

Wetenschappelijke stage

Kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp

Inventariserende pilot-studie naar zorgkenmerken op de SEH en follow-up bij de huisarts



Student

Mariëlle de Bont

S 0336157

marielledebont@hotmail.com

Begeleiders

Dr. Paul Giesen, huisarts senior
onderzoeker

Drs. Wendy Thijsen, SEH arts

Afdeling

Nederlands Kennisnetwerk

Huisartsenposten en Spoedzorg

IQ Healthcare, UMC St Radboud

www.iqhealthcare.nl

Periode

24 mei t/m 3 september 2010

Datum verslag

2 september 2010

Aantal woorden

6144

© September 2010, Mariëlle de Bont

Scriptie van wetenschappelijke stage, studie geneeskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. 'Kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp'.

Afbeeldingen kaft:

Links: Ingang Spoedeisende Hulp UMC St Radboud, Nijmegen

Rechts: Gezondheidscentrum 't Weeshuis, Nijmegen

Samenvatting

Inleiding: Veel patiënten op de Spoedeisende Hulp (SEH) in Nederland zijn zelfverwijzers; patiënten die op eigen initiatief en zonder verwijzing van een arts op de SEH terechtkomen. De klachten van zelfverwijzers zijn over het algemeen niet spoedeisend. De opvatting heerst dat zelfverwijzers beter door de huisarts of huisartsenpost (HAP) opgevangen kunnen worden. Er is zelfs een trend in de richting van meer samenwerking en co-locatie HAP en de SEH waarbij de HAP de zelfverwijzers opvangt.

Doel van het onderzoek: Onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de SEH en het in kaart brengen van de follow-up fase bij de huisarts.

Methode: Inventariserende pilot-studie waarbij middels retrospectieve dossieranalyse patiënt- en zorgkenmerken van zelfverwijzers op de SEH van UMC St Radboud, en de follow-up periode bij huisartsenpraktijk 't Weeshuis werden geanalyseerd.

Resultaten: In het onderzoek zijn 253 patiëntencontacten geëvalueerd. Van de zelfverwijzers was 58,9% van het mannelijk geslacht. De grootste groep zelfverwijzers bevond zich in de leeftijdscategorie tussen 16 en 45 jaar. Bij 21,7% van de zelfverwijzers was een NHG-standaard van toepassing op de klacht, deze werd in veel gevallen gevolgd. Echter, er werden 16 patiënten onnodig verwezen naar de polikliniek. Bij 40,7% van de zelfverwijzers werd beeldvormend onderzoek ingezet. Bij 90 zelfverwijzers werd een ander specialisme in consult gevraagd. Het grootste deel van de therapie (82,2%) bestond uit zorg die uitgevoerd had kunnen worden door een verpleegkundige of huisarts. Van de zelfverwijzers werd 29,2% verwezen naar de polikliniek. Ongeveer 80% van de zelfverwijzers zou niet door de eigen huisarts zijn ingestuurd. Een groot deel (28,5%) van de zelfverwijzers bezocht nadien de eigen huisarts. Bij deze groep werd in 2 gevallen de diagnose veranderd, in 15 gevallen het beleid en bij 3 patiënten traden complicaties op. In 2 gevallen was er sprake van mogelijk onveilige zorg.

Conclusie: Hoewel artsen op de SEH aanvullend onderzoek en verwijzingen bij zelfverwijzers efficiënter kunnen uitvoeren kunnen we concluderen dat de kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de SEH over het algemeen goed is. Aspecten als doelmatigheid, continuïteit en veiligheid zijn onderzocht. Daarnaast werd gevonden dat ongeveer 80% van de zelfverwijzers door de eigen huisarts zou kunnen worden behandeld.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Dankwoord.....	5
1. Inleiding.....	6
2. Methode.....	9
2.1 Design.....	9
2.2 Populatie en setting.....	9
2.3 Data verzameling.....	9
2.4 Variabelen.....	10
2.5 Analyse van de data.....	11
3. Resultaten.....	12
3.1 Populatie.....	12
3.2 Patiënt- en zorgkenmerken.....	12
3.3 Vervolghulp.....	16
3.4 Zou de eigen huisarts de patiënt met deze klacht hebben ingestuurd?.....	17
3.5 NHG-standaarden bij zelfverwijzers op de SEH.....	17
3.6 Follow-up bij de huisarts.....	18
4. Discussie.....	20
4.1 Zelfverwijzers op de SEH.....	20
4.2 Kanttekeningen bij het onderzoek.....	22
4.3 Adviezen voor de praktijk.....	22
4.4 Adviezen voor onderzoek.....	24
4.5 Conclusie.....	24
5. Referenties.....	25
Bijlagen.....	27
Bijlage 1: Invulformulier voor dataverzameling.....	27
Bijlage 2: Coderingslijst voor invoeren SPSS.....	29
Bijlage 3: Patiënten die meermalen op de SEH verschijnen als zelfverwijzer.....	32
Bijlage 4: Verandering van de diagnose.....	33
Bijlage 5: Verandering van het beleid.....	34
Bijlage 6: Optreden van complicaties.....	37
Bijlage 7: Definities.....	38
Bijlage 8: Methode van literatuursearch.....	40

Dankwoord

Zelfverwijzers maakten een groot deel uit van de patiëntenpopulatie tijdens mijn keuzecoschap op de Spoedeisende Hulp. Mijn interesse werd gewekt. Wat zijn motieven en beweegredenen van deze groep, waarom gaan deze mensen niet naar een huisarts? Ik was van mening, zonder onderzoek te hebben gedaan, dat veel van deze patiënten thuishoren bij de huisarts. De zorg die gegeven werd op de SEH leek mij deels overbodig. Is de zorg die zelfverwijzers krijgen op de SEH wel doelmatig en veilig? Aan de hand van deze ervaringen en vragen heb ik samen met Paul Giesen en Wendy Thijsen dit onderzoek opgezet. Vanaf mei tot en met begin september 2010 heb ik me bezig gehouden met het opzetten en uitwerken van het projectplan. Niet alles verliep op rolletjes, maar vol trots kan ik u nu vertellen dat het resultaat van 4 maanden werken voor u ligt.

Tijdens deze 4 maanden heb ik geleerd onderzoek te doen: opzetten van een onderzoek, dataverzameling, verwerken van gegevens met SPSS en het schrijven van een scriptie. Dit alles heb ik niet alleen gedaan. Een bijzonder dankwoord wil ik richten aan Paul Giesen, die te allen tijde voor me klaar stond en mijn werk van op- en aanmerkingen voorzag. Paul, je gedrevenheid en liefde voor het vak hebben mij geïnspireerd en misschien is onderzoek doen toch echt niet zo eng als ik dacht. Misschien komen we elkaar in de onderzoekswereld toch nog eens tegen... Tijdens de eerste weken waarin niet alles verliep zoals gewenst was Gerbrand Lub mijn reddende engel, bedankt voor je hulp en tijd! Fijn dat er mensen bestaan zoals jij die gewoon nog eens iemand helpen zonder dat je daar zelf beter van wordt. Jan, bedankt voor je hulp bij het SPSS-bestand, SPSS is eigenlijk best wel cool. Personeel van huisartsenpraktijk 't Weeshuis en van afdeling IQ healthcare, bedankt voor jullie hulp en gastvrijheid. Secretariaat Miranda van de SEH van het UMC St Radboud, bedankt voor je hulp. Wendy, ook jij bedankt. Daarnaast wil ik Nynke bedanken die me in het begin gezelschap hield in 'de barak'. Later kwam Steven. Hij neemt nu het stokje van mij over en gaat door met dit onderzoek. Hij zal het accent leggen op de kosten van zelfverwijzers. Steven, succes! Uiteraard wil ik ook Giel, inmiddels dokter Penders, bedanken voor de inspirerende en gezellige lunchmomenten tijdens mijn stage. En Mischa, natuurlijk een lief bedankje aan jou.

Na 7 jaar komt met deze scriptie een eind aan mijn studie geneeskunde. Dankzij dit onderzoek is mijn interesse in onderzoek doen gewekt en blijft de groep zelfverwijzers mijn aandacht houden.

Mariëlle de Bont

1. Inleiding

In het Nederlandse zorgsysteem fungeert de huisarts overdag en de huisartsenpost (HAP) buiten kantoor tijden als poortwachter tot de medische specialist in de tweede lijn. Huisartsen kunnen patiënten met ernstige klachten of letsels doorverwijzen naar de Spoedeisende Hulp (SEH). Voor levensbedreigende situaties kan de patiënt 1-1-2 bellen of uit zichzelf naar de SEH gaan. In de praktijk blijkt echter dat veel patiënten met niet spoedeisende problematiek de huisarts passeren en op eigen initiatief rechtstreeks naar de SEH gaan. Deze patiënten worden 'zelfverwijzers' genoemd. Al in de jaren '80 werd er onderzoek gedaan naar zelfverwijzers.¹ Uit recente onderzoeken blijkt dat het percentage zelfverwijzers op een SEH in Nederland varieert tussen de 43% en 60%.^{2-5,8}

Patiëntkenmerken van zelfverwijzers

Zelfverwijzers betreffen over het algemeen jonge mannen^{2,3,5-9} en uit een aantal onderzoeken blijkt dat zij de SEH juist bezoeken buiten kantoor tijden.^{2,7,10} Zelfverwijzers wonen hoofdzakelijk in stedelijke gebieden, relatief dichtbij het ziekenhuis.^{2,8}

