

Vergelijking tussen de patiënten gezien op de spoedgevallendiensten en de patiënten gezien door de huisarts van wacht.

We willen allereerst benadrukken dat deze studie niet de bedoeling heeft vanuit een deelregistratie een algemeen beeld te genereren van de situatie in België. Nationaal bestaan zeer grote verschillen tussen de regio's met elk hun eigen demografische samenstelling, een grote variatie van ziekenhuizen (stijl, ligging,...), een grote variatie van organisatie van huisartsenwachtdiensten..... Er zijn de laatste jaren verschillende studies over de problematiek van spoedgevallen opgezet, met een voorkeur voor de grootstedelijke gebieden als Brussel, Gent, Antwerpen, Charleroi,..... Waarschijnlijk zijn al deze studies niet zomaar naar het Belgisch niveau extrapoleerbaar. Ook onze studie niet.

De voorliggende studie beschrijft de gebieden die als proefpopulatie omschreven zijn, niet meer maar ook niet minder. Soms zijn het niches van spoedgevallendiensten en wachtdiensten in een groter geheel, zoals bijvoorbeeld in de grootstad Brussel. Soms gaat het wel degelijk over een omschreven totaalregio van de ziekenhuizen en huisartsenopvang, zoals in Leuven . Wanneer dan bijvoorbeeld blijkt dat in beide complementaire settings van spoedgevallen en wachtdiensten het op sociodemografisch vlak vaak om een zelfde groep van patiënten gaat, dit in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt (laaggeschoolden, niet-verzekerden, geen eigen huisarts... die de spoedgevallendiensten oneigenlijk gebruiken), dan betekent dit dat er settings zijn waarin de sociodemografische kenmerken gelijk zijn, terwijl er zeker ook andere settings bestaan waarin deze kenmerken uitgesproken zullen verschillen. De selectie van de deelnemende ziekenhuizen en de huisartswachtdiensten met hun welbepaalde populatie zullen in de resultaten een belangrijke rol spelen. We zullen daarom de discussie over onze gegevens frequent laten voorafgaan door de waarschuwing "in deze registratie". Maar de aangehaalde waarschuwing betekent toch ook dat uniforme landelijke maatregelen die overal toepasbaar zijn moeilijk zullen worden gevonden.

De kracht van de voorliggende studie zit hem in het parallel opzet van de registratie bij spoedgevallendiensten en huisartsenwachtdiensten tegelijkertijd. De registratie gebeurde in een welomschreven recruteringsgebied (de deelnemende ziekenhuizen en huisartsenwachtdiensten hebben meestal een overlappend geografische regio) en tijdens een zelfde periode. De bedoeling is een vergelijking te maken tussen de groep patiënten die voor de huisarts van wacht kiest en de groep patiënten die op hetzelfde moment de eerste lijn overslaat en onmiddellijk beroep doet op de tweede lijn. In het kader van een herverdeling van de taken, verschuiving van patiëntengroepen en het complementair maken van het aanbod is dit belangrijk materiaal.

A. Sociodemografische gegevens:

In deze registratie zien we in de ziekenhuizen een gelijke verdeling van mannen en vrouwen die gebruik maken van de betrokken spoeddienst. Deze verdeling werd ook teruggevonden in een studie in de regio Noord-Antwerpen (1999/2000) samen met de huisartsen en het Algemeen Ziekenhuis KLINA. Door de huisartsenwachtdiensten werden iets meer vrouwen gezien.

Tijdens een registratie-onderzoek in Turnhout (Remmen, 2002) werden duidelijk meer mannen dan vrouwen gezien op de spoedgevallendienst. Ook elders in de literatuur vindt men een verhouding man/vrouw van 60/40 bij de zelfverwijzers. Het zou hier dan voornamelijk gaan om jongere mannen met musculoskeletale problemen en traumata die zich binnen enkele uren na het begin van de klachten aanbieden (Remmen, 2002; Delooz, 1996; Jaarsma, 2000).

