

Analyse van de profielen van patiënten die de spoedafdeling van het ziekenhuis bezocht hebben in 2008.

Inleiding

Sinds 1 juli 2007 werd het remgeld voor patiënten die zich naar de spoedafdeling van een ziekenhuis begeven zonder doorverwijzing van een huisarts verhoogd. Het gaat hier om 68% van de gevallen in 2008. Deze maatregel beoogt de spoeddiensten te ontlasten door het ongepast gebruik ervan te verminderen.

Ondanks de meerkost voor de patiënt, lijkt deze maatregel zijn doel voorbij te schieten, en blijft het bezoek aan de spoedafdeling van het ziekenhuis zeer hoog: in 2008 vonden er meer dan 1,9 miljoen bezoeken plaats, en in 2009 werd de kaap van de 2 miljoen overschreden.

De specifieke nomenclatuur voor de spoeddiensten, die van kracht is sinds 1 juli 2007, laat toe om de gepresteerde diensten op de spoedafdeling te identificeren; alsook de opnames die er komen na doorverwijzing door de huisdokter. Het kruisen met de bevolkingsgegevens van de VI, laat bovendien toe om de relatie te onderzoeken tussen enerzijds het sociaal economisch profiel van de patiënt en anderzijds de opname op de spoedafdeling van het ziekenhuis.

Het objectief van deze studie bestaat in het analyseren van de profielen van de patiënten die opgenomen worden op de spoeddienst.

Een eerste deel van de studie analyseert het aantal opnames aan de spoedafdeling van het ziekenhuis gekoppeld aan de socio-economische en demografische achtergrond van de patiënten als ook aan hun verblijfplaats.

Vervolgens bekijken we de tijdstippen waarop de onderzochte populatie de spoedafdelingen bezoekt. (in de week overdag of 's nachts of in het weekend)

In een derde deel, worden aan de hand van een aantal criteria de medisch gerechtvaardigde opnames geïdentificeerd. De 'gerechtvaardigde' opname op de spoeddienst wordt vervolgens geanalyseerd in het licht van de zelfde sociaal economische, demografische factoren en van de verblijfplaats. Tenslotte maakt de studie een kruising van het aantal gerechtvaardigde bezoeken aan de spoedafdeling met het aantal bezoeken na doorverwijzing door de huisarts;

Noot: verhoogde kost van 9.24 euro voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming en 15.19 euro voor de gewone verzekerden indien ze niet verwezen zijn of via 100 of MUG naar de spoed worden gebracht. Patiënt betaalt wel remgeld bij arts die verwijst, uitzondering hierop zijn de medische huizen. Patiënten gebracht met 100 of MUG worden gelijk gesteld als zij die verwezen worden door arts. 8% van de spoedgevallen wordt binnengebracht met de 100.

A. Analyse van de opnames in de spoedafdeling van het ziekenhuis volgens het profiel van de patiënten

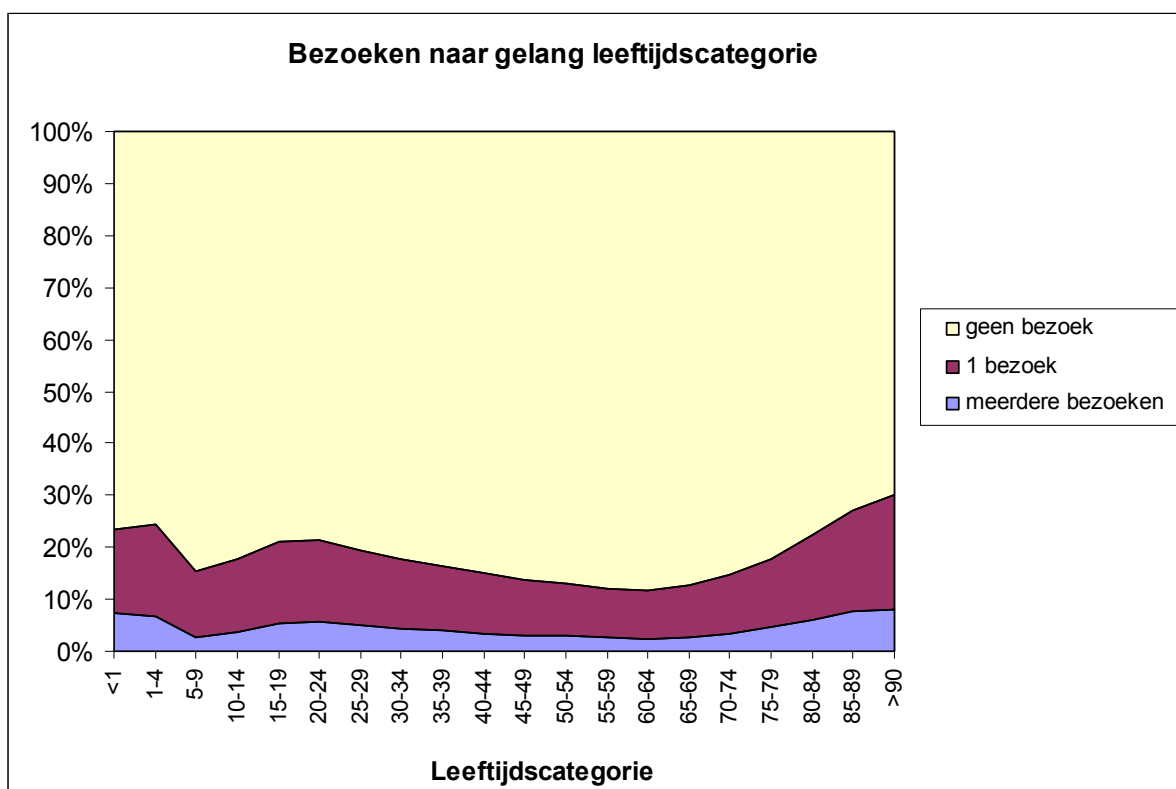
Het RIZIV stelde op basis van de specifieke nomenclatuur voor spoedopnames, vast dat in het jaar 2008 1921569 bezoeken aan de spoeddienst werden gebracht.

Voor 2008 spreken we over 713836 opnames van patiënten die lid zijn van de socialistische ziekenfondsen, ofwel, 17% van de leden ; 75% hiervan zijn slechts 1 maal naar de spoedafdeling geweest in 2008, en ongeveer 9% meer dan twee keer.

Beschrijvende analyse:

A.1 Indeling volgens de leeftijdsklasse:

Jonge kinderen, adolescenten en ouderen zijn de personen die het vaakst naar de spoedafdeling van een ziekenhuis gaan. Vanaf 65 jaar, verhoogt het aantal opnames op de spoedafdeling jaarlijks op continue wijze. Kinderen jonger dan 5 jaar (24%) en personen van 90 jaar en ouder (30%) gaan beduidend vaker naar de spoedafdeling als mensen uit de bevolkingscategorie 55-64 jaar(12%). Dit geldt voor hen die slechts éénmaal naar de spoed gaan op een jaar. Bij herhaalde bezoeken naar de spoed per jaar vindt men dezelfde tendens maar minder uitgesproken.