Motieven van zelfverwijzers

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar de motieven van zelfverwijzers om de huisarts of huisartsenpost te passeren. De meeste zelfverwijzers slaan de eerste lijn over omdat zij menen dat acuut specialistische hulp noodzakelijk is (o.a. röntgendiagnostiek).^{2,6,7,9} Andere motieven van zelfverwijzers zijn ook beschreven: onwetendheid bij de patiënt over de te nemen route, niet gedacht om eerst naar de huisarts te gaan, niet willen wachten op de afspraak bij de huisarts, de toegankelijkheid van de SEH en praktische motieven, bijvoorbeeld werknemer in het ziekenhuis of woonachtig bij het ziekenhuis.^{2,6,7,9} Slechts in 3% van de gevallen geeft de zelfverwijzer aan dat de huisarts niet bereikbaar is.⁹ In meer dan de helft van de gevallen maakt de patiënt zelf de beslissing om naar de SEH te gaan⁶, bij een kleinere groep draagt partner en/of familie bij aan de keuze.^{6,7}

Klachten van zelfverwijzers

Uit verscheidene onderzoeken blijkt dat zelfverwijzers op de SEH verschijnen met hoofdzakelijk klachten aan het bewegingsapparaat of de huid.^{3,5,8} Over het algemeen zijn de diagnoses relatief simpel, niet spoedeisend van aard en vaak veroorzaakt door een trauma.^{2,3,8,10} Een groot aantal van deze zelfverwijzers kwam met kleine problemen die behandeld hadden kunnen worden door een huisarts.⁴ In een onderzoek van Jaarsma-van Leeuwen werd 60% van de consulten van zelfverwijzers als 'onnodig' geïdentificeerd.²

Follow-up fase

Bij ongeveer 20% van de zelfverwijzers wordt tijdens het bezoek op de SEH een specialist in consult gevraagd.^{9,10} Na een bezoek aan de SEH wordt het grootste deel van de zelfverwijzers geadviseerd om zelfzorg toe te passen en/of op controle te gaan bij de eigen huisarts, een kwart van de groep wordt verwezen naar de polikliniek.^{5,8-10}

Uit een onderzoek in Israël blijkt dat van patiënten op de SEH slechts 31% daadwerkelijk op controle gaat bij de eigen huisarts.¹¹ Uit een onderzoek onder kinderen met astma op de SEH blijkt dit 34% te zijn.¹²

Er werd geen onderzoek gevonden wat beschrijft wat er tijdens de follow-up fase gebeurt. Dit is echter wel relevant wanneer we de doelmatigheid en veiligheid, onderdelen van de kwaliteit van zorg op de SEH, willen onderzoeken en daar uitspraken over willen doen.

Probleemstelling

Het aantal zelfverwijzers op de SEH is groot. Zelfverwijzers veroorzaken soms lange wachttijden, extra kosten en werken mogelijk nadelig op de zorg voor ernstig zieke patiënten met spoedeisende problemen.² Het toegenomen aantal contacten zorgt ervoor dat de werkdruk op de SEH toeneemt.⁵ Artsen werkzaam op de SEH zijn niet opgeleid om huisartsgeneeskundige casuïstiek op te lossen en hun epidemiologische kennis over ziektebeelden verschilt met die van huisartsen. Hierdoor kan de benadering van eenzelfde patiënt verschillen op de SEH en bij huisarts of HAP. Op de SEH ontbreekt bovendien het medisch dossier, hetgeen nadelig kan werken op de doelmatigheid, veiligheid en continuïteit, kortom de kwaliteit van zorg. Algemeen heerst de opvatting dat zelfverwijzers beter door de huisarts of HAP opgevangen kunnen worden. Er is zelfs een trend in de richting van meer samenwerking en co-locatie HAP en de SEH waarbij de HAP de zelfverwijzers opvangt.¹⁶ Het is echter nog onduidelijk welk deel van de patiënten op de SEH door huisartsen kan worden opgevangen. Bovendien is niet duidelijk wat de kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de SEH momenteel is. De algemene opvatting is dat de SEH meer röntgendiagnostiek aanvraagt en de patiënt vaker terugbestelt op de polikliniek vergeleken met de huisartsenzorg voor zelfverwijzers. Informatie hierover heeft consequenties voor het toekomstig beleid op de HAP en SEH zoals personele planning en ontwikkeling van medische protocollen.

Wij gaan middels deze pilot-studie patiënt- en zorgkenmerken van het contact van zelfverwijzers op de SEH inventariseren en daarnaast de follow-up fase in de huisartsenpraktijk analyseren. We willen op deze manier de doelmatigheid, veiligheid en continuïteit, kortom de kwaliteit van zorg gegeven door artsen op de SEH aan zelfverwijzers

in kaart te brengen. Onderstaande vraagstellingen zullen worden onderzocht met als hoofdvraagstelling:

‘Wat is de kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de SEH en wat zijn follow-up kenmerken van zelfverwijzers in de huisartsenpraktijk?’

Subvragen:

- Wat zijn patiënt- en zorgkenmerken van zelfverwijzers op de SEH?
- Bij welk deel van de zelfverwijzers werd vervolghulp geadviseerd (huisarts, polikliniek) en in welk deel wordt dit advies daadwerkelijk opgevolgd?
- Zou de eigen huisarts de patiënt met deze klacht hebben ingestuurd naar het ziekenhuis?
- Bij welk deel van de zelfverwijzers is een NHG-Standaard van toepassing op de klacht en in hoeverre werd deze gevolgd?
- In welk deel van de gevallen werd door de huisarts de diagnose en/of het beleid veranderd en waren complicaties opgetreden, was er sprake van mogelijk onveilige zorg?

2. Methode

2.1. Design

Het betreft een inventariserende pilot-studie. Middels een retrospectieve dossieranalyse inventariseerden we patiënten- en zorgkenmerken van zelfverwijzers op de SEH en de follow-upgegevens in de huisartsenpraktijk.

2.2. Populatie en setting

We bestudeerden dossiergegevens van 263 zelfverwijzers op de SEH van het UMC St Radboud in de periode van juli 2008 t/m juni 2010. De zelfverwijzers zijn allen patiënt bij huisartsenpraktijk 't Weeshuis in Nijmegen.

Deze patiënten zijn geëxtraheerd uit het patiëntendatabestand van de SEH. Patiënten die genoteerd zijn als 'zelfverwijzer' of waarvan de verwijzing niet is ingevuld zijn opgenomen in het onderzoek. Patiënten die met de ambulance binnen kwamen of verwezen zijn via de huisarts of huisartsenpost zijn geëxcludeerd. Daarnaast zijn patiënten waarvan geen gegevens beschikbaar waren over het bezoek aan de SEH ook geëxcludeerd.

Op de SEH van UMC St Radboud in Nijmegen komen jaarlijks ongeveer 21.000 patiënten waarvan 7200 zelfverwijzers. De huisartsenpraktijk 't Weeshuis is gelegen in het stadscentrum van Nijmegen, op 4 kilometer van de SEH. De huisartsenpraktijk heeft een populatie van 5500 patiënten en 4 parttime werkende huisartsen.

2.3. Data verzameling

Allereerst werden patiënt- en zorgkenmerken van het contact met de SEH verzameld uit het elektronisch patiënten dossier in het UMC St Radboud. Daarna werd gekeken naar de follow-upgegevens in de status bij de huisarts. De gegevens werden verwerkt in SPSS.

Bij het samenstellen van het invulformulier (bijlage 1) is gekeken naar beschikbare literatuur en zijn variabelen gebruikt uit eerdere onderzoeken.^{2,3,8,9}

2.4. Variabelen

Het verzamelen van de objectieve gegevens heeft de onderzoeker gedaan door gebruik te maken van het elektronisch patiënten dossier en de digitale status van de patiënt bij de huisartsenpraktijk. De volgende variabelen werden genoteerd:

Patiëntenkenmerken:

- Leeftijd
- Geslacht

Klacht:

- Ingangsklacht
- Categorie klacht (ICPC code)

Contact met Spoedeisende Hulp:

- Tijdstip contact
- Datum bezoek
- Dag van de week

Zorgkenmerken op de Spoedeisende Hulp:

- NHG standaard van toepassing op deze klacht
- Aanvullend onderzoek: bloed-, urine- en beeldvormend onderzoek, ECG (J/N)
- Aanvullend onderzoek geheel/gedeeltelijk volgens richtlijn: bloed-, urine en beeldvormend onderzoek, ECG (J/N/nvt)
- Diagnose, traumatisch/niet-traumatisch
- Therapie
- Therapie geheel/gedeeltelijk volgens richtlijn
- Advies: zelfzorg, controle eigen huisarts, controle polikliniek, opname.
- Verwijzing geheel/gedeeltelijk volgens richtlijn (J/N)

Follow-up bij eigen huisarts:

- Is patiënt nadien bij de huisartsenpost geweest met dezelfde klacht?
- Is patiënt nadien bij de eigen huisarts op spreekuur geweest met dezelfde klacht?
- Datum 1^e bezoek?
- Tijd tot aan 1^e bezoek
- Meer dan 1 keer
- Reden van bezoek
- Verandering diagnose
- Verandering behandeling/beleid
- Optreden van complicaties

Doordat bleek dat de geïnccludeerde patiënten soms toch eerst op de huisartsenpost waren geweest hebben we de volgende variabelen toegevoegd:

Tevoren:

- Staat patiënt genoteerd als zelfverwijzer?
- Is patiënt tevoren met hetzelfde probleem bij eigen huisarts geweest?
- Is patiënt tevoren met hetzelfde probleem bij de huisartsenpost geweest?
- Is patiënt daar verwezen naar de Spoedeisende Hulp?
- Is patiënt daadwerkelijk zelfverwijzer?

Naast de objectieve variabelen zijn er 2 subjectieve variabelen aan toegevoegd.