Wat de leeftijd betreft zien we in deze registratie dat de grootste groep van patiënten die zowel bij de wachtdienst als op de spoeddienst terecht komt, de groep is van 15 tot 40 jarigen. Dit werd eveneens in de reeds genoemde studie in Noord-Antwerpen aangetoond (59% is tussen de 11 en 50 jaar).

De huisartswachtdienst ziet in verhouding met de spoeddienst meer jonge kinderen (0-5 jarigen) en ouderen (75+). Het feit dat deze 2 groepen meer moeilijkheden hebben om zich te verplaatsen en dus liever een huisbezoek aanvragen kan hier een rol spelen. Op de spoedgevallendiensten is dan de groep 5-15 jaar weer meer vertegenwoordigd.

Wat de familiale situatie betreft toont de voorliggende registratie een zelfde beeld op de spoedgevallendienst als bij de huisartswachtdienst. In beide settings leeft de grote meerderheid van de patiënten als koppel of in familieverband.

Daarbij geeft de patiënt aan, zowel op de spoedgevallendienst als bij de wachtdienst, dat in meer dan 90% een sociaal vangnet bestaat (familie, burens,...) om de patiënt bij te staan op het moment van ziekte, ongeval.

Het sociaal statuut blijkt in deze registratie weinig invloed te hebben op de keuze van zorgniveau. Zowel bij de wachtdienst als op de spoedgevallendienst geeft 2/3 van de patiënten aan dat het familiehoofd behoort tot de actieve bevolkingsgroep.

Taalproblemen kwamen zowel in het ziekenhuis als bij de huisarts weinig voor.

Wat het studieniveau betreft zien we in deze registratie dat de huisartsenwachtdiensten percentueel iets meer laaggeschoolden zagen dan de spoedgevallendiensten. Het feit dat de huisarts iets meer 75-plussers ziet zou dit gedeeltelijk kunnen verklaren gezien de lagere scholingsgraad in deze subpopulatie.

Hoewel de literatuur beweert dat een lagere opleiding correleert met een groter oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten (Murphy, 2000), bevestigt deze studie dit niet.

Nationaliteit. Zowel op de registrerende spoedgevallendiensten als bij de wachtdiensten worden in deze registratiesetting overwegend Belgen opgevangen: in beide settings meer dan 90% van de patiënten.

Wat het **verzekeringsstatuut** betreft blijkt in deze registratie bijna iedereen verzekerd te zijn.

Gebruik van de spoedgevallendienst en de huisartsenwachtdienst.

Van de patiënten die gebruik maken van de huisartsenwachtdienst heeft meer dan 1/3 het afgelopen jaar 1 tot 4 keer beroep gedaan op deze huisartsenwachtdienst. 3,3 % deed dit 5 à 9 keer. We weten uit een recente Vlaamse gezondheidssurvey dat dit eerder iets lager is dan het gemiddeld aantal contacten per jaar per patiënt, dat rond de 6 schommelt.

In een studie door P. Vedsted in Denemarken (2001) werd een sterk verband gevonden tussen een hoog aantal dagconsultaties (raadplegingen en huisbezoeken) en een frequent beroep doen op de huisartsenwachtdienst (telefonische consulten, raadplegingen en huisbezoeken). 10% van de patiënten die eerder frequent hun huisarts contacteren doen ook frequent beroep op de huisarts van wacht. Zij zouden 42% uitmaken van de groep die door de arts van wacht wordt gezien. Deze Deense studie gaf geen informatie over de factoren die tot dit verband leidden, maar vroegere studies gaven al aan dat frequente gebruikers van de eerste lijn een hogere graad van fysieke en psychische problemen hebben in vergelijking met andere patiënten. Huisartsen zouden een belangrijke rol spelen bij het “induceren ” van het consultatiepatroon. De hypothese wordt dan ook naar voor geschoven dat een interventie om de zorg voor deze groep patiënten te optimaliseren een positief effect zou hebben zowel op de frequentie van dagcontacten als op de frequentie van contacten na de kantooruren (Vedsted, 2001).