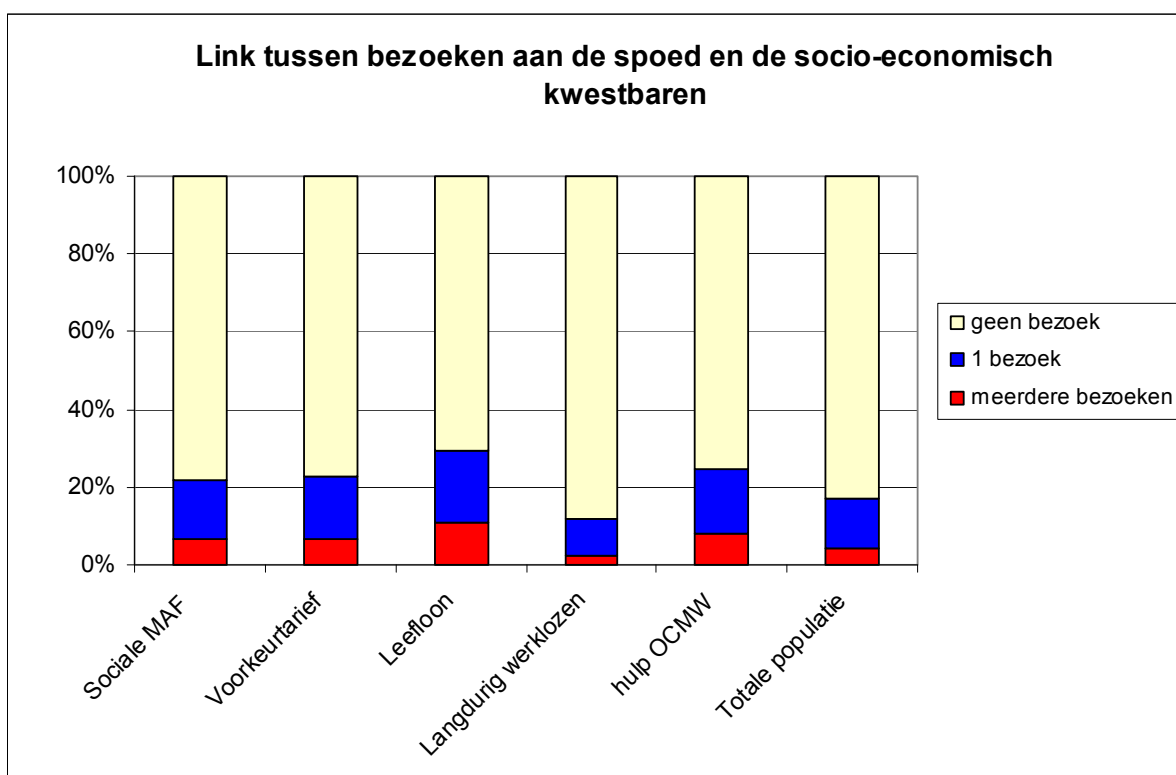
A.2. Sociaal economisch profiel

Leden met een sociaal economisch achtergestelde achtergrond gaan vaker naar de spoedafdeling van het ziekenhuis dan gemiddeld.

Leden met een « leefloon » staan met 23% aan de top van de lijst van meest frequente bezoekers van de spoedafdeling.

Langdurige werklozen vormen met 12% een uitzondering hierop met een opname in de spoedafdeling dat lager ligt dan dat van de totale bevolking.

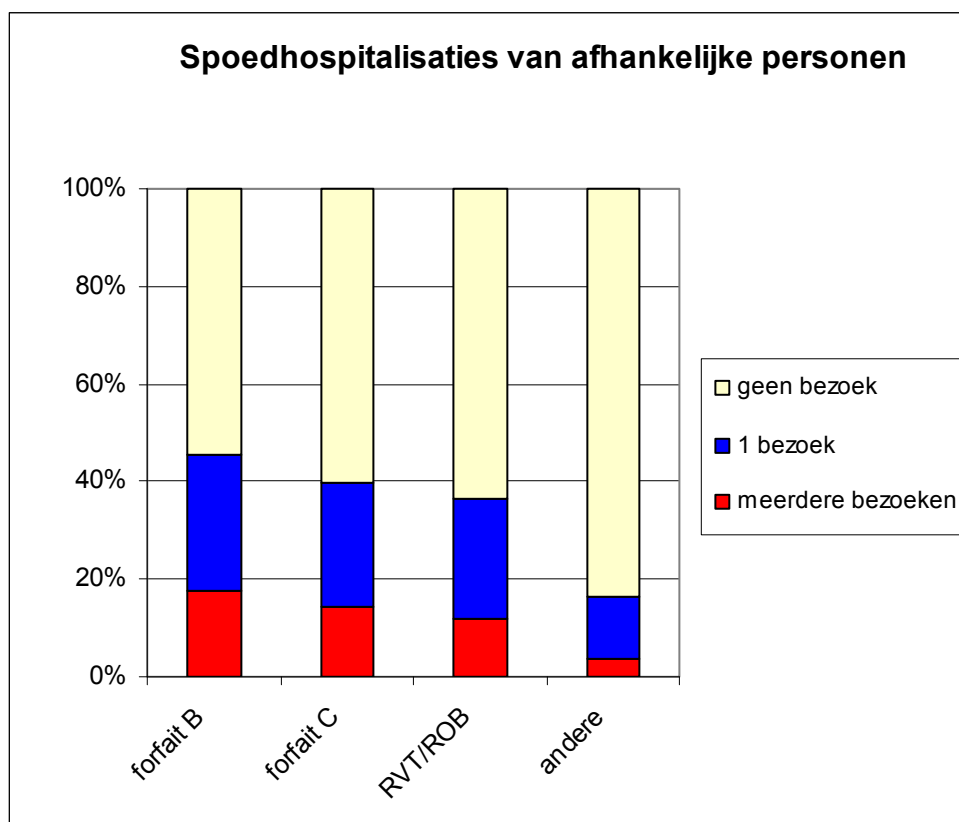
De impact van het statuut van zelfstandige op het aantal bezoeken aan de spoedafdeling, lijkt zeer beperkt. 14% van hen ging in 2008 naar de spoedafdeling t.o.v. 17% die onder het algemene regime vallen.



A.3. Afhankelijkheidsgraad

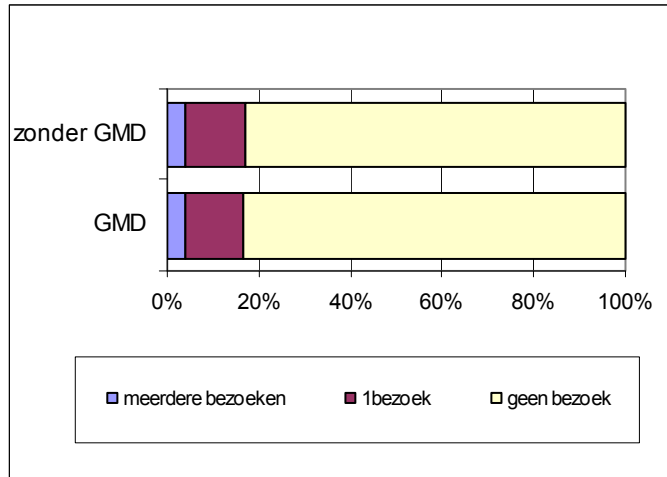
De verschillen zijn nog opvallender voor afhankelijke personen die in een rust en verzorgingstehuis (RVT) of rustoord voor bejaarden (ROB) verblijven of personen die van een forfait B of C van de thuiszorg genieten..Wanneer men deze groep vergelijkt met de rest van de bevolking dan gaan ze tweemaal meer naar de spoed wanneer men enkel kijkt naar de éénmalige bezoeken per jaar. Dit verschil loopt verder uit tot driemaal meer wanneer men de herhaalde bezoeken vergelijkt en zelfs tot viermaal bij patiënten die een forfait B hebben.

Noot: thuiszorgforfaits worden toegekend naargelang de fysieke en psychische afhankelijkheid van de patiënten.