- Zou de eigen huisarts de patiënt met deze klacht hebben ingestuurd naar de SEH?
- Was er mogelijk sprake van onveilige zorg? (J/N + casusbeschrijving)

De eerste van deze 2 variabelen werd beoordeeld door 2 onafhankelijke observatoren, een inter-observer-analyse leverde een kappa van 0,80 op. De 3^e observator was een huisarts van huisartsenpraktijk 't Weeshuis. Een inter-observer-analyse tussen de eerste twee beoordelaars en de huisarts leverden kappa's van 0,80 en 0,81 op. De casus waarbij er geen overeenstemming bestond werden besproken en er werd consensus bereikt.

Bij de tweede variabele is de onderzoeker laagdrempelig te werk gegaan en heeft alle mogelijke situaties van onveilige zorg genoteerd. Deze casus werden besproken met een huisarts van huisartsenpraktijk 't Weeshuis, waarna consensus werd bereikt .

2.5. Analyse van de data

De verzamelde variabelen zijn verwerkt in SPSS (bijlage 2). Bij het analyseren van de verzamelde data is gebruik gemaakt van SPSS 16.0. Vergelijkingen werden gemaakt middels de chikwadraattoets.

Hoofdstuk 3: Resultaten

3.1. Populatie

Gedurende de onderzoeksperiode bezochten in totaal 535 patiënten van huisartsenpraktijk 't Weeshuis de SEH van UMC St Radboud in Nijmegen. Van deze groep stonden 263 (49,2%) patiënten genoteerd als 'zelfverwijzer' of er was geen verwijzing genoteerd. Achteraf bleek dat 10 patiënten van deze groep toch verwezen waren door de eigen huisarts of de huisartsenpost. De gegevens van de resterende 253 zelfverwijzers werden geanalyseerd.

3.2. Patiënt- en zorgkenmerken

58.9% van de zelfverwijzers was van het mannelijke geslacht. De grootste groep zelfverwijzers (60,9%) bevond zich in de leeftijdscategorie tussen 16 en 45 jaar. Zelfverwijzers bezoeken met name tussen 12.00 en 18.00 uur de SEH (41,9%). De zondag werd het drukst bezocht.

18 patiënten kwamen meermalen op eigen initiatief op de SEH met verschillende klachten (bijlage 3), variërend van 2 maal tot 7 maal en waren in totaal verantwoordelijk voor 49 van de 253 contacten (19,4%). Deze casus werden samen met de huisarts bestudeerd op kenmerken. Het betrof met name mannen, allochtonen en/of patiënten met psychiatrische problemen als angststoornissen en hypochondrie.

In 21 gevallen is de patiënt, voorafgaand aan het bezoek aan de SEH, naar de huisarts of de huisartsenpost geweest met hetzelfde probleem, waarvan in 3 gevallen zelfs naar beide. Zij werden hier niet verwezen en zijn op eigen initiatief naar de SEH gegaan voor verdere hulp. De grootste groep bezocht de SEH in verband met klachten aan het bewegingsapparaat (38,7%) en klachten van de huid en subcutis (26,9%). In 75,1% van de gevallen betrof het een traumatisch letsel. (tabel 1)

Tabel 1: Patiëntkenmerken en ingangsklacht van zelfverwijzers op de SEH

	Totaal (n=253)
<i>Geslacht</i>	
Man	149 (58,9%)
Vrouw	104 (41,1%)
<i>Leeftijd</i>	
0-15	38 (15%)
16-45	154 (60,9%)
46-75	55 (21,7%)
>75	6 (2,4%)
<i>Ingangsklacht ICPC code</i>	
A: algemeen en niet gespecificeerd	16 (6,3%)
D: tractus digestivus	14 (5,5%)
F: oog	10 (4%)
K: tractus circulatorius	10 (4%)
L: bewegingsapparaat	98 (38,7%)
N: zenuwstelsel	20 (7,9%)
R: tractus respiratorius	12 (4,7%)
S: huid en subcutis	68 (26,9%)
T: endocriene klieren/metabool/voeding	1 (0,4%)
U: urinewegen	1 (0,4%)
X: geslachtsorganen en borsten vrouw	2 (0,8%)
Z: sociale problemen	1 (0,4%)
<i>Trauma</i>	190 (75,1%)

Bij 40,7% van de zelfverwijzers werd beeldvormend onderzoek ingezet, met name röntgen. (tabel 2)

Tabel 2: Aanvullend onderzoek bij zelfverwijzers

	Totaal (n=253)
Bloedonderzoek	46 (18,2%)
Urineonderzoek	12 (4,7%)
Beeldvormend onderzoek	103 (40,7%)
Röntgen	86
CT	10
Echo	3
Meer dan 1 onderzoek	4
ECG	28 (11,1%)

Bij 90 (35,6%) van de in totaal 253 zelfverwijzers werd een ander specialisme in consult gevraagd, in sommige gevallen van deze 90 zelfs meerdere. De specialismen betreffen hoofdzakelijk heeskunde (25,6%), orthopedie (22,2%) en interne geneeskunde (20%).

(tabel 3)

Tabel 3: Specialismen in consult gevraagd

	Totaal (n=90)
Heeskunde/kinderchirurgie	23 (25,6%)
Orthopedie	20 (22,2%)
Interne geneeskunde/MDL/longgeneeskunde/cardiologie	18 (20%)
Neurologie	9 (10%)

De gestelde diagnoses bij zelfverwijzers waren in 75,1% van de gevallen veroorzaakt door een trauma. Bij 26,1% van de zelfverwijzers werd een distorsie, luxatie of contusie vastgesteld. In 23,3% van de gevallen was er sprake van een (snij)wond. Bij 13,4% werd een fractuur geconstateerd.(tabel 4)

In 17,8% van de gevallen werd specialistische therapie ingezet: gips (8,7%) en opname en/of operatie (9,1%). Het grootste deel (samen 82,2%) bestond uit zorg die uitgevoerd had kunnen worden door een verpleegkundige of huisarts: aanleggen van mitella, drukverband of tape (21,3%), sluiten van een wond door hechten, lijmen of steristrips (18,3%), toedienen van medicijnen (21,3%) en in 21,3% van de gevallen werd er geen therapie ingezet, behoudens een pleister plakken of geruststelling uitspreken.(tabel 5)

Tabel 4: Diagnose bij zelfverwijzers op de SEH

	Totaal (n=253)
Diagnose	
Fractuur	34 (13,4%)
Distorsie/contusie/luxatie	66 (26,1%)
Wond/snijwond	59 (23,3%)
LTSH*	13 (5,1%)
Collaps	4 (1,6%)
Hyperventilatie	8 (3,2%)
Hoofdpijn	2 (0,8%)
Tr. Circulatorius	9 (3,6%)
Tr. Respiratorius	8 (3,2%)
Tr. Digestivus	4 (1,6%)
Oog	9 (3,6%)
Huid overig	9 (3,6%)
Overig	11 (4,4%)
Geen diagnose (evt. dd**)	17 (6,7%)
In consult gevraagd	90 (35,6%)

* LTSH: licht traumatisch schedel hersenletsel

**dd: differentiaal diagnose

Tabel 5: Therapie aan zelfverwijzers op de SEH

Huisartsen/verpleging (82,2%)	Specialische zorg (17,8%)
Drukverband/mitella/tape (21,3%)	Gips (8,7%)
Hechten/lijmen/steristrips (18,3%)	Opname/operatie (9,1%)
Medicijnen (21,3%)	
Geen therapie ***(21,3%)	

***Geen therapie: o.a. pleister plakken, expectatief, geruststellen

3.3. Vervolghulp

Van alle 253 patiënten werd het vervolgtraject in kaart gebracht. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen het advies wat gegeven werd door artsen op de SEH en de weg die daadwerkelijk afgelegd werd.

Van alle zelfverwijzers werd 36,8% geadviseerd over te gaan tot zelfzorg en 18,2% werd verwezen naar de eigen huisarts. Een aanzienlijk deel van de zelfverwijzers werd geadviseerd binnen de 2^e lijn te blijven: 29,2% werd geadviseerd om op controle te gaan bij een polikliniek, 9,1% werd opgenomen in het ziekenhuis. (tabel 6)

Tabel 6: Adviezen voor vervolghulp gegeven door artsen op de SEH

	Totaal* (n=253)
Advies tot zelfzorg	93 (36,8%)
Advies tot controle eigen huisarts	46 (18,2%)
Advies tot controle polikliniek	74 (29,2%)
Opname in ziekenhuis	23 (9,1%)

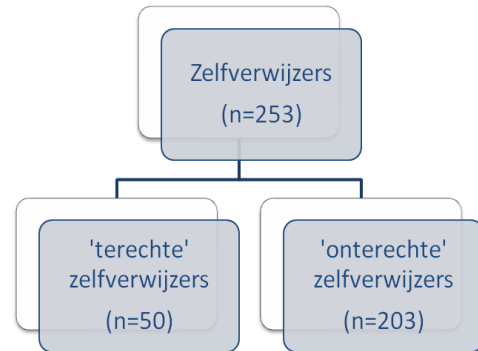
*Er wordt geen 100% behaald doordat sommige patiënten geen advies ontvingen, anderen kregen het advies om tot zelfzorg over te gaan en tevens een bezoek te brengen aan de eigen huisarts.

Er werd achterhaald of patiënten ook daadwerkelijk het advies opvolgden. Het bleek dat 9 van de 74 patiënten die werden verwezen naar een polikliniek, niet verschenen op de afspraak. Motieven hiervan werden niet onderzocht. Van de 46 patiënten die werden verwezen naar de huisarts bezochten maar 26 patiënten (56,6%) daadwerkelijk hun huisarts. Van de totale groep zelfverwijzers (n=253) bezochten 72 patiënten hun eigen huisarts, 46 patiënten kwamen dus op eigen initiatief zonder dat zij het advies kregen op de SEH om naar hun eigen huisarts te gaan.