Hierteenover staat dat minder dan 1/5 van de patiënten op de spoedgevallendienst het afgelopen jaar een huisarts van wacht heeft gecontacteerd. Wel heeft bijna 1/3 van de groep gezien op de spoedgevallendienst, 1 of 2 keer de spoedgevallendienst bezocht het laatste jaar, hetgeen significant hoger is dan hetgeen de patiënt bij de huisarts van wacht aangeeft. Eenmaal de weg naar spoedgevallen gevonden blijkt dit aanleiding te geven tot het herhalen van dit patroon.

Wat de **hospitalisaties** gedurende het laatste jaar betreft is er een significant verschil: het aantal patiënten die niet gehospitaliseerd werden gedurende het laatste jaar is duidelijk hoger bij de patiënten die gezien werden door de huisarts van wacht.

In onze registratie blijkt de overgrote meerderheid van de patiënten een **eigen huisarts** te hebben en is er geen significant verschil tussen de beide zorgniveaus (96,2% bij de huisartsenwachtdienst en 95,9% op de spoedgevallendienst). Dus ook de gebruikers van spoedgevallen geven aan dat ze een eigen huisarts hebben.

In tegenstelling met het voorgaande blijken 74,5 % van de patiënten op de spoedgevallendienst terecht te komen zonder **verwijzing** van een huisarts. Dit

komt overeen met o.a. het registratie-onderzoek in de regio Turnhout (Remmen, 2002). Daar bleek eveneens meer dan 70% van de patiënten op de spoedgevallendienst niet verwezen te zijn door de huisarts. In de studie in Noord Antwerpen bleek 66% zonder verwijzing op de spoedgevallendienst aan te komen.

In de literatuur vindt men gegevens terug die het belang van de poortfunctie van de huisarts beklemtonen. Een studie in 1997 in een spoedgevallendienst in Amsterdam toont een significant verschil in de ernst van de diagnoses, het percentage opnamen en het percentage operaties tussen zelfverwijzers en verwezen patiënten van een gerichte deelgroep specifiek met buikpijnklachten. De zelfverwijzers bleken vaak jonger te zijn (mediane leeftijd 29 versus 58 jaar). (Van Geloven, 2000)

Gevraagd naar **de duur van de aanwezige symptomen** valt het toch op dat in deze registratie een grote groep (27,5% van de patiënten in het ziekenhuis en 36% van de patiënten bij de huisarts) klachten heeft die reeds langer dan 24 uur aanwezig zijn (bij 5% zijn de klachten zelfs meer dan 1 week aanwezig). De duur van de klachten laat echter niet toe om conclusies te trekken naar eigenlijk/oneigenlijk gebruik van de wachtdienst, gezien het verergeren van de klachten aanleiding kan zijn tot het consult.

Aan de behandelende arts werd gevraagd een globale evaluatieuitspraak te doen over **het eigenlijke/oneigenlijk gebruik van de wachtdienst**. In deze registratie worden in het ziekenhuis 21% van de consulten door de behandelende arts beschouwd wordt als onrechtmatig gebruik. Van deze 21% als oneigenlijk beoordeelde gevallen schatte de behandelende arts de ernst zodanig dat 44% wel dezelfde dag zou moeten gezien worden door de huisarts van wacht (dit is dus 9,2% van de patiënten geregistreerd op de spoedgevallendienst).

De huisartsen in deze registratie beoordelen 13% van de contacten als niet noodzakelijk (had kunnen wachten tot na het weekend).

