkomende onderzoeken. Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat voor een aantal van die problemen een gespecialiseerd advies nodig was : 7,3% werd gezien door een internist, 9,3% door een chirurg, 5,6% door een gynaecoloog, 4,5% door een oogarts, 2,7% door een mondarts, 1,2% door een psychiater, 0,3% door een KNO-arts.

Het percentage patiënten dat zich aanbiedt op de wachtdienst van een ziekenhuis en in een lichtere structuur zou kunnen worden behandeld, en het soort behandeling dat deze structuren zouden moeten kunnen aanbieden, zijn voer voor een aanvullende studie waarin de prestaties die het patiëntenbezoek heeft meegebracht, worden geanalyseerd.

Een grondiger analyse van de motieven zou het extra voordeel bieden dat nagegaan wordt welk percentage patiënten zonder eigen huisarts een dringend consult vraagt voor een acute opstoot van een chronische ziekte. Eens hun episode opgelost is, zouden deze patiënten door een eigen huisarts moeten kunnen worden behandeld en in een zorgcircuit stappen dat, via een benadering van het type « tertiaire preventie » (co-morbiditeit), nieuwe acute episoden voorkomt, die vaak aanleiding geven tot ziekenhuisopnamen. De analyse van deze groep patiënten zou het mogelijk maken zorgstrategieën uit te stippelen voor chronische ziekten waarvan geweten is dat de incidentie jaarlijks toeneemt.

Tot slot werd nagegaan welke invloed het hebben van een eigen huisarts heeft op de keuze van de dienst voor spoedzorg. Het onderzoeksdesign stelt ons niet in staat dergelijke analyse te doen, vermits het geen cohortstudie betreft.

Toch komen twee belangrijke elementen duidelijk tot uiting :

1) Er is een verband tussen het hebben van een eigen huisarts en het zich wenden tot de huisartsenpraktijk voor een dringend medisch probleem, in elk geval voor bepaalde types klinische problemen.

Dit verband wordt duidelijk aangetoond door de analyse van de diensten die worden gekozen door patiënten met moeilijke levensomstandigheden, wanneer het gaat om de behandeling van vaak voorkomende symptomen zoals hoest en koorts of krampen. Patiënten in moeilijkheden zonder eigen huisarts zullen eerder kiezen voor de ziekenhuiswachtdienst.

Voor verwondingen is het ziekenhuis echter altijd het voornaamste toevluchtsoord, ongeacht of de patiënten een eigen huisarts hebben of niet. Ook hier zou voor bepaalde aandoeningen zoals verzwikkingen, lichte wonden enz. een behandeling door een andere structuur kunnen worden overwogen, op voorwaarde dat de artsen die voor dit soort behandelingen instaan, daartoe een passende opleiding krijgen.

De studie toont echter ook aan dat de patiënten die zich voor een dringend probleem tot een huisartsenpraktijk wenden, zelden een beroep doen op de huisartsenwachtdienst, maar vooral hun eigen arts, diens vervanger of een arts van dezelfde praktijk opzoeken ; als ze geen eigen huisarts hebben, stappen ze eerder naar een arts die door een naaste wordt aanbevolen of naar een onbekende arts die in het wachtsysteem meedraait ; dit vertaalt zich in een haast identiek profiel van de spoedactiviteit van de artsen van Médigarde, in vergelijking met het profiel van de huisartsen in hun geheel.

2) De huisartsenwachtdiensten zijn nauwelijks bekend bij de patiënten die een beroep doen op het ziekenhuis.

Een van de te volgen pistes om de overbevraging van de ziekenhuiswachtdiensten te beperken, bestaat er dus in om sterker de nadruk te leggen op het belang van de band met een eigen huisarts, die met kennis van zaken een dringende hulpvraag van de patiënt kan beantwoorden ; het beeld van de huisarts moet worden gevaloriseerd en versterkt wat de eerstelijns behandeling van de courantste pathologieën betreft. In dit kader dient de veralgemening van het GMD te worden aangemoedigd.

Op welke patiënten zich concentreren en voor welk type van praktijk ?

De patiënten zonder eigen huisarts zijn vaak jong, vaker man dan vrouw, in België wonende niet-Belgen, leven vaker in moeilijke omstandigheden, OCMW-steuntrekker, vluchteling, illegaal, dakloos, alleenstaand en zonder sociale dekking. Dit is het profiel van de populatie die we aantreffen in de wijkgezondheidscentra en in Sint-Pieter.

Dit is de doelgroep waarop we ons moeten concentreren, en die we moeten binden aan een huisarts.

De huisarts moet kunnen rekenen op circuits waar hij een snelle toegang heeft tot de noodzakelijke minimale bijkomende onderzoeken voor de medische behandeling van een

patiënt, maar ook op georganiseerde structuren voor de dringende sociale of administratieve behandeling van de patiënt, mocht dit noodzakelijk zijn.

Tot slot zij opgemerkt dat de patiënten die zich tot de ziekenhuiswachtdienst wenden, het betalingsgemak niet als reden van het contact opgeven. Het kan dat deze reden niet werd vermeld, omdat het een arts was die de patiënten bevroeg.

Deze reden moet wellicht niet worden onderschat.

Het verschil tussen het percentage prestaties dat volledig wordt betaald bij de « solo » huisarts en in de wijkgezondheidscentra, stelt overigens duidelijk het probleem waarmee de artsen die patiënten in moeilijkheden behandelen worden geconfronteerd. Deze artsen worden vaak niet betaald voor hun prestaties.

Bij het binden van deze moeilijke categorieën aan een huisarts moet hiermee dus rekening worden gehouden, om te voorkomen dat de artsen die zich op zulk een praktijk toeleggen, hierdoor worden « gestraft ».



**Rapport betreffende het onderzoek naar het
profiel van de Brusselse patiënten die voor een
dringend medisch probleem twee zorgcircuits
bezoeken : de ziekenhuiswachtdienst en de
huisartsen**

<http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Ce document est également disponible en français

Dit document is ook beschikbaar in het Frans onder de titel :

**Rapport de l'analyse du profil de patients bruxellois fréquentant en urgence deux filières de soins : gardes
hospitalières et médecine générale**