Redenen om de huisarts te bezoeken waren (opgemaakt uit het medisch dossier bij de huisarts) toename van pijnklachten, ongerustheid of de behoefte om te praten (40,3%), hechtingen verwijderen (22,2%), controle (34,7%) en behoefte aan medicijnen (2,8%).

3.4. Zou de eigen huisarts de patiënt met deze klacht hebben ingestuurd naar de SEH?

203 (80,2%) patiënten van de groep zelfverwijzers zou door de eigen huisarts niet zijn ingestuurd en zijn daarmee mogelijk niet op de juiste plaats met hun klacht. Bij patiënten die door de observatoren aangemerkt zijn als 'terechte' zelfverwijzers (n=50) werden de volgende diagnoses gesteld: fractuur (54%), licht traumatisch schedel hersenletsel (14%) en diagnoses met betrekking tot de tractus circulatorius (14%). Bij de patiënten die door observatoren aangemerkt zijn als 'onterechte' zelfverwijzers (n=203) kwam de grootste groep met een (snij)wond (27,6%). Van de 90 patiënten waarbij een specialist in consult kwam, zou 48,9% niet eens zijn ingestuurd door de eigen huisarts ($p < 0,001$). Van de 'onterechte' groep zelfverwijzers werden 46 patiënten (22,6%) verwezen naar de polikliniek. (tabel 7)



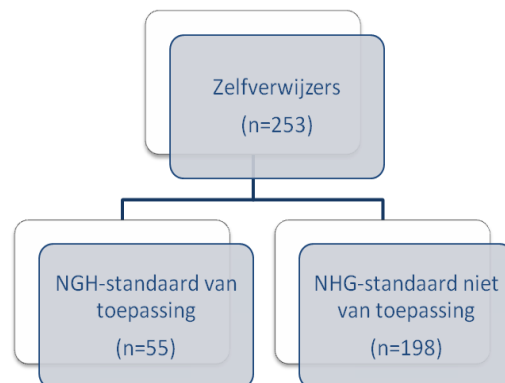
Tabel 7: Adviezen voor vervolghulp bij 'terechte' en 'onterechte' zelfverwijzers

	Totaal* (n=253)	Terechte zelfverwijzers (n=50)	Onterechte zelfverwijzers (n=203)
Advies tot zelfzorg	93 (36,8%)	3	90
Advies tot controle eigen HA	46 (18,2%)	1	45
Advies tot controle polikliniek	74 (29,2%)	28	46
Opname in ziekenhuis	23 (9,1%)	20	3

*Er wordt geen 100% behaald doordat sommige patiënten geen advies ontvangen, anderen kregen het advies om tot zelfzorg over te gaan en tevens een bezoek te brengen aan de eigen huisarts.

3.5. NHG-standaarden bij zelfverwijzers op de SEH

Bij slechts 55 (21,7%) van de 253 patiënten was een NHG-standaard van toepassing op de klacht waarmee zij de SEH bezochten. De NHG-standaarden die het meest van toepassing waren op de klachten van de zelfverwijzers waren de NHG-standaard Enkeldistorsie (29,1%) en de NHG-standaard Het rode oog



(18,2%). De NHG-standaarden werden in hoge mate opgevolgd (tussen 81,8% en 98,2%). (tabel 8) Uitzondering vormt de verwijzingen, waarbij 20 patiënten niet worden verwezen

volgens de richtlijn. Van deze 20 patiënten worden 16 patiënten verwezen naar de polikliniek terwijl dat niet noodzakelijk was, 4 patiënten worden niet verwezen terwijl dat volgens de richtlijn wel noodzakelijk is.

Tabel 8: Naleven van NHG-standaarden bij zelfverwijzers

Uitgevoerd volgens richtlijn	Totaal (n=55)
Bloedonderzoek	52 (94,5%)
Urineonderzoek	54 (98,2%)
Beeldvormend onderzoek	45 (81,8%)
ECG	53 (96,4%)
Therapie	49 (89,1%)
Verwijzing	35 (63,6%)

3.6. Follow-up bij de huisarts

Van de totale groep zelfverwijzers bezochten 72 patiënten de eigen huisarts. Hiervan werd genoteerd of er wat veranderde wat betreft diagnose en beleid. Ook werd genoteerd of er complicaties optraden. (tabel 9)

Tabel 9: Follow-upgegevens van zelfverwijzers bij de huisarts

	Totaal (n=72)
Verandering van de diagnose	2/72 (2,8%)
Verandering van het beleid	15/72 (20,8%)
Optreden van complicaties	3/72 (4,2%)

Bij 2 patiënten werd de diagnose veranderd, de situaties werden uitgeschreven. Het betrof in beide gevallen een fractuur die in eerste instantie niet werd gezien op de SEH maar de volgende dag ter sprake kwam bij de röntgenbespreking. Daarop werd de patiënt verwezen naar de huisarts om in beide gevallen een spalk aan te leggen. (bijlage 4)

Bij 15 patiënten werd het beleid aangepast, hierbij betreft het in de meeste gevallen een verwijzing naar de 2^e lijn. (tabel 10, bijlage 5)

Tabel 10: Aanpassing beleid door eigen huisarts

	Aantal (n=15)
Verwijzing naar 2 ^e lijn	5
Handeling door huisarts	6
Recept pijnmedicatie	3
Wijziging medicatie gestart in ziekenhuis, wegens voorgeschiedenis	1

Bij 3 patiënten die de huisarts bezochten traden complicaties op. Daarnaast trad er bij 1 patiënt die niet bij de huisarts kwam een complicatie op. De complicaties zijn uiteenlopend van aard: een bijwerking van een medicijn, achterblijven van een stuk glas bij een glasverwonding, psychische klachten na een mishandeling en een pussende wond na een mensenbeet waarbij geen antibiotica is gestart in de beginfase. (bijlage 6)

In 2 van deze gevallen is er sprake van mogelijk onveilige zorg, te weten de bijwerking van het medicijn die reeds wel bekend was bij de huisarts, en het niet starten van antibiotica bij een mensenbeet.

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1. Zelfverwijzers op de SEH

Evenals in voorgaand onderzoek^{2,3,5-9} kwam ook uit dit onderzoek naar voren dat de meeste zelfverwijzers mannen zijn, met name in de leeftijdscategorie tussen 16 en 45 jaar. Van de zelfverwijzers heeft drie kwart een trauma hetgeen eveneens in grote lijnen overeenkomt met voorgaande onderzoeken.^{3,5,8,10}

Opvallend resultaat is dat bijna 20% van de zelfverwijzers vaker dan 1 keer als zelfverwijzer op de SEH verschijnt. Bij navraag aan de eigen huisarts betroffen dit met name mannen, allochtonen en/of patiënten met psychiatrische problemen als angststoornissen en hypochondrie. Deze groep is ongetwijfeld veel beter af bij de eigen huisarts vanwege de integrale somatisch - psychosociale benadering en persoonlijke continuïteit.

Binnen de groep zelfverwijzers werd bij een aanzienlijk deel aanvullend onderzoek aangevraagd. Het betrof hier met name röntgenonderzoek. De percentages komen gedeeltelijk overeen met voorgaand onderzoek.⁸ Het valt op dat na al deze gedane arbeid slechts 1,5% van de zelfverwijzers wordt opgenomen in het ziekenhuis. Was al dit onderzoek op de SEH dan wel nodig geweest? Er werd opvallend vaak, in 35,7% van de gevallen, een specialist in consult gevraagd bij zelfverwijzers op de SEH. Bovendien werd 29,2% van de zelfverwijzers naar de polikliniek verwezen. Bij een vijfde deel van de zelfverwijzers werd geen therapie ingezet en werd het consult gesloten met geruststelling of het plakken van een pleister. Naar onze mening zijn deze zelfverwijzers niet op hun plek bij de SEH. Daar verhogen zij de werkdruk en veroorzaken zij wachttijden voor patiënten die spoedeisende klachten hebben.

Wat niet eerder in kaart werd gebracht in voorgaande onderzoeken is het werkelijke vervolgtraject die de patiënt aflegt na zijn bezoek aan de SEH. Opvallend is dat patiënten de gemaakte afspraken in een deel van de gevallen niet na komen, zij verschijnen niet op controle bij de huisarts of bij de gemaakte afspraak op een polikliniek. Daartegenover staat dat een grote groep (18%) waarbij geen controle bij de huisarts is afgesproken toch op controle gaat. Redenen hiervoor zijn blijvende klachten, ongerustheid of de behoefte om te praten. Juist hieruit blijkt dat de rol van de huisarts belangrijk is, patiënten gaan met problemen toch naar hun huisarts. Een groot deel van de zelfverwijzers werd doorverwezen naar de polikliniek. De vraag is of dit noodzakelijk was. In het academisch ziekenhuis UMC St Radboud krijgen specialisten in loondienst geen extra geld voor controles op een polikliniek. Dit is anders in perifere ziekenhuizen waar maatschappijen extra geld krijgen voor patiënten die terug komen op de polikliniek, hier verwachten wij een nog hoger percentage, maar dit dient nader onderzocht te worden.

Een zeer interessant gegeven is dat 80% van de zelfverwijzers door de eigen huisarts niet zou zijn ingestuurd naar het ziekenhuis met de klacht waarmee zij op de SEH verschenen. Dit percentage is meer dan de 60% die werd gevonden in een onderzoek van Jaarsma-van Leeuwen.² Het betrof klachten waarvoor geen therapie nodig was of therapie die door een huisarts zou kunnen worden ingezet. Dat betekent dat 80% van de zelfverwijzers vanuit huisartsenperspectief onterecht op de SEH komt. Van de groep waarbij een specialist in consult werd gevraagd, zou de helft niet eens zijn ingestuurd door de eigen huisarts. De vraag is dus of deze consultatie noodzakelijk was.