In Amsterdam Zuid-Oost vond men gelijkaardige cijfers tijdens een descriptieve studie naar de klachten die gepresenteerd werden aan de huisarts en in de spoedgevallendienst buiten de kantooruren: de spoedartsen beoordeelden daar 21% van de consulten als onterecht en de huisartsen 14% (zowel medisch als psychisch en sociaal onterecht). (Ijzermans C., 2002)

De discussie eigenlijk/oneigenlijk blijft moeilijk. Het is belangrijk om hier nogmaals te benadrukken dat in deze studie enkel uitgegaan werd vanuit het artsenperspectief. Enerzijds geven patiënten en artsen een andere invulling aan de functies van een huisartsenwachtdienst en een dienst spoedgevallen, anderzijds maken ze een verschillende inschatting van wat al dan niet urgent is. Omdat er nergens duidelijke richtlijnen konden worden gevonden om een oproep als eigenlijk-oneigenlijk te beschouwen en tevens gekend is dat een aantal niet-medische factoren mee in de beoordeling spelen (medewerking van de patiënt, patiëntkarakteristieken,...) werd na lang overleg gekozen voor de benadering vanuit de arts en de beoordeling die hij/zij achteraf aan het consult geeft. De genoemde polemiek heeft tot gevolg dat het heel moeilijk is om een vergelijking te maken van het percentage oneigenlijke hulpvragen en dit verklaart ook waarom in de literatuur zulke uiteenlopende percentages

gevonden worden. In een studie van Murphy worden percentages van 6 tot 80% vermeld (Murphy, 1998).

Een door de spoedarts als eigenlijk gebruik ingeschatte opname op spoedgevallen betekent niet automatisch dat ook de keuze voor een spoedgevallendienst hiermee gelegitimeerd is. Een gedeelte van de consulten die als gerechtvaardigd werden geklasseerd op de spoedgevallendiensten, had waarschijnlijk ook door de huisarts kunnen behandeld worden. Aangezien huisartsen een terughoudender beleid hanteren, voor bijvoorbeeld röntgenfoto's, hadden veel patiënten ook zonder deze onderzoeken geholpen kunnen worden door de huisarts. Consulten met alleen wondverzorging hadden ook bij de huisarts kunnen plaatsvinden. Dit wordt althans naar voor geschoven in een studie in Zuid-Limburg (Jaarsma, 2000). Zij stellen dat circa 60-75% van de niet-verwezen patiënten geholpen kan worden in de eerste lijn. Ook in de studie in Turnhout stellen de huisartsen dat ze bij 77% van de niet-verwezen patiënten zelf hulp hadden kunnen bieden (Remmen, 2002). Ook in de studie in Noord-Antwerpen gaf de geneesheer, verantwoordelijk voor de spoedgevallendienst, aan dat 80% eerst de huisarts had kunnen contacteren.

Opmerkelijk is het feit dat in deze registratie in 68% van de huisbezoeken door de wachtarts tijdens de dag, deze aangeeft dat de patiënt zich had kunnen **verplaatsen naar de praktijk** indien de organisatie van de wachtdienst dit zou toelaten (vb door het oprichten van een centraal medisch huis waar tijdens de dag continu een arts aanwezig is). De discussie over het oprichten van centrale wachtposten door huisartsen is actueel. Deze cijfers tonen aan dat er in de registrerende settings hiervoor een plaats is. Anderzijds is het ook wel belangrijk om bij de ontwikkeling van nieuwe wachtorganisaties rekening te houden met de 32% die zich niet kan verplaatsen naar de praktijk. Een uitrijdende arts lijkt ook hier nodig te blijven.

Wat de **medische handelingen** betreft geven de huisartsen aan dat er in 16,8% van de consulten een bijkomende medische handeling van technische aard gesteld werd, naast anamnese en klinisch onderzoek (vb een inspuiting, een hechting,...). Enerzijds betekent dit dat volgens de wachtarts in de overgrote rest van de consulten anamnese en klinische onderzoek volstaan. Anderzijds staat daartegenover dat in het ziekenhuis in 84,5% van de gevallen bijkomende onderzoeken en technische prestaties uitgevoerd worden. Dit verschil wordt ook in andere studies uitdrukkelijk in de verf gezet.