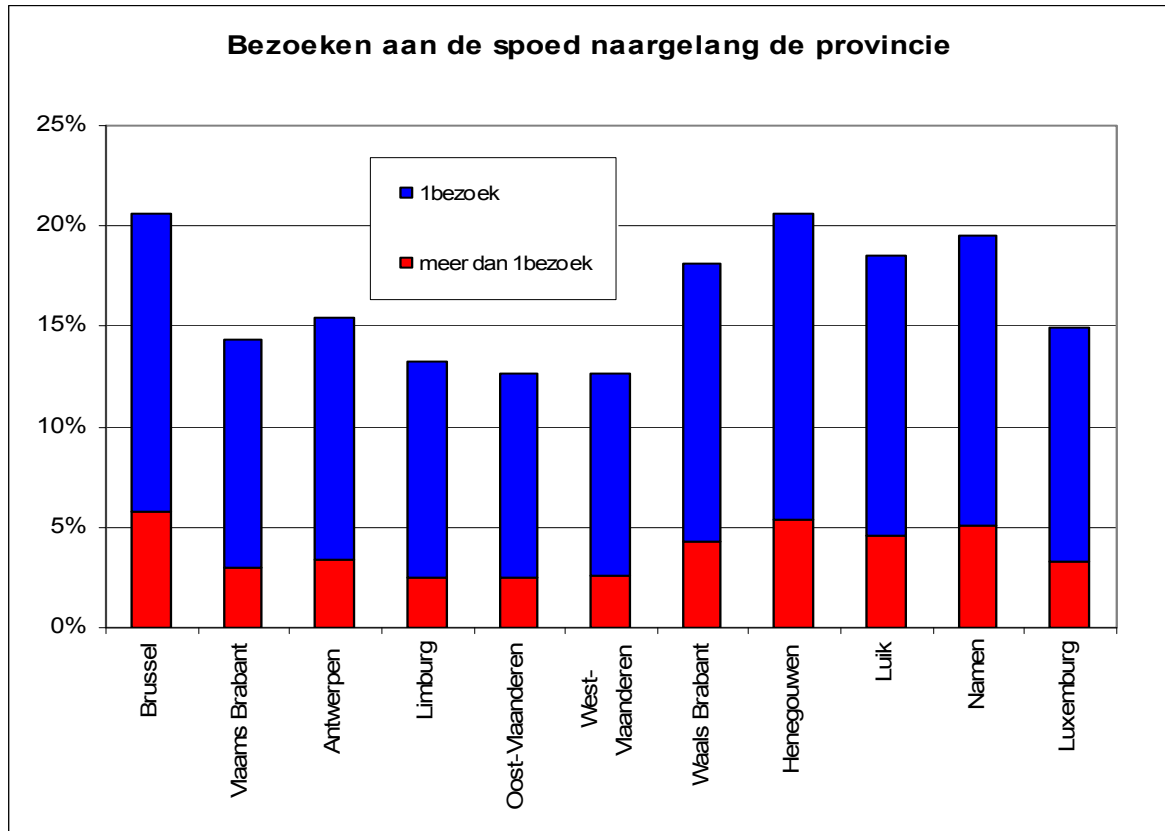


A.4. Globaal Medisch Dossier (GMD)

Het aantal bezoeken aan de spoedafdeling door patiënten met een GMD is identiek aan dat van patiënten zonder GMD.



A.5. Bezoeken aan de spoed naargelang de provincie



We stellen grote verschillen vast volgens de provincies. Terwijl in Brussel 21% van de bevolking de spoed bezoekt vindt men voor Wallonië 19% en in Vlaanderen 14%. In Wallonië zijn er markante verschillen gaande van 15% voor Luxemburg tot 22% in Henegouwen.

Multivariate analyse

Het model van de logistische regressie ... (annex 1) bevestigt de vorige resultaten. In het bijzonder dat er een belangrijk verband is tussen de afhankelijkheidsindicator en het bezoek aan de spoed. Ook het verband tussen leeftijd en spoedbezoek blijft duidelijk.

Dit statistisch model bevestigt daarenboven ook de andere verbanden: de invloed van de economische karakteristieken alsook de woonplaats van de leden.

B. Tijdstip van bezoek op de spoedafdeling

B.1 naargelang de leeftijd

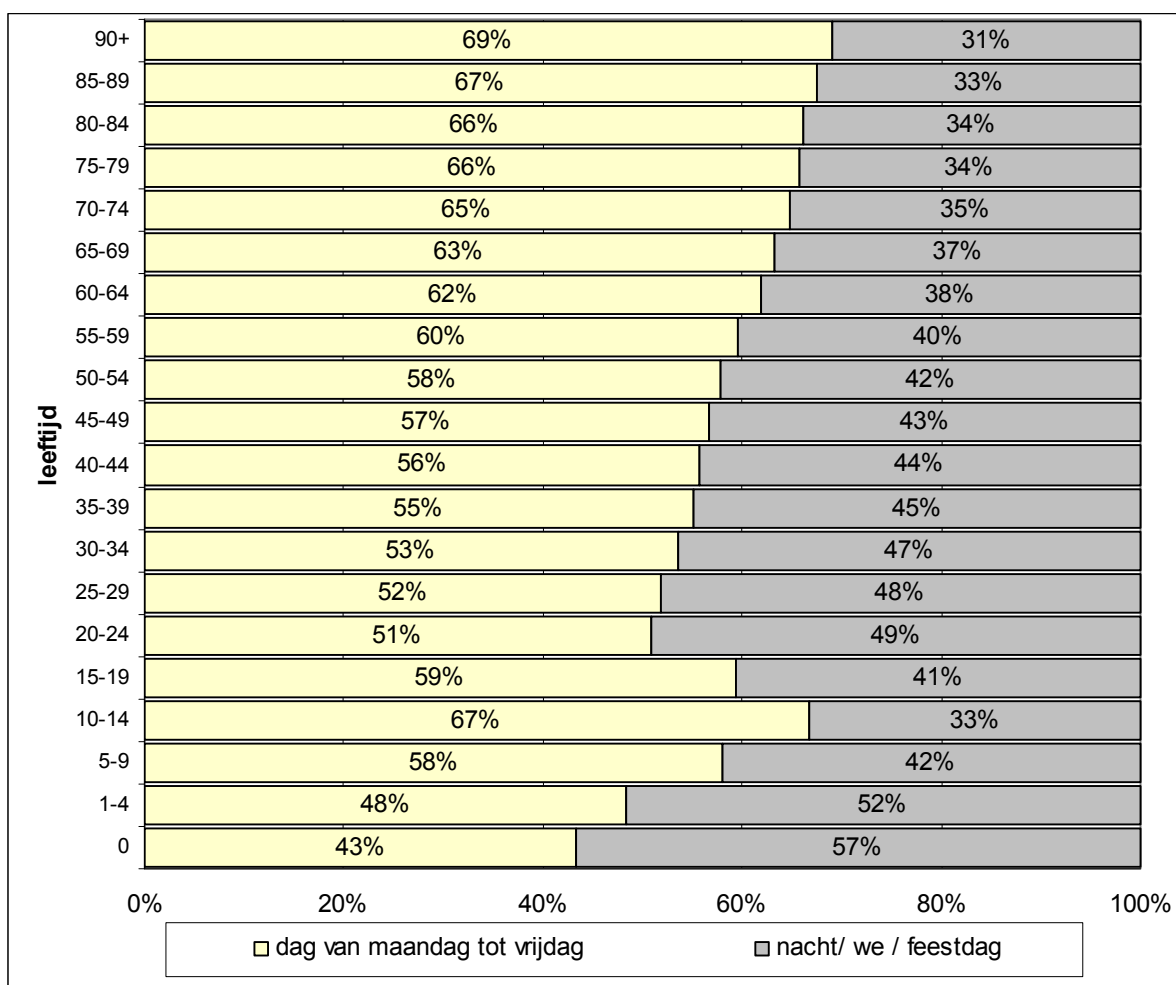
Minder dan de helft van de consultaties op de spoedafdeling (43%) vormt het voorwerp van een 'spoedtoeslag/supplement', wat normaal gevraagd wordt aan een patiënt die ofwel 's nachts tussen 21h en 8h naar de spoedafdeling gaat, ofwel tijdens het weekend of op een feestdag.

Het aandeel van deze spoedsupplementen varieert vooral in functie van de leeftijd.