Slechts bij 20% van de zelfverwijzers was een NHG-standaard van toepassing op de klacht hetgeen overeenkomt met eerder onderzoek.¹⁷ Dit lage percentage wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat klachten, evenals klachten in de huisartsenpraktijk, vaak niet in een hokje te plaatsen zijn. Als de NHG-standaard van toepassing was, werd er in de overgrote meerderheid van de gevallen wel gewerkt volgens de standaard. Dit geldt alleen niet voor de richtlijnen uit de standaarden over verwijzen. 20 van de 55 patiënten waarop een NHG-standaard van toepassing was op de klacht werden 'verkeerd' verwezen. Hiervan werden 16 patiënten verwezen naar de polikliniek terwijl de standaard dit niet adviseert. De doelmatigheid van zorg binnen de groep zelfverwijzers waarbij een NHG-standaard kan worden toegepast op de klacht is goed. Deze verbanden zeggen niks over de doelmatigheid van zorg in de groep waarbij geen NHG-standaard van toepassing op de klacht. Uit eigen observatie viel bijvoorbeeld op dat het beleid bij schedeltrauma's zeer wisselend werd ingevuld en dit vraagt om meer onderzoek en heldere richtlijnen.

Bij de zelfverwijzers die uiteindelijk bij de huisarts op controle kwamen veranderden in 2 gevallen de diagnose. Het beleid veranderde in 15 gevallen: een aantal patiënten werden door de huisarts alsnog verwezen naar de 2^e lijn, er werd pijnmedicatie voorgeschreven of gewijzigd en er werden gewrichten ingetaped. Aangezien dit vaak berustte op pijnklachten of natuurlijk beloop kunnen we aannemen dat de artsen op de SEH in de meeste gevallen wel doelmatig gehandeld hebben. Bij 2 patiënten was er mogelijk sprake van onveilige zorg. Bij een van deze patiënten trad een bijwerking op na het gebruik van een NSAID, terwijl bij de huisarts bekend was dat betreffende NSAID niet gebruikt mocht worden. Hierbij mist de arts op de SEH de informatie uit het patiëntendossier bij het voorschrijven van medicatie, wat nadelig werkt op de veiligheid van zorg aan zelfverwijzers. Bij de andere patiënt werd geen antibioticumkuur voorgeschreven bij een humane bijtwond terwijl dit wel beschreven staat in de NHG-standaard Bacteriële huidinfecties, deze patiënt kwam 2 dagen later met een pussende wond.

4.2. Kanttekeningen bij het onderzoek

Sterke punten van het onderzoek

Dit pilotonderzoek is een van de eerste onderzoeken in Nederland waarbij de follow-up in de huisartsenpraktijk betreffende doelmatigheid, veiligheid en continuïteit van zorg door artsen aan zelfverwijzers op de SEH in kaart is gebracht. In de literatuur is nauwelijks iets over deze onderwerpen te vinden. Daarnaast is beoordeeld of de zelfverwijzers op de juiste plek waren met hun klacht. Hiervoor hebben 3 personen alle contacten geanalyseerd. De interbeoordelaarsvariabiliteit wat betreft deze analyse was goed tot uitstekend te noemen.

Zwakke punten van het onderzoek

Dit onderzoek heeft echter wel enkele beperkingen. Het is een retrospectieve analyse van het elektronische patiënten dossier en het dossier bij de huisarts, waarin contacten soms incompleet waren geregistreerd. Het is niet uitgesloten dat de aard en urgentie van de klachten in werkelijkheid anders was dan genoteerd in het dossier.

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is mogelijk beperkt omdat het onderzoek plaatsvond in één stad, in een academisch ziekenhuis, onder een populatie van slechts 253 patiënten. Desondanks komen de gevonden resultaten overeen met die uit de geraadpleegde literatuur.^{2,3,5,8-10}

Voor het onderzoek werd een groep zelfverwijzers geselecteerd. Hiervoor werd gekozen voor een populatie zelfverwijzers van één huisartsenpraktijk. Het verkrijgen van de lijst patiënten op de SEH was lastig, en bleek een omvangrijke klus. Vele stappen werden ondernomen om uiteindelijk tot de onderzoekspopulatie te komen. Hieruit bleek dat bij het noteren van zelfverwijzers fouten waren opgetreden op de SEH: zelfverwijzers die geen zelfverwijzers bleken te zijn maar wel zo waren genoteerd. Om dit te ondervangen zijn alle patiënten die genoteerd waren als 'zelfverwijzer' en alle patiënten waarvan geen verwijzing was ingevoerd meegenomen in het onderzoek. Bij bestuderen van de dossiers in de huisartsenpraktijk werden patiënten die uiteindelijk geen zelfverwijzer bleken te zijn alsnog geëxcludeerd.

4.3. Adviezen voor de praktijk

Ten eerste pleiten we voor een betere notitie van de status van verwijzing van de patiënt op de SEH, daar wij veel moeite ondervonden dit te achterhalen van de patiënten die wij wilden includeren. Dit zal nuttig zijn voor elk onderzoek over zelfverwijzers in de toekomst.

Daarnaast adviseren wij inzage in het dossier van zelfverwijzers op de SEH om zo mogelijke onveilige zorg vóór te zijn, gegevens over allergieën en bekende bijwerkingen zouden beschikbaar moeten zijn.

Aangezien een groot deel van de patiënten op de SEH zelfverwijzer is en daarnaast een deel vaker dan 1 keer komt, raden we aan om van deze zelfverwijzers jaarlijks een uitdraai te maken en deze te verstrekken aan de eigen huisarts. De huisarts krijgt zo een beeld van deze patiëntengroep en kan actie ondernemen om deze groep te bereiken. Wij raden artsen op de SEH aan terughoudend te zijn met diagnostiek en therapie bij 'veelkomers' op de SEH zodat deze groep niet onnodig wordt gemedicaliseerd. Daarnaast zijn wij van mening dat de groep patiënten met psychische problemen en problemen binnen het sociale netwerk überhaupt beter af zijn binnen de huisartsenzorg. De huisarts is op de hoogte van hun situatie, heeft meer tijd voor hen en kan ze later beter begeleiden tijdens de follow-up omdat ze samen de klacht van begin tot eind hebben meegemaakt.

Ook moet de rol van de huisarts als poortwachter bij iedereen bekend zijn, met uitleg over welke taken bij de huisarts horen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een reclamespot bij Postbus 51. Zo behoort hechten duidelijk tot de competenties van de huisarts maar de vraag is of dit bij patiënten bekend is, als je kijkt naar het hoge percentage hechtwonden onder zelfverwijzers.

Aangezien een groot deel van de zelfverwijzers 'onterecht' op de SEH verscheen pleiten we daarnaast voor een verandering van de organisatie van zorg. Uit onderzoeken gedaan in Engeland en Ierland blijkt dat de huisarts prima in staat is om de zelfverwijzers op de SEH op te vangen. Zij gebruiken minder aanvullend onderzoek, voorschriften en verwijzingen dan de artsen op de SEH en zouden daarmee zelfs voordeliger zijn dan SEH-artsen.^{13,14,15} Ook uit ons onderzoek blijkt dat een zeer grote groep zelfverwijzers door de huisarts had kunnen worden geholpen. Daarom pleiten wij, net als in voorgaande onderzoeken van Giesen¹⁶ voor een samenwerking tussen HAP en SEH waarbij de HAP zich letterlijk vestigt voor de SEH en de zelfverwijzers opvangt. De patiënt komt met zijn klacht aan één toegangslot, zo hoeft hij niet meer te kiezen en is hij altijd aan het juiste adres. Co-locatie van HAP en SEH kan zorgen voor een efficiënte, kosteneffectieve en patiëntvriendelijke opvang van zelfverwijzers.¹⁶

Uit de resultaten van ons onderzoek kunnen we concluderen dat de zorg die gegeven wordt door artsen op de SEH aan zelfverwijzers wél veilig is. Dit gegeven kunnen we gebruiken bij het inzetten van personeel. Mocht de co-locatie een feit worden, dan kunnen we uit dit onderzoek concluderen dat zelfverwijzers ook geholpen kunnen worden door artsen van de SEH. Als het druk zou zijn op de HAP, kan de arts op de SEH in ieder geval bijspringen. Mogelijk kan er zelfs in de nachten worden geadviseerd alleen een arts op de SEH te zetten en alle patiënten door de arts op de SEH te laten zien. Dat scheelt een mankracht op de HAP, en daarmee ook geld.

4.4. Adviezen voor onderzoek

Dit is een pilot studie over kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de SEH en over follow-up bij de huisartsenpraktijk. De resultaten geven een goed beeld van onder andere de doelmatigheid en continuïteit van zorg. Wij adviseren dan ook dit onderzoek uit te breiden naar andere regio's en niet-academische ziekenhuizen. Een grootschaliger onderzoek zou dit alles nog beter weergeven. Ons voorstel is om een gerandomiseerde trial op te zetten waarbij zelfverwijzers in het ene weekend door huisartsen en het andere weekend door artsen op de SEH worden opgevangen. Zo kunnen we hulp aan zelfverwijzers vergelijken.

Daarnaast kwamen een aantal zaken naar voren die wij graag verder uitgezocht zouden willen hebben. Een aantal patiënten zoekt voordat ze op de SEH komen contact met de huisarts en/of de HAP, maar gaan daarna zonder verwijzing toch naar de SEH. Deze groep en de 'veelkomers' lijken ons interessante groepen om nader te onderzoeken. Daarnaast verschijnen opvallend veel patiënten niet op de vervolgspraak die is gemaakt tijdens hun bezoek aan de SEH. Wij zouden graag weten wat hier de redenen van zijn. We zien dat veel mensen op controle gaan bij de huisarts. Wat is voor hen het motief om opnieuw hulp te zoeken? Het grote percentage zelfverwijzers waarvan 80% niet zou zijn ingestuurd door de eigen huisarts, brengt ook onnodige kosten met zich mee. We bevelen een onderzoek aan waarbij gekeken wordt naar de kosten op de SEH die vergeleken wordt met de kosten die het zouden hebben gekost als de huisarts de patiënt had behandeld.