Dit heeft enerzijds te maken met het verschil in aanpak die eigen is aan beide zorgniveaus. Huisartsen en specialisten gaan verschillend om met aangeboden problemen. Ze zijn zo opgeleid, het zit in hun verschillende taakstelling en werkwijze, het heeft zelfs een verschillende juridische grondslag. Waar de huisarts door de eigen professionele werkstijl een afwachtende houding kan en mag aannemen, is uitsluiten van alle mogelijke ernstige aandoeningen de houding, de opdracht en de werkwijze op de spoedgevallendiensten. Door het simpele feit dat de technologie in de spoedgevallendiensten aanwezig is, moet de spoedarts juridisch kunnen verantwoorden dat hij deze niet gebruikt. Het is een belangrijke overweging, wanneer gedacht wordt aan het inschakelen van huisartsen in de spoedgevallendiensten : ze komen hierdoor in een

gelijkaardige juridische situatie terecht, die hen in zekere mate tot een hoger technologie gebruik zal aanzetten.

Anderzijds is het belangrijk te stellen dat er in de studie geen rekening gehouden werd met de ernst van de pathologie. Ervan uitgaand dat het aandeel ernstige pathologie (waarvoor meestal ook meer technische tussenkomst vereist is) op de spoedgevallendiensten hoger ligt dan bij de huisarts van wacht is het ook normaal dat het aantal bijkomende onderzoeken en technische prestaties hoger ligt.

De verdere **opvolging van de patiënt** gebeurt voor de beide zorgniveaus hoofdzakelijk in de thuissituatie. Het percentage patiënten dat thuis behandeld en verder opgevolgd wordt is 91,7 voor de patiënten gezien door de huisarts van wacht, doch ook in het ziekenhuis wordt 76% van de patiënten terug naar huis verwezen.

Van Geloven stelt vast dat wanneer patiënten eerst de huisarts consulteren vooraleer naar de spoeddienst te gaan, dit tot een meer verantwoord gebruik van de spoeddienst leidt. Hij haalt dit uit de hospitalisatiecijfers. Van de zelfverwijzers wordt slechts 9% gehospitaliseerd, terwijl van de verwezen patiënten 66% gehospitaliseerd wordt (Van Geloven, 2000).

De belangrijkste cijfers uit deze registratie op een rijtje :

- Op beide zorgniveaus zegt meer dan 90% van de patiënten een sociaal vangnet te hebben.
- Op beide zorgniveaus zegt de overgrote meerderheid een vaste huisarts te hebben.
- 74,5 % van de patiënten op de spoedgevallendiensten meldt zich aan zonder voorafgaand advies van de huisarts.
- Ongeveer 1/4 (in de spoedgevallendienst) tot 1/3 (bij de huisarts) geeft aan dat de klachten reeds langer dan 24 uur bestaan. Hieruit kunnen geen conclusies getrokken worden naar oneigenlijk gebruik van de wachtdienst gezien verergeren van de klachten of de duur van de klachten een teken van ernst kan zijn.
- De huisartsen beschouwen 13% van de consulten als niet noodzakelijk. Op de spoedgevallendiensten beschouwt men 21,4% als niet noodzakelijk: 9,2% had dezelfde dag door de huisarts van wacht gezien moeten worden en in 11,2% had het consult kunnen wachten tot maandag.
- In 68% van de huisbezoeken geeft de arts aan dat de patiënt zich had kunnen verplaatsen naar de praktijk.
- De huisarts geeft aan in slechts 16,8 % een medische handeling te stellen. In contrast hiermee blijkt dat op de spoedgevallendienst in 84,5% technische onderzoeken uitgevoerd worden.
- 76% van de patiënten op de spoedgevallendienst wordt dezelfde dag nog terug naar huis verwezen.