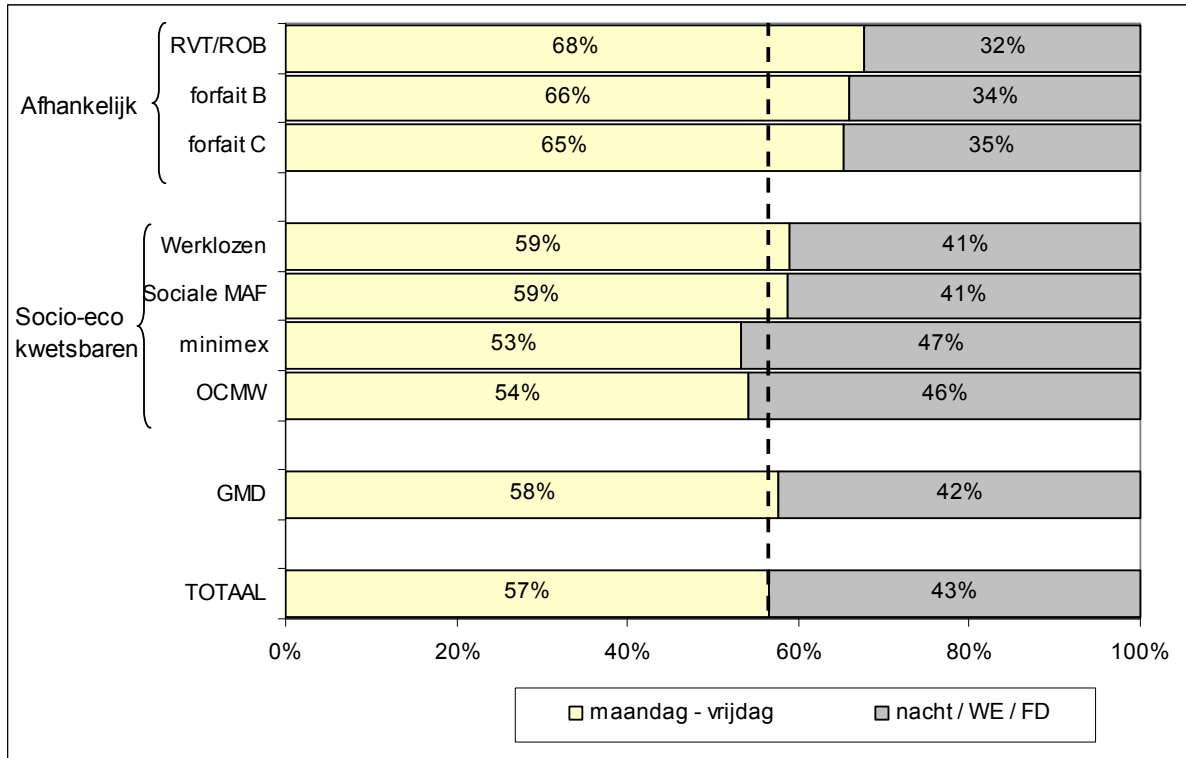
Jonge kinderen (van 0 tot 4 jaar) worden in de meerderheid van de gevallen op de spoedafdeling 's nachts opgenomen, in het weekend en op feestdagen; eigenlijk op momenten waarop de pediater die een groot deel van hen normaal opvolgt, niet beschikbaar is.

De grotere kinderen (van 5 tot 19 jaar) bezoeken de spoedafdeling echter duidelijk vaker overdag in de week, daar dit overeenkomt met de momenten waarop ze het meest actief zijn (school, vrije tijd...)

Na 20 jaar verhoogt het spoedbezoek lineair met de leeftijd.



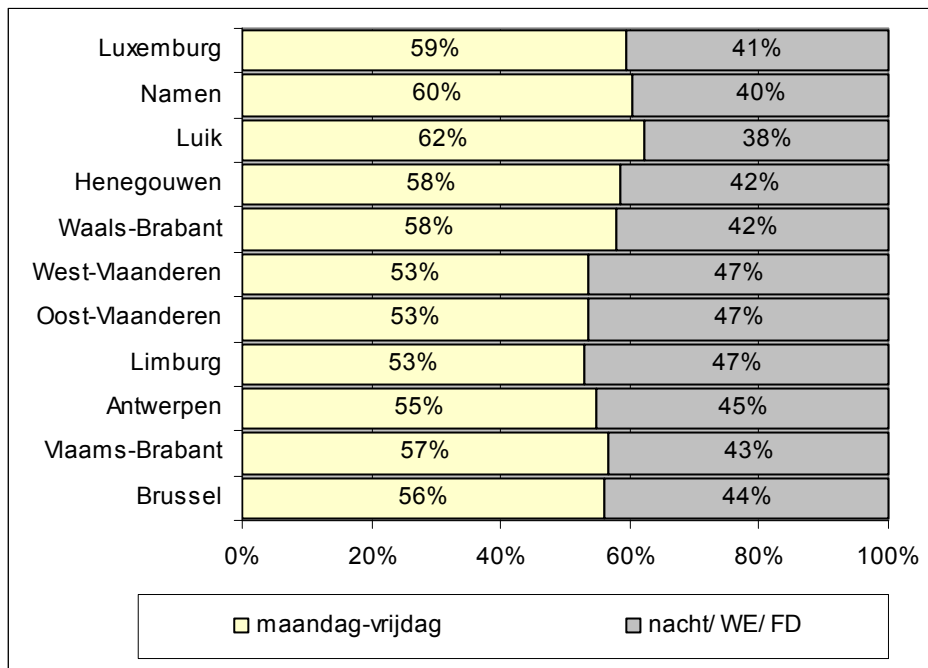
B.2 naargelang het socio- economisch profiel



We stellen tevens vast dat de afhankelijke patiënten vaker in de week naar de spoedafdeling gaan dan de gemiddelde bevolking. Dit geldt zowel voor leden in een RVT/ROB als leden die hulpbehoevend thuis worden verzorgd.

De andere onderzochte variabelen (socio-economisch variabele, statuut, het al of niet hebben van een GMD) hebben weinig invloed op het ogenblik van de opname op de spoedafdeling.

B.3 naargelang de woonplaats



In Wallonië gaat 60% overdag naar de spoed terwijl dit 56% is voor Brussel en 54% voor Vlaanderen. Het aantal spoedafdelingen per provincie kan dit verschil niet uitleggen. Het ziekenhuisaanbod en wellicht het aantal wachtposten kan hier een rol spelen.

C. Analyse van de « gerechtvaardigde » bezoeken aan de spoedafdeling

Criteria om het bezoek aan de spoeddienst als ‘gerechtvaardigd’ te kwalificeren

In dit deel worden de opnames op de spoedafdeling die als gerechtvaardigd werden gekwalificeerd, geïdentificeerd aan de hand van de gegevens waarover de ziekenfondsen beschikken. De volgende 6 criteria, gebaseerd op de facturatiegegevens, zijn ruimer dan de criteria die in de nomenclatuur werden weerhouden. Ze worden in het vervolg van de studie gebruikt om de ‘gerechtvaardigde’ opnames te identificeren.

- opnames op de spoedafdeling die gevolgd werden door een opname of een voorlopige opname (zie voetnoot)
- patiënt die door een huisarts werd verwezen (de patiënten die door de MUG of de 100 gebracht zijn, worden hieraan gelijkgesteld)
- spoedopname met het plaatsen van een gips.
- patiënt die de dag zelf overlijdt
- raadpleging door een psychiater op de afdeling spoedgevallen (psychiatrische spoedbehandeling)
- bevalling binnen de 3 maanden

De medisch verantwoorde opnames op de spoedafdeling die door deze indicatoren worden geïdentificeerd, zijn niet exhaustief. Andere gevallen werden immers niet weerhouden in het kader van deze studie, bij gebrek aan gegevens die identificatie toelaten.

Pathologiegegevens van de patiënten zouden ons toelaten beter de gerechtvaardigde opnames te omschrijven. Zo werden de dringende gevallen waarbij patiënten zonder verwijsbrief direct naar de specialist werden doorverwezen zonder hospitalisatie evenwel niet weerhouden.

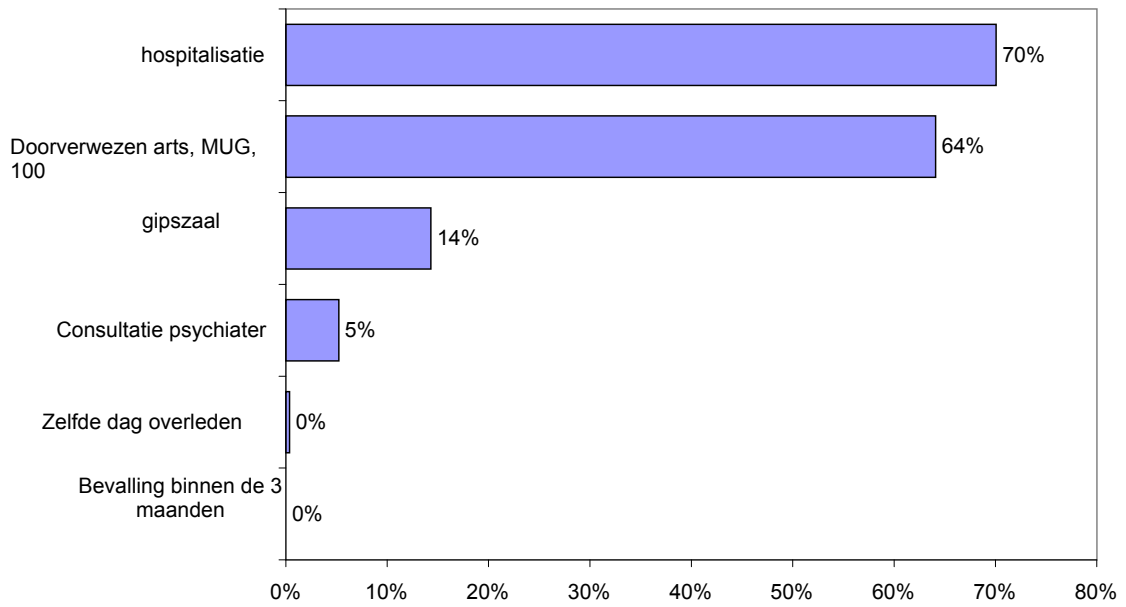
44% van de contacten op de spoedafdeling werden als gerechtvaardigd beschouwd op basis van minstens 1 van de 6 weerhouden criteria.