4.5. Conclusie

Zelfverwijzer betreffen vooral mannen. Zelfverwijzers komen met name met trauma's aan huid en bewegingsapparaat. Een aanzienlijk deel van de totale groep zelfverwijzers krijgt aanvullend diagnostiek en wordt op de polikliniek terugbesteld. Dit terwijl het 80% van de zelfverwijzers door de huisarts kan worden opgevangen. De NHG-standaarden zijn slechts in 20% van toepassing en als deze van toepassing zijn worden ze goed opgevolgd. Een grote groep patiënten ging op controle bij de huisarts. Daar is bij 2 patiënten de diagnose veranderd, bij 15 patiënten het beleid. Bij 3 patiënten traden complicaties op. In 2 gevallen was er mogelijk sprake van onveilige zorg.

Aspecten als doelmatigheid, continuïteit en veiligheid zijn onderzocht. Hoewel artsen op de SEH aanvullend onderzoek en verwijzingen bij zelfverwijzers efficiënter kunnen uitvoeren kunnen wij concluderen dat over het algemeen de kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de SEH goed is. Dit onderzoek is een pilot studie en vervolgonderzoek is noodzakelijk in andere regio's en perifere ziekenhuizen.

5. Referenties

1. Beckers LLEM. Veel patiënten ten onrechte naar EHBO ziekenhuis. Inzet 1986;10:22-3
2. Jaarsma-van Leeuwen I, Hammacher ER, Hirsch R, Janssens M. Patiënten zonder verwijzing op de afdeling spoedeisende hulp: patiëntenkarakteristieken en motieven. Ned Tijdschr Geneeskd 2000 Feb 26;144(9):428-31
3. Meyboom-De Jong, B.; Kam, W.J.Van Der; Pierik, E.G.J.M.; Bosveld, H.P.E. Geen vrijdagmiddagpiek in de patiëntenstroom naar de afdeling Spoedeisende Hulp van Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle, mei-juni 1997. NTVG; vol. 143 (1999), afl.51, p 2562-2566 (5)
4. Van Uden CJT, Winkens RAG, et al. Use of out of hours services: a comparison between two organizations. Emerg Med J 2003;20:184-187
5. Moll van Charante EP, Van Steenwijk-Opdam, Bindels PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. BMC Family Practice 2007;8:46
6. Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics. Patient Education and Counseling 70 (2008) 256-265
7. Snoek A. Waarom richting Spoedeisende hulp? Onderzoek naar motieven van zelfverwijzers. Wetenschappelijke stage van een medisch student
8. Giesen P et al. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department in out-of-hours: a comparison. Emergency Medicine Journal 2006; 23:731-734
9. Netten PM, van der Zee PM, Bleeker MVVP, Smulders C. De eerste lijn voorbij, inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp. Med Contact 2002;57:87-9
10. Van Geloven AAW et al. Door de huisarts verwezen patiënten en zelfverwijzers op de afdeling spoedeisende hulp. Huisarts en Wet 2000;43(12):516-7
11. Vinker S., Kitai E., Or Y., Nakar S. Primary care follow up of patients discharged from the emergency department: a retrospective study. BMC Fam Pract. 2004 Aug 7;5:16

12. Cabana MD, Bruckman D, Bratton SL, Kemper AR, Clark NM. Association between outpatient follow-up and pediatric emergency department asthma visits. *J Asthma*. 2003;40:741–9
13. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ*. 1996 May 25;312(7042):1340-4
14. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ*. 1995 Aug 12;311(7002):427-30
15. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, Johnson Z. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ*. 1996 May 4;312(7039):1135-42
16. Giesen P, Thijssen W, Voorn T. SEH kan efficiënter. *Medisch Contact* 2009. 64 nr. 38. 1590-92
17. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, Bosch W van den, Grol R. Quality of out-of-hours primary care: development and testing of indicators for prescribing and referring. *Inter J Qual Health Care*. 2007;19(5):289-295

Bijlage 1: Invulformulier voor dataverzameling

ID-nummer Patiënt:.....

Patiëntkenmerken	Scoring	Toelichting
Leeftijd (tijdens SEH bezoek)		
Geslacht (m/v)		
Ingangsklacht		
Categorie klacht		

Contact met SEH	Scoring	Toelichting
Tijdstip contact		
Datum bezoek		
Dag van de week		

Zorgkenmerken op SEH	Scoring	Toelichting
NHG standaard van toepassing bij deze klacht	J/N	
Aanvullend onderzoek	J/N	
Bloedonderzoek	J/N	
Bloedonderzoek geheel/gedeeltelijk vlgns richtlijn	J/N/nvt	
Urineonderzoek	J/N	
Urineonderzoek geheel/gedeeltelijk vlgns richtlijn	J/N/nvt	
Beeldvormend onderzoek	J/N	
Beeldvormend onderzoek: Soort?		
Beeldvorming geheel/gedeeltelijk vlgns richtlijn	J/N/nvt	
ECG	J/N	
ECG geheel/gedeeltelijk vlgns richtlijn	J/N/nvt	
Diagnose gesteld	J/N	
Diagnose		
Traumatisch/niet-traumatisch		
Therapie	J/N	
Therapie		
Therapie geheel/gedeeltelijk vlgns richtlijn	J/N/nvt	
Specialist in consult		

Advies	Scoring	Toelichting
Advies tot Zelfzorg		
Advies tot controle eigen HA		
Advies tot controle polikliniek, 2 ^e lijn		
Komt patiënt op controle?		
Opname		
Overlijden		
Verwijzing geheel/gedeeltelijk vlgns richtlijn	J/N/nvt	

Tevoren	Scoring	Toelichting
Staat genoteerd als zelfverwijzer	J/N	
Is pt tevoren met hetzelfde probleem bij eigen HA geweest	J/N	
Is pt tevoren met hetzelfde probleem bij HAP geweest?	J/N	
Is patiënt daar verwezen naar SEH	J/N/nvt	
Pt daadwerkelijk zelfverwijzer	J/N	

Follow-up bij eigen huisarts	Scoring	Toelichting
Is nadien bij HAP geweest met zelfde klacht? (J/N)		
Is patiënt op controle bij huisarts geweest voor hetzelfde probleem? (J/N)		
Datum 1 ^e bezoek		
Tijd tot aan 1 ^e bezoek (minder dan 1 week, meer dan 1 week)		
Meer dan 1 keer		
Reden van bezoek		
Verandering diagnose (J/N)		
Verandering behandeling (J/N)		
Verandering beleid (J/N)		
Optreden van complicaties		

Oordeel	Scoring	Toelichting
Had deze patiënt redelijkerwijs door de HA behandeld kunnen worden?		
Was er mogelijk sprake van onveilige zorg?*		

*Als er mogelijk sprake was van onveilige zorg dan dit kwalitatief beschrijven.

Bijlage 2: Coderingslijst voor invoeren SPSS

1. ID-nummer patiënt 1 t/m 263
2. Leeftijd leeftijd invoeren
3. Geslacht 1=man, 2=vrouw

4. Ingangsklacht

1= Pijn schouder/sleutelbeen	10= Pijn enkel	19= Pijn op de borst
2= Pijn arm	11= Pijn voet	20= Dyspnoe
3= Pijn elleboog	12= Pijn teen	21= Wond arm
4= Pijn pols	13= Val op hoofd	22= Wond hand
5= Pijn vinger(s)/hand	14= Pijn aan hoofd	23= Wond been
6= Pijn rug	15= Pijn neus	24= Wond voet
7= Pijn buik	16= Wond hoofd/gelaat	25= Automutilatie
8= Pijn been	17= Pijn oog	26= Onwelwording
9= Pijn knie	18= Corpus alienum oog	27= Overig

5. Categorie klacht

A=algemeen en niet gespecificeerd	R=tr. Respiratorius
B=Bloed en bloedvormende organen	S= huid en subcutis
D= tr. Digestivus	T=endocriene klieren
F=oog	U=urinewegen
H=oor	W=zwangerschap, anticonceptie, bevalling
K=tr. Circulatorius	X=geslachtsorganen en borsten vrouw
L=bewegingsapparaat	Y=geslachtsorganen en borsten man
N=zenuwstelsel	Z=sociale problemen
P=psychische problemen	

6. Tijdstip contact SEH 1, 2, 3, etc. Hele uren invullen
7. Datum bezoek dd.mm.yy
8. Dag van de week 1= zondag, 2= maandag, 3= dinsdag, 4= woensdag, 5= donderdag, 6= vrijdag, 7= zaterdag

9. NHG-standaard

0= Geen	9= Diabetes mellitus type 2
2= Enkeldistorsie	10= Hartfalen
3= Duizeligheid	11= Hoofdpijn
4= Cardiovasculair risicomanagement	12= Acut hoesten
5= Acut coronair syndroom	13= Atriumfibrilleren
6= Bacteriele huidinfecties	14= Urineweginfecties
7= Traumatische knieproblemen	15= Kinderen met koorts
8= Het rode oog	

10. bloedonderzoek 0=nee, 1=ja
11. Bloed richtlijn 0=nee, 1=ja, 9=nvt
12. Urineonderzoek 0=nee, 1=ja
13. Urine richtlijn 0=nee, 1=ja, 9=nvt
14. Beeldvorming 0=nee, 1=ja
15. Beeldvorming soort 0=geen, 2=röntgen, 3=echo, 4=CT cerebrum, 5=CT CWK, 6=CT cerebrum EN CT CWK, 7= CT overig, 8=CT cerebrum EN CT overig, 9=CT CWK EN CT overig, 10=meer dan 1
16. Beeldvorming richtlijn 0=nee, 1=ja, 9=nvt
17. ECG 0=nee, 1=ja.
18. ECG richtlijn 0=nee, 1=ja, 9=nvt