B. Contactreden en diagnose:

Om de contactreden die aanleiding gaf tot het consult, en de uiteindelijk diagnoses te coderen werd zoals reeds beschreven gebruik gemaakt van de ICPC-code. Het is een specifiek eerstelijnsclassificatie-systeem, hier voor de onderlinge vergelijkbaarheid toegepast voor zowel de spoedgevallen- als de huisartsendossiers. Voor de verwerking van de gegevens werd telkens de belangrijkste contactreden en de hoofddiagnose weerhouden. Bijkomende contactredenen en nevend diagnoses werden geregistreerd, doch niet verwerkt in de uiteindelijke resultaten.

Vooral in het ziekenhuis, maar ook bij de huisarts is de voornaamste **contactreden** in onze registratie een algemene klacht of gebeuren (hoofdstuk A van de ICPC-code: algemene symptomen, trauma, nevenwerkingen,...). Daarnaast betreft de contactreden zowel overdag als 's nachts vooral het spijsverteringsstelsel, het bewegingsstelsel, het ademhalingsstelsel en de huidaandoeningen (het grote percentage huidaandoeningen wordt verklaard doordat in dit hoofdstuk ook een groot deel van de traumatologie opgenomen is: snij-, bijt-, brand- en schaafwonden, contusies,...).

In vergelijking met de huisartsen ziet men op de spoedgevallendiensten meer klachten van het bewegingsstelsel, terwijl de huisartsen in vergelijking met de spoedgevallendiensten meer te maken hebben met klachten van het ademhalingsstelsel.

Dit verschil wordt nog groter als men gaat kijken naar **de uiteindelijke diagnoses** die in de verschillende gevallen werden toegekend. De grote groep die bij de huisarts of op de spoedgevallendienst aankomt met een algemene klacht wordt voornamelijk verdeeld over de aandoeningen van het bewegingsstelsel en de aandoeningen van de luchtwegen. Waar op de spoedgevallendienst vooral het percentage patiënten met aandoeningen van het bewegingsstelsel toeneemt, is dit bij de huisarts vooral het percentage patiënten met luchtwegaandoeningen.

Wanneer we dit beeld verfijnen naar **de verschillende leeftijdsgroepen** komen we tot de volgende vaststellingen.

Op de spoedgevallendiensten komt in elke leeftijdsgroep minstens 1/3 van de patiënten met een algemene klacht. Dit neemt zelfs toe tot 1/2 als we naar de 0-15-jarigen en de 75-plussers kijken.

Bij de huisartsen is, behalve in de groep 0-5 jaar, de contactreden al meer gebonden aan een welbepaald lichaamsstelsel. (Ongeveer 1/4 in de groep 5-15 jaar, 40-60 jaar en 60-75 jaar komt met een algemene klacht. In de groep 15-40 jaar daalt dit nog verder tot 1/5, terwijl dit toeneemt tot 1/3 in de groep 75-plussers en meer dan 1/2 bij de 0-5 jarigen.) Bij de huisartsen zien we in de groep 5-15 jarigen dat huidaandoeningen en -letsels de belangrijkste contactredenen zijn, terwijl dit bij de 15-40 jarigen de aandoeningen van het ademhalingsstelsel zijn.

Wanneer we in deze context gaan kijken naar de diagnoses zien we bij de huisartsen dat percentueel de aandoeningen van het ademhalingsstelsel in de leeftijdsgroepen tot 60 jaar het vaakst voorkomen. In de groep van 0-5 jarigen

is dit zelfs in 58% van de consulten het geval. In de groep 5-40 jaar is dit in ongeveer 1/3 van de consulten het geval en dit daalt dan naar 1/5 bij de 40-60 jarigen. In de groepen boven de 60 jaar komt het aantal consulten in verband met hart- en vaatpathologie boven de 10%.

Op de spoedgevallendiensten komen in de meeste leeftijdsgroepen aandoeningen van het bewegingsstelsel het meeste voor. Enkel bij de 0-5 jarigen wordt de grootste groep (24%) gevormd door patiëntjes met ademhalingsproblemen en bij de 60-75jarigen komt de grootste groep (24%) met huidaandoeningen of -letsels (dus ook traumatologie, erg aansluitend met het hoofdstuk aandoeningen van het bewegingsstelsel, vb contusies) Hier komt het percentage consulten in verband met hart- en vaatpathologie boven de 10% bij de 75-plussers (17%).