Voor die 44% patiënten is hospitalisatie het 1^e criterium in termen van frequentie (70% van de gerechtvaardigde gevallen)

Slechts 64% van de gerechtvaardigde opnames werd doorverwezen door een huisarts of gebracht door 100 of MUG; de voorwaarde om van een verminderd remgeld te kunnen genieten.

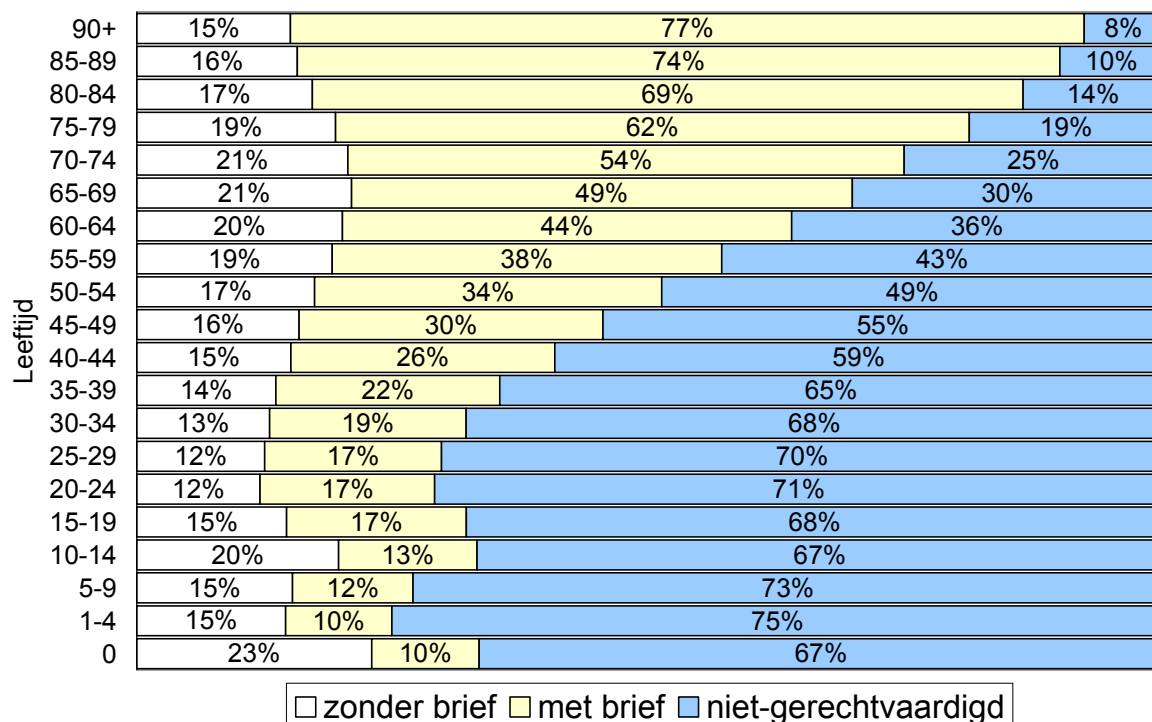
De nomenclatuur maakt geen onderscheid tussen de patiënten met verwijsbrief van de arts en diegene die via de 100 of de MUG naar de spoed worden gebracht. Bij extrapolatie met andere studies komt men op een verhouding van ongeveer 40% die door 100 of MUG wordt gebracht tegenover 60% die verwezen wordt door de arts..Het gebruik van de gipszaal is het 3^e meest gebruikte criterium (14%)

Noot: contacten met mini forfaits werden niet weerhouden en niet gelijk gesteld aan hospitalisatie



C.1 Gerechvaardigd bezoek aan de spoeddienst naargelang de leeftijd.

De volgens de 6 criteria, gerechtvaardigde opname op de spoedafdeling is zeer nauw verbonden met de leeftijd van de patiënt. We stellen een bijna lineaire vooruitgang vast, gaande van 25% voor de kinderen van 1 tot 4 jaar tot 92% voor de personen van 90 jaar en ouder.



Enige voorzichtigheid is echter geboden bij de interpretatie van deze cijfers:

Inderdaad, deze lineaire relatie komt voort uit de impact van het criterium 'patiënt doorverwezen door een huisdokter', dat verhoogt volgens de leeftijd. Het aandeel van opnames dat beantwoordt aan 1 van de 5 andere criteria (hospitalisatie, gipszaal, consultatie bij een psychiater, overlijden op de dag zelf of een bevalling binnen de 3 maanden) en die naar de spoed komen zonder doorverwijzing van de huisarts, is veel stabielere volgens de leeftijdsklasse en varieert rond de 16%.

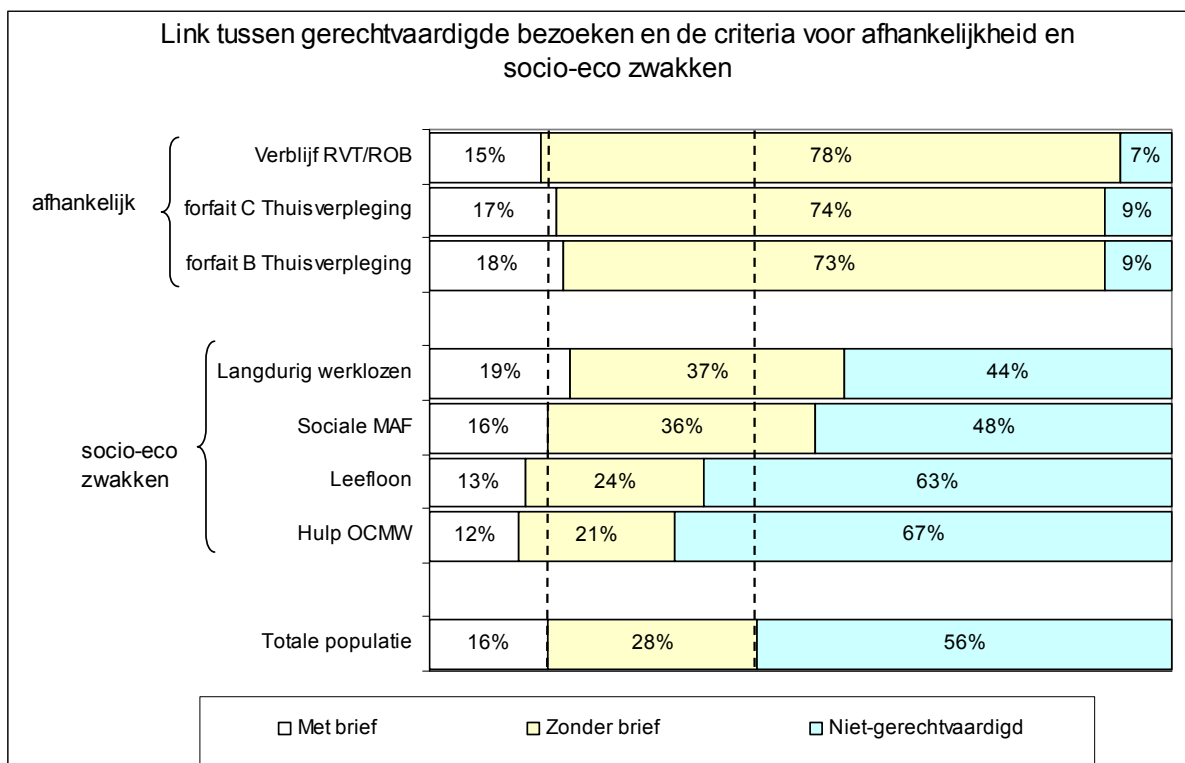
Deze statistieken tonen dus duidelijk de band aan tussen enerzijds de leeftijd van de patiënten en het aandeel van patiënten dat werd doorverwezen door een huisarts of werd binnengebracht met de 100 of de MUG: de oudste personen doen bijna allemaal systematisch beroep op de huisarts, terwijl bij jongere personen eerder de trend bestaat om zelf naar de spoedafdeling te gaan. Dit is aan de verplaatsingsproblemen van ouderen te wijten, hun grotere vertrouwensrelatie met de huisarts. De personen die in een rusthuis verblijven zijn eveneens hoofdzakelijk doorverwezen. Het aandeel van gerechtvaardigde niet doorverwezen baby's jonger dan 1 jaar oud, die gehospitaliseerd worden is bijzonder belangrijk: 1 op 4 baby's jonger dan 1 jaar komt op de spoedafdeling terecht zonder hiernaartoe te zijn verwezen door de huisdokter. Baby's die meer dan 24h onder toezicht worden gehouden worden bij deze ziekenhuisopnames gerekend. Bij de gevallen die niet beantwoorden aan de 6 criteria voor een gerechtvaardigd bezoek, stellen we vast dat het aandeel van kinderen dat jonger is dan 15 jaar en dat de dag zelf nog naar de kinderarts gaat, zeer laag is (1.3%). Dit aandeel is iets belangrijker voor de kinderen jonger dan 1 jaar, (2.9%),