19. Diagnose

1= Fractuur	6= LTSH	11= Diagnose mbt tr. Respiratorius	16= Diagnose mbt oog
2= Distorsie	7= Collaps	12= Diagnose mbt tr. Digestivus	17= Diagnose mbt huid
3= Contusie	8= Hyperventilatie/paniekaanval	13= Diagnose mbt tr. Endocrien	18= Overig
4= Luxatie	9= Hoofdpijn	14= Diagnose mbt tr. Uro/gen	19= Geen (evt. dd)
5= (snij)wond	10= Diagnose mbt tr. Circulatorius	15= Diagnose mbt neus	20= Diagnose mbt koorts

20. Trauma

1=Traumatisch, 2=Niet-traumatisch

21. Therapie

1= Gips (evt. met pijnstilling)	7= Handeling + medicijnen
2= Drukverband/mitella/tape/spalk (evt. met pijnstilling)	8= Opname/operatie
3= Hechten/lijmen/steristrips (evt. met verbinden/pijnstilling/evt. met toxoid)	9= Geen therapie, geruststellen (o.a. pleister plakken, expectatief)
4= Antibiotica	10= Handeling EN gips
5= Pijnstilling	11= Handeling EN drukverband/mitella/tape/spalk
6= Medicijnen overig	

22. Therapie richtlijn

0=nee, 1=ja, 9=nvt

23. Consult

0= Geen	7= Oogheekunde
2= Heelkunde/kinderchirurgie	8= Plastische chirurgie
3= Neurologie	9= Kaakchirurgie
4= Kindergeneeskunde	10= Gynaecologie
5= Interne geneeskunde/MDL/Longgeneeskunde/cardiologie	11= KNO
6= Orthopedie	12= Urologie
	13= meer dan 1 specialisme

24. Advies tot zelfzorg

0=nee, 1=ja

25. Advies tot contole HA

0=nee, 1=ja

26. Advies tot poli

0=nee, 1=ja

27. Is pt op poli geweest

0=nee, 1= 1x, 4= meer dan 1x, 9= nvt

28. Opname

0=nee, 1=ja

29. Verwijzing richtlijn

0=nee, 1=Ja, 9=nvt

30. zelfverwijzer

1= Zelfverwijzer, 2=Leeg

31. Tevoren HA

0=nee, 1=ja

32. Tevoren HAP

0=nee, 1=ja

33. Verwezen?

0=nee, 1=Ja, 9=nvt

34. Daadwerkelijk zelfvw

0=nee, 1=ja

35. Nadien HAP

0=nee, 1=ja

36. Nadien controle HA

0=nee, 1=ja

37. Datum controle

dd.mm.yy

38. tijd tot aan 1^e bezoek

1= minder/gelijk aan 1 week na bezoek SEH, 2= meer dan 1 week na bezoek SEH, 9=nvt

39. Meer dan 1 keer

1=1 keer, 2= meer dan 1 keer, 9=nvt

40. Reden bezoek 1=Controle, 2=Ongerustheid/toename (pijn)klachten/wil praten/probleem, 3=Hechtingen verwijderen bij HA, 4= Wil medicijnen, 9= nvt
41. Verandering diagnose 0=nee, 1=Ja, 9=nvt
42. Verandering beleid 0=nee, 1=Ja, 9=nvt
43. Complicatie 0=nee, 1=Ja, 9=nvt
-
44. Zou eigen huisarts deze patiënt ook hebben ingestuurd? 0=nee, 1=ja
45. Was er mogelijk sprake van onveilige zorg? 0=nee, 1=ja

Bijlage 3: Patiënten die meermalen op de SEH verschijnen als zelfverwijzer

	Patiënt	Klacht op SEH
a	Man, 29 jaar	<ul style="list-style-type: none">• okt '09: acute buikpijn• dec '09: buikpijn
b	Man, 40 jaar	<ul style="list-style-type: none">• aug '08: pijn vinger, traumatisch• feb '09: pijn op de borst• aug '09: tintelingen in tong en keel
c	Man, 28 jaar	<ul style="list-style-type: none">• okt '08: wond onder oog, traumatisch• jan '09: buikpijn
d	Man, 15 jaar	<ul style="list-style-type: none">• nov '08: pijn enkel, traumatisch• sept '09: pijn enkel, traumatisch
e	Vrouw, 26 jaar	<ul style="list-style-type: none">• jan '09: pijn digitus IV voet, traumatisch• jan '10: bloedende naevus
f	Man, 27 jaar	<ul style="list-style-type: none">• sept '08: zwelling been, niet-traumatisch• sept '08: pijn enkel, traumatisch• mei '09: pijn pols, traumatisch
g	Man, 43 jaar	<ul style="list-style-type: none">• apr '09: collaps• jun '09: hyperglycaemie
h	Vrouw, 36 jaar	<ul style="list-style-type: none">• mrt '09: val op hoofd• apr '10: pijn neus door klappen op hoofd
i	Man, 55 jaar	<ul style="list-style-type: none">• nov '09: pijn voet, traumatisch• feb '10: snijwond hand
j	Vrouw, 66 jaar	<ul style="list-style-type: none">• apr '09: pijn hand, traumatisch• nov '09: pijn duim, traumatisch
k	Man, 29 jaar	<ul style="list-style-type: none">• 2x sept '09: buikpijn
l	Man, 33 jaar	<ul style="list-style-type: none">• apr '09: chronische hoofdpijn• apr '09: chronische hoofdpijn• aug '09: pijn hand, traumatisch• sept '09: gipsklacht• dec '09: stuk ijzerdraad tussen tanden• jan '10: verdenking corpus alienum in hand• apr '10: dennennaald in hand
m	Man, 41 jaar	<ul style="list-style-type: none">• jan '10: hartkloppingen• mrt '10: hartkloppingen
n	Vrouw, 18 jaar	<ul style="list-style-type: none">• okt '08: pijn voet, traumatisch• nov '08: hyperventilatie, alcoholintoxicatie• mei '10: buikpijn
o	Man, 63 jaar	<ul style="list-style-type: none">• okt '08: problemen met neussonde• nov '08: thoracale pijn• jan '09: algehele malaise, koorts• feb '10: dyspnoe
p	Vrouw, 32	<ul style="list-style-type: none">• mrt '09: automutilatie• apr '09: automutilatie• jun '09: automutilatie• jun '09: automutilatie• aug '09: automutilatie
q	Man, 37 jaar	<ul style="list-style-type: none">• jul '09: pijn voet, traumatisch• aug '09: pijn teen, traumatisch
r	Man, 26 jaar	<ul style="list-style-type: none">• sep '08: buikpijn• mrt '10: buikpijn

Bijlage 4: Verandering van de diagnose

Pt	Casus	Spoedeisende hulp	Huisarts
78	Man, 55 jaar. Pijn aan linkervoet	AO: Röntgenfoto gemaakt Diagnose: contusie voet Therapie: pijnstilling, expectatief Verwijzing: geen	Bij röntgenbespreking de volgende dag op de SEH werd een scheurtje gezien in dig. 4 van de linkervoet. Beleid: buddytape, stevige schoen
136	Jongen, 8 jaar. Pijnlijke pink	Beleid: röntgenfoto gemaakt Diagnose: contusie pink Therapie: - Verwijzing: geen	Bij röntgenbespreking de volgende dag op de SEH werd een midfalanx fractuur type Salter Harris 2 gezien. Beleid: living splint

Bijlage 5: Verandering van het beleid

Pt	Casus	Spoedeisende Hulp	Huisarts
10	Man, 29 jaar. Acute buikpijn	AO: bloed- en urineonderzoek Diagnose: differentiaal diagnose opgesteld Therapie: pijnstilling, zelfzorg Verwijzing: door eigen huisarts de voorgeschiedenis laten opschrijven en verwijzen	De huisarts verwijst de patiënt voor verder onderzoek naar internist. Tot op heden wordt nog geen duidelijke diagnose gevonden. ^a
27	Vrouw, 23 jaar. Val op hoofd, pijn aan kaakkopje	AO: dentalscan en CT aangezicht gemaakt Diagnose: contusie kaakgewricht Therapie: expectatief Verwijzing: geen	Patiënt heeft aanhoudende klachten en wordt door de eigen huisarts verwezen naar de tandarts. ^a
33	Man, 54 jaar. Onwelwording	AO: bloedonderzoek, röntgenfoto van thorax, ECG Cardioloog in consult. Diagnose: collaps e.c.i. meest waarschijnlijk vasovagaal Therapie: uitleg, geruststelling Verwijzing: geen	Patiënt komt op controle bij de eigen huisarts en wordt verwezen naar een neuroloog. Bij de neuroloog wordt de volgende diagnose gesteld: vasovagale collaps. ^a
41	Vrouw, 27 jaar. Bloedende naevus	AO: - Diagnose: bloedende naevus Therapie: - Verwijzing: huisarts	Bij huisarts is de naevus verwijderd. Er was geen sprake van een maligniteit. ^b
66	Man, 22 jaar. Pijn rechterenkel	AO: - Diagnose: distorsie enkel Therapie: tubigrip Verwijzing: geen	Patiënt houdt klachten aan de enkel en wil graag tape. Enkel wordt getaped. ^b
78	Man, 55 jaar. Pijn voet	AO: Röntgenfoto gemaakt Diagnose: contusie voet Therapie: pijnstilling, expectatief Verwijzing: geen	Bij röntgenbespreking de volgende dag op de SEH werd een scheurtje gezien in dig. 4 van de linkervoet. Beleid: buddytape, stevige schoen. ^b