Wanneer we bij de huisartsen naar **de duur** gaan kijken **van de klachten** in vergelijking met de gestelde diagnoses valt voornamelijk op dat voor de klachten die reeds meer dan 24 uur aanwezig zijn voornamelijk een diagnose gesteld wordt die te maken heeft met het ademhalingsstelsel (in 45% van de gevallen). Dit kan enerzijds te maken hebben met het feit dat dergelijke klachten kunnen verergeren zodat het zoeken van medische hulp op dat moment nodig wordt. Anderzijds kunnen we ons toch de vraag stellen of de groep van 15-40 jarigen waarbij een probleem van het ademhalingsstelsel de voornaamste contactreden is zijn consultatie niet uitstelt tot het voor hem meest geschikte ogenblik, maar dit is zeker niet af te leiden uit de resultaten. De diagnoses waarbij de klachten reeds meer dan 1 week bestaan betreffen zowel bij de huisartsen als op de spoedgevallendiensten uiteenlopende lichaamsstelsels, zonder echte uitschieters. Zoals verwacht zijn voornamelijk aandoeningen van het bewegingsstelsel en de huid (traumatologie) redenen om zeer snel medische hulp te zoeken. Bij de huisarts zijn daarnaast ook problemen met het ademhalingsstelsel en cardiovasculaire aandoeningen een belangrijke reden om snel de hulp van een arts in te roepen.

Opvallend is dat, in tegenstelling met wat men verwacht, hoofdstuk P (psychische klachten en aandoeningen) en Z (sociale problemen) zeer weinig voorkomen in de grafieken. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat telkens de belangrijkste contactreden en de hoofddiagnose weerhouden werd. Bijkomende contactredenen en nevend diagnoses (waaronder vaker hoofdstuk P en Z) werden geregistreerd, doch niet verwerkt in de uiteindelijke resultaten. Anderzijds kan de selectie van de ziekenhuizen en de huisartswachtdiensten ook hier zijn invloed hebben (zie ook onder sociodemografische gegevens).

De belangrijkste gegevens over de contactreden om dringende medische hulpverlening te zoeken en de uiteindelijke diagnoses in deze registratie op een rijtje:

- De belangrijkste contactreden in beide onderzoeksettings is een algemene klacht, naast klachten van het spijsverteringsstelsel, het bewegingsstelsel, het ademhalingsstelsel en de huid.
- Op spoedgevallendiensten ziet men meer klachten van het bewegingsstelsel als contactreden, terwijl de huisartswachtdienst meer klachten van het ademhalingsstelsel behandelt.
- Bij de diagnoses wordt dit verschil nog groter: aandoeningen van het bewegingsstelsel (en huidtrauma's) worden voornamelijk behandeld in de spoedgevallendiensten (meest voorkomende diagnose in alle leeftijdsgroepen, behalve in de groep 0-5-jarigen), terwijl aandoeningen van de luchtwegen voornamelijk bij de huisartswachtdienst voorkomen (in de leeftijdsgroepen tot 60 jaar de meest gestelde diagnose bij de huisartswachtdienst).
- Voor de klachten die meer dan 24 uur aanwezig zijn wordt voornamelijk een diagnose gesteld die te maken heeft met het ademhalingsstelsel.
- Voornamelijk aandoeningen van het bewegingsstelsel en de huid (traumatologie) zijn redenen om zeer snel medische hulp te zoeken. Bij de huisartswachtdienst zijn ook problemen met het ademhalingsstelsel en cardiovasculaire aandoeningen (boven de 60 jaar meer dan 10% van de consulten bij de huisarts) belangrijke redenen om snel medische hulp te zoeken.