maar compenseert niet het zwakke % van gevallen die doorverwezen werden door een huisdokter, en toont duidelijk dat de kinderen zeer zelden naar een pediater gaan, alvorens bij de spoedafdeling aan te kloppen. Dit geldt evenzeer wanneer het bezoek aan de spoedafdeling 'gerechtvaardigd' is, aangezien ze ook dan slechts in 2,6% van de gevallen via de pediater gaan.

C.2 Verband tussen gerechtvaardigd bezoek aan de spoeddienst en de afhankelijkheids- en sociale indicatoren.

Voor de sociaal zwaksten (OCMW steuntrekkers en zij die van een integratie tegemoetkoming leven), is het aantal gerechtvaardigde opnames op de spoedafdeling, lager dan gemiddeld. Dit is te wijten aan het feit dat deze groep minder doorverwezen wordt door een huisarts. Deze tendens vinden we echter niet terug onder andere bevolkingsgroepen zoals langdurige werklozen, de omni statuten of zij die genieten van de sociale maf die een hoger dan gemiddeld aantal bezoeken hebben aan de spoedafdeling maar die dan wel meer gerechtvaardigd zijn.

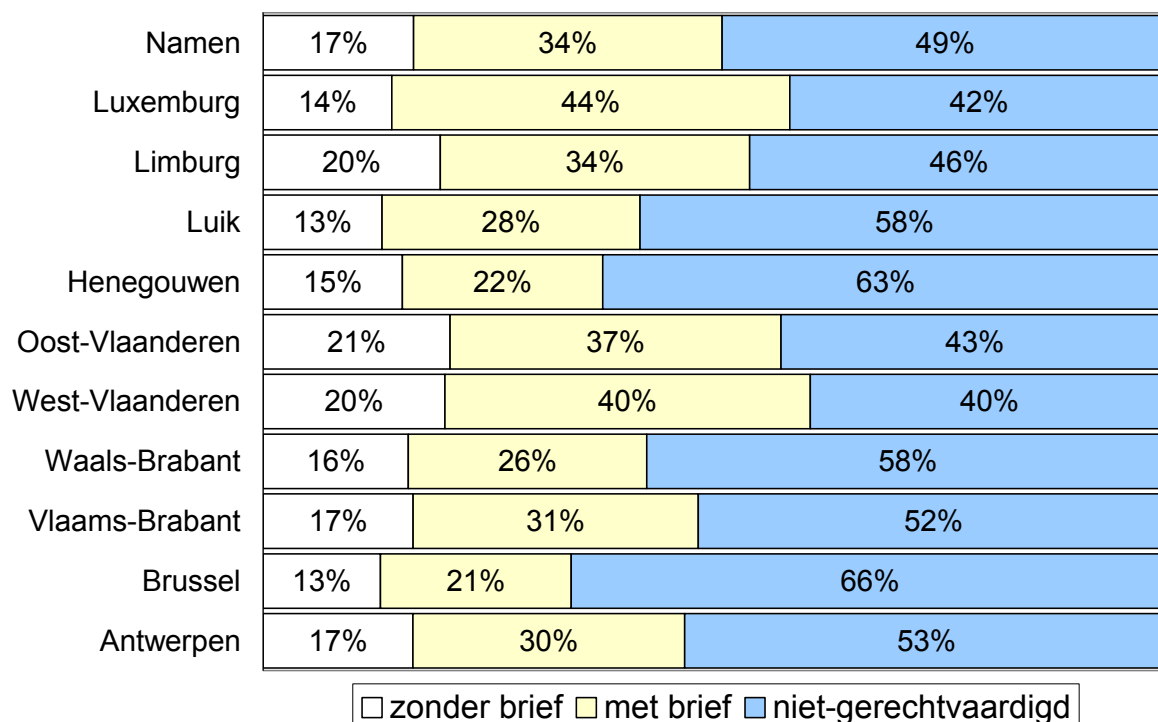
Het aantal gerechtvaardigde opnames en in het bijzonder de opnames na doorwijzing door een huisarts of via de 100 of MUG zijn veel aanzienlijker bij afhankelijke personen, in het bijzonder bij patiënten die in een RVT/ROB (78%) verblijven en patiënten die van een forfait C of B van thuiszorg genieten (73%). Dit hoog percentage is wel uit te leggen : er is een goede en sterke band met de arts enerzijds en anderzijds zijn deze mensen niet in staat om op eigen houtje naar de spoeddienst te gaan. Deze instellingen doen dan sowieso beroep op hun arts die ze desgevallend doorstuurt naar het ziekenhuis met de MUG of 100.



C.3. Gerechtvaardigd bezoek aan de spoeddienst naargelang de woonplaats.

Deze analyse van gerechtvaardigd bezoek aan de spoeddienst toont zowel verschillen tussen als binnenin de regio's. Het percentage gerechtvaardigd spoedbezoek is het grootst in Vlaanderen (52 %) gevolgd door Wallonië (42%) maar is bijzonder laag in Brussel (34%) De gerechtvaardigde bezoeken zijn het hoogst in West-Vlaanderen (60%) Oost-Vlaanderen (58%) en Luxemburg (58%) Het is ook in deze drie provincies dat het percentage verwezen patiënten of binnen gebracht met de 100 of de MUG het hoogst is.(44% voor Luxemburg, 40% voor West Vlaanderen en 37% voor Oost Vlaanderen.

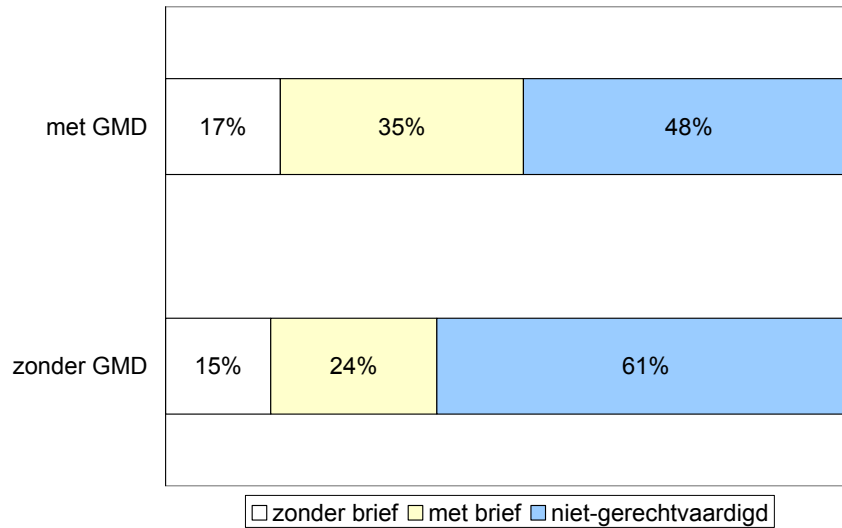
Aan de andere kant blijkt Brussel en Henegouwen een heel laag percentage gerechtvaardigde bezoeken aan de spoeddienst te hebben.