111	Man, 31 jaar. Pijn schouder	AO: röntgenfoto Diagnose: claviculafractuur Therapie: mitella Verwijzing: over 1 week op fracturenpolikliniek	Na 4 dagen komt patiënt bij eigen huisarts. Vraagt om pijnstilling. Beleid: paracetamol, ibuprofen. ^c
114	Man, 33 jaar. Chronische hoofdpijn	AO: - Neuroloog in consult. Diagnose: spanningshoofdpijn Therapie: diclofenac Verwijzing: geen	Patiënt wordt tijdens controle bij eigen huisarts verwezen naar polikliniek neurologie. ^a
136	Jongen, 8 jaar. Pijnlijke pink	Beleid: röntgenfoto gemaakt Diagnose: contusie pink Therapie: - Verwijzing: geen	Bij röntgenbespreking de volgende dag op de SEH werd een midfalanx fractuur type Salter Harris 2 gezien. Beleid: living splint. ^b
172	Man, 43 jaar. Collapsneiging	AO: bloedonderzoek, ECG. Cardioloog in consult. Diagnose: atriumfibrilleren de novo. Therapie: opname op 1 ^e harthulp, cardioversie	Patiënt kreeg in ziekenhuis atenolol. Huisarts heeft dit overgezet in verapamil ivm voorgeschiedenis van de patiënt: astma. ^d
173	Vrouw, 58 jaar. Pijn arm	AO: röntgenfoto Orthopedie in consult. Diagnose: subcapitale humerusfractuur Therapie: sling Verwijzing: controle op fracturenpolikliniek	Patiënt komt bij eigen huisarts op controle vanwege pijnklachten, wil graag pijnmedicatie. Beleid: pijnmedicatie. ^c
228	Man, 62 jaar. Problemen met neussonde	AO: - KNO-arts in consult. Diagnose: problemen met slikken. Therapie: - Verwijzing: polikliniek KNO	Patiënt is op eigen initiatief de volgende dag naar de huisarts gegaan. Deze heeft de sonde eruit gehaald. ^b

240	Man, 31 jaar. Pijn voet	AO: röntgenfoto. Diagnose: contusie voet Therapie: drukverband, pijnstilling. Verwijzing: geen	Patiënt houdt klachten aan de enkel en wil graag tape. Enkel wordt getaped. ^b
251	Vrouw, 22 jaar. Pijn in onderbuik	AO: bloedonderzoek, urineonderzoek, echo buik. Diagnose: cystitis Therapie: antibiotica. Verwijzing: geen	Patiënt wordt verwezen naar polikliniek gynaecologie door eigen huisarts. ^a
255	Vrouw, 28 jaar. Pijn in onderbuik	AO: bloedonderzoek, urineonderzoek. Gynaecoloog in consult. Diagnose: geruptureerde cyste Therapie: pijnstilling Verwijzing: over 2 weken op polikliniek gynaecologie	De volgende dag is patiënt op consult geweest bij eigen huisarts ivm pijnklachten. Verzoek om pijnmedicatie. Beleid: pijnstilling. ^c

15 patiënten:

^a patiënten worden door eigen huisarts verwezen naar de 2^e lijn (n=5)

^b patiënt heeft klachten, huisarts voert handeling uit (n=6)

^c patiënt heeft aanhoudende pijnklachten, wil graag pijnstilling (n=3)

^d huisarts wijzigt de medicatie die is gestart in het ziekenhuis, ivm voorgeschiedenis van patiënt (n=1)

Bijlage 6: Optreden van complicaties

Patiënt	casus	Spoedeisende hulp	Complicatie
19	Vrouw, 21 jaar. Wond op hiel door humane tanden	AO: - Diagnose: mensenbeet Therapie: tetanusinjectie, wond spoelen, openlaten. Verwijzing: over 2 dagen op controle bij SEH	<u>SEH</u> Patiënt komt 2 dagen later op controle bij de SEH; pussende wond. Beleid: antibioticumkuur.
94	Vrouw, 46 jaar. Wond rechterhand, glasverwonding	AO: - Diagnose: wond hand Therapie: hechten Verwijzing: hechtingen verwijderen bij huisarts	<u>Huisarts</u> Patiënt komt 2 dagen later bij huisarts: zit nog een stukje glas in wond. Beleid: glas verwijderd, opnieuw verbonden.
133	Man, 56 jaar. Pijn schouder	AO: röntgenfoto Heelkunde in consult. Diagnose: subcapitale humerusfractuur. Therapie: pijnstilling, sling	<u>Huisarts</u> Bij de patiënt treedt stomatitis op door gebruik van NSAID. Deze bijwerking was reeds bekend bij de eigen huisarts.
203	Man, 31 jaar. Pijn aan hoofd na klappen door mishandeling	AO: CT CWK, CT cerebrum Neurologie en orthopedie in consult Diagnose: LTSH III Therapie:- Verwijzing: geen	<u>Huisarts</u> Patiënt krijgt psychische problemen na mishandeling.

Bijlage 7: Definities

Zelfverwijzer

‘Patiënt die op eigen initiatief en zonder verwijzing van een medisch professional naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis gaat.’

Kwaliteit

Kwaliteit wordt in navolging van de zogenaamde Leidschendamconferenties over kwaliteit in de zorg, veelal omschreven als ‘de mate, waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eisen die voortvloeien uit het gebruiksdoel’. Vaker gebruikt en reëler is de definitie: ‘Steeds beter voldoen aan de noden en wensen van de patiënt’.

Professionele kwaliteit van de beroepsuitoefening is een samenspel bestaande uit de volgende aspecten:

1. Productkwaliteit: medisch inhoudelijk handelen (doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestellig, geschiktheid, veiligheid, zorgvuldigheid). De kwaliteit van het product komt onder meer tot uitdrukking in de opleiding, bij- en nascholing, (intercollegiale) toetsing, richtlijnen, indicatoren, protocollen, complicatieregistraties en patiëntenvoorlichting.
2. Proceskwaliteit: attitude van de medisch specialist (respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie, verantwoordingsbereidheid). Gedurende het zorgproces wordt de beleefde kwaliteit in hoge mate bepaald door patiënteninformatie en – voorlichting, omgang met familie en andere betrokkenen en communicatie tussen de beroepsbeoefenaren en andere hulpverleners.
3. Voorwaarden kwaliteit: organisatie van de beroepsuitoefening (continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid, integrale zorg). In de organisatie van de beroepsuitoefening vindt kwaliteitsbewaking plaats door (intercollegiale) toetsing en visitatie.

Bron: http://orde.artsennet.nl/kwaliteit/organisatie_kwaliteitsbeleid/Definitie-kwaliteit.htm

Doelmatigheid

'Dit betreft de klinische resultaten van de medische zorg, welk deel van de patiënten wordt volgens indicatoren behandeld.'

Continuïteit

'Opeenvolging van verschillende soorten zorg die diverse zorgaanbieders aanbieden aan de patiënt/cliënt en waarbij die zorgaanbieders gezamenlijk zorgen voor een vloeiend verloop.'

Veiligheid

'Kan gedefinieerd worden als de mate waarin fouten tot schade bij de patiënt en zelfs tot overlijden kan leiden. Veiligheid op de SEH hangt onder meer samen met de kwaliteit van de triage en medisch handelen.'

Richtlijnen

'Er is gekeken voor welke diagnoses indicatoren uit het NHG-bestand van toepassing zijn en of deze gevolgd zijn.'

Bijlage 8: Methode van literatuursearch

Voor het schrijven en opzetten van dit onderzoek was het van belang eerst te bestuderen welke literatuur er al verschenen was over zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp. Er werd met name gezocht naar literatuur over de follow-up fase bij de huisarts.

De meest relevante en recente literatuur is gevonden door gebruik te maken van een aantal zoekstrategieën. Vervolgens is gekeken of er relevante teksten in de referenties stonden.

Pubmed

Op pubmed is met de volgende zoektermen begonnen: De Mesh-termen 'Emergency Medical Services', 'Quality Assurance, Health Care' en 'Continuity of Patiënt Care', Deze werden gecombineerd met de zoektermen 'self referral', 'safety', 'patiënt safety', 'efficiency', 'follow-up'.

<i>Zoekterm</i>	<i>resultaten</i>	<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
'accident and emergency' AND 'self referral'	82	4, 5, 6, 8
"Emergency Medical Services" [Mesh] AND "Continuity of Patiënt Care" [Mesh] AND 'self referral'	6	11

Picarta

<i>Zoekterm</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
'zelfverwijzer'	5	9, 10
'zelfverwijzer' EN 'follow-up'	Geen resultaten	
'eerste hulp' EN 'continuïteit van zorg'	77	geen
'spoedeisende hulp' EN 'continuïteit van zorg'	31	geen
'spoedeisende hulp' EN 'veiligheid van zorg'	73	geen
'eerste hulp' EN 'doelmatigheid'	8	geen

Archief van Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

<i>Zoekterm</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
'zelfver*'	41	2

Archief van Huisarts en Wetenschap

<i>Zoekterm</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
'zelfver*'	26	geen

Archief van Medisch Contact

<i>Zoekterm</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
'zelfverwijzers' EN 'continuïteit'	9	geen
zelfverwijzers	115	16, 9

Referenties van gebruikte artikelen

<i>Artikel</i>	<i>Aantal referenties</i>	<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
11	16	12
2	7	1
9	6	3
5	36	13, 15
v	11	14

Scripties van wetenschappelijke stage coassistenten

<i>Bruikbaar voor onderzoek</i>
7

Cijfers: zie 5. Referenties