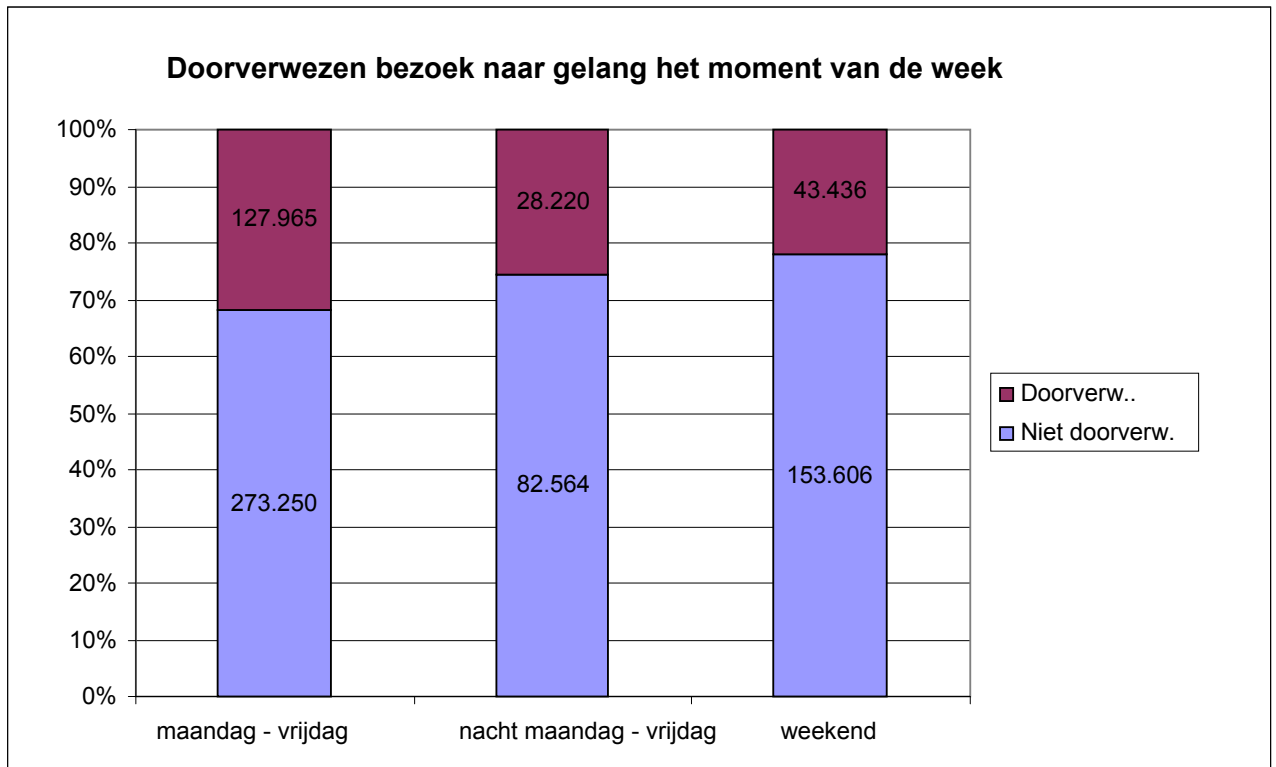
Het 'gerechtvaardigde' karakter van de de spoedopname is niet gelieerd aan de frequentie van de spoedopname. Zo heeft Luxemburg en hoog gerechtvaardigde bezoeken aan de spoeddienst maar is het aantal bezoeken vrij laag. Soms met een hoog aantal bezoeken aan de spoeddienst kan met toch een hoog aantal gerechtvaardigde bezoeken hebben zoals in Namen. Vlaams Brabant heeft een gematigd aantal bezoeken aan de spoeddienst, de gerechtvaardigde bezoeken is echter vrij laag.

C.4 Gerechvaardigd bezoek aan de spoeddienst naargelang het al dan niet hebben van een GMD (globaal medisch dossier)

Patiënten met een GMD worden verhoudingsgewijs meer verwezen naar de spoeddienst door de arts en hebben dus een hoger percentage gerechvaardigd bezoek aan de spoeddienst.



C.5 Tijdstip van bezoek aan de spoeddienst



Deze grafiek toont dat vooral 's nachts en in het weekend men minder patiënten heeft die doorverwezen werden door hun arts, wat enigszins te verwachten was.

Multivariate analyse

Deze analyse bevestigt de hierboven getoonde grafieken. Het verband met de leeftijd blijft alsook de regionale en provinciale verschillen

D. Verband tussen gerechtvaardigde bezoeken en de doorverwijzing van de arts

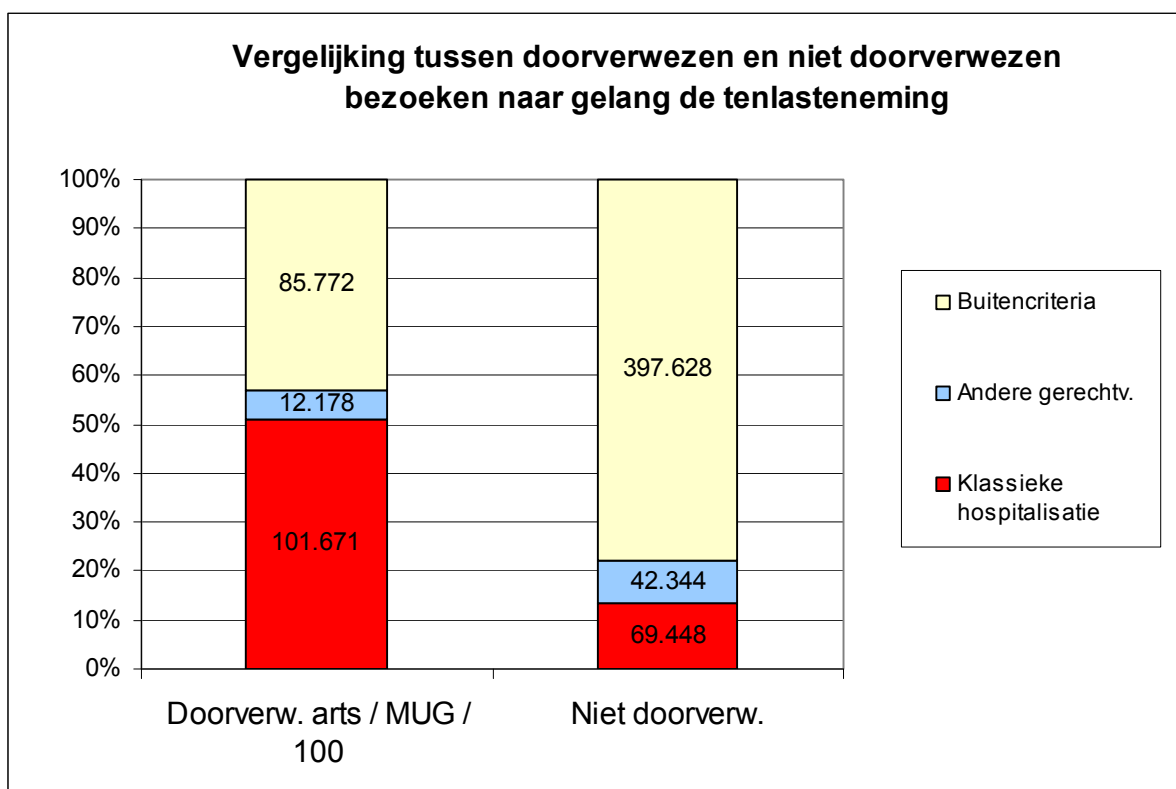
De kruising van het aantal spoedopnames na doorverwijzing door een huisarts met de gerechtvaardigde opnames op basis van de weerhouden criteria (ziekenhuisopname, plaasterzaal, consultatie door een psychiater, of overleden op de dag zelf) toont duidelijk de impact van de doorverwijzing door de arts.

Zo zien we dat 57% van de doorverwezen patiënten ook beantwoorden aan één van onze criteria. Voor de niet doorverwezen patiënten is dit percentage slechts 22%.

De nomenclatuur laat niet toe het verschil te maken tussen doorverwezen door de arts of gebracht door 100 of MUG. Ongeveer een kwart van de verwezen patiënten is door de 100 of de MUG naar de spoed gebracht. De helft van de door een huisarts verwezen patiënten worden gehospitaliseerd daar waar we bij de andere groep rond de 14% zitten.

De filterrol van de huisarts is hier ontegensprekelijk.

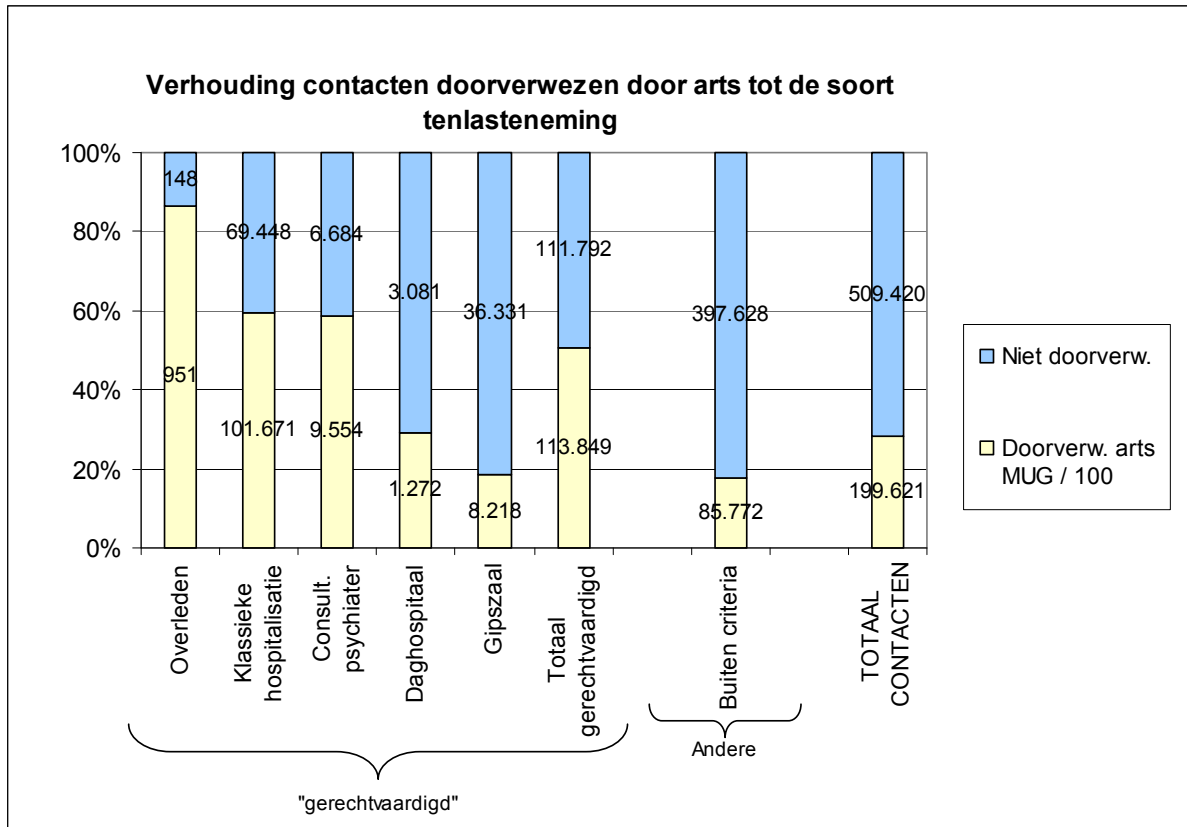
Ongeveer 22% van de niet verwezen patiënten, wat ongeveer 16% is van het totaal aantal bezoeken worden gepenaliseerd alhoewel zij volgens onze criteria een gerechtvaardigd bezoek aan de spoeddienst kunnen voorleggen.



De volgende grafiek vergelijkt de verschillende types van ten laste neming en dit voor de doorverwezen als de niet doorverwezen patiënten.

Te noteren dat heel wat patiënten meermaals kunnen voorkomen in de grafiek. Zo is 71% van de patiënten die stierven, 69% van de patiënten die een psychiater consulteerden en 7% die een gips kregen ook gehospitaliseerd geworden. Daarenboven zit een groot deel van de bevallingen vervat in de niet verwezen hospitalisaties.

Stippen we verder aan dat de helft van de gerechtvaardigde bezoeken verwezen werden. Dit zijn 113.849 bezoeken wat 16% uitmaakt van de 709.041 bezoeken aan de spoeddienst.



Annex:

Logistische regressie van de verschillende variabelen betreffende:

- het percentage bezoeken aan spoedafdeling
- het percentage gerechtvaardigde bezoeken volgens eigen criteria

	Frequentie		Supplement nacht/WE		Gerechth. vs. Andere	
	Odds ratio	Invloed	Odds ratio	Influence	Odds ratio	Invloed
Vrouwelijk geslacht	0,86	0	0,92	0	n.s.	
Leeftijd (< 10 jaar = 1)						
10-19 jaar	0,96	0	0,63	-	1,37	+
20-29 jaar	1,04	0	0,98	0	1,42	+
30-39 jaar	0,85	0	0,87	0	1,75	+
40-49 jaar	0,69	-	0,81	0	2,44	++
50-59 jaar	0,58	-	0,74	-	3,65	+++
60-69 jaar	0,55	-	0,63	-	5,7	+++
70-79 jaar	0,7	-	0,56	-	9,1	+++
80-89 jaar	0,93	0	0,55	-	14,45	+++
90 jaar en ouder	0,87	0	0,51	-	17,12	+++
recht op voorkeurstarief	1,29	+	n.s.		1,15	0
Zelfstandig statuut	0,85	0	1,05	0	0,95	0
Provincie Antwerpen = 1)						
Brusselse regio	1,37	+	0,90	0	0,73	-
Henegouwen	1,46	+	0,85	0	0,79	-
Luik	1,29	+	0,73	-	n.s.	
Luxemburg	n.s.		0,82	0	1,85	+
Namen	1,38	+	0,79	-	1,39	+
Limburg	0,89	0	1,07	0	1,47	+
Oost-Vlaanderen	0,85	0	1,05	0	1,72	+
West-Vlaanderen	0,84	0	1,08	0	1,72	+
Vlaams Brabant	n.s.		0,93	0	1,21	0
Waals Brabant	1,32	+	0,89	0	0,93	0
Bewoner RVT/ROB	2,36	++	0,89	0	3,26	+++
Medisch huis	1,1	0	1,03	0	n.s.	
GMD			n.s.		1,16	0
forfait B thuisverpleging	3,36	+++	0,92	0	2,83	++
forfait C thuisverpleging	2,58	++	0,92	0	4,15	+++
Sociale MAF	1,1	0	0,98	0	n.s.	
Hulp OCMW	0,89	0	n.s.		0,89	0
Leefloon	1,57	+	1,10	0	1,05	0
Langdurig werklozen	0,87	0	n.s.		0,93	0
Bezoek nacht / WE					0,82	0

<u>Odds ratio</u>	<u>Invloed</u>
< 0,8	-
0,8 à 1,25	0
1,25 à 2	+
2 à 3	++
> 3	+++

Interpretatie van de gegevens :

Uit deze logistische regressie blijkt dat:

- Verhoudingsgewijs gaan personen in de leeftijdscategorie 60-69 tweemaal minder naar de spoed dan kinderen onder de 10 jaar.
- Patiënten met een forfait B gaan verhoudingsgewijs driemaal meer naar de spoed.

De kolom « invloed » geeft een idee van de impact van de variabele:

- weinig invloed
- o: zwakke invloed
- + : significante positieve invloed
- ++: duidelijke significante invloed
- +++: belangrijke significante invloed.