



# Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016)

FOCUS OP DE BEVOLKING JONGER DAN  
15 JAAR EN VAN 65 JAAR EN OUDER





OBSERVATORIUM  
VOOR GEZONDHEID EN WELZIEN  
BRUSSEL



OBSERVATOIRE  
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL  
BRUXELLES

# Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016)

FOCUS OP DE BEVOLKING JONGER DAN  
15 JAAR EN VAN 65 JAAR EN OUDER



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE  
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

## COLOFON

**Auteur**

Dalia FELE

**In samenwerking met**

Elise MENDES DA COSTA

Peter VERDUYCKT

Melody YANNART

David HERCOT

Olivier GILLIS

**Dankbetuigingen**

Onze hartelijke dank gaat uit naar de ontmoete spoedartsen en personen die de ziekenhuisgegevens verwerken voor hun bijdrage tot het inzicht in de verwerkte gegevens en de verkregen resultaten.

**Vertaling**

Brussels Language Services bvba

**Lay-out**

Nathalie DA COSTA MAYA

**Wettelijk depotnummer**

D/2019/9334/48

**Voor meer informatie**

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Belliardstraat 71, bus 1 – 1040 Brussel

Tel.: 02/552.01.89

observat@ccc.brussels

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

Dalia FELE

Tel.: 02/552.01.78

dfele@ccc.brussels

**Gelieve deze publicatie als volgt te citeren:**

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019

Cette publication existe également en français.

# INHOUDSOPGAVE

<b>1. INLEIDING</b>	<b>6</b>
1.1. Context	6
1.2. Doel van dit onderzoek	7
1.3. Ziekenhuis- en zorgaanbod in Brussel	7
1.3.1. Spoeddienst, pediatrie en geriatrie	7
1.3.2. Huisartsengeneeskunde	9
<b>2. METHODOLOGIE</b>	<b>10</b>
2.1. Bron van de gegevens, onderzochte bevolking en periode	10
2.2. Georganiseerde ontmoetingen met personen op het terrein	10
2.3. Soorten ziekenhuisverblijven	10
2.4. Presentatie en interpretatie van de resultaten	11
2.4.1. Ziekenhuisopnames en contacten met de spoeddienst	11
2.4.2. Het gebruik van de spoeddienst	11
2.4.3. Overlijden op de spoeddienst	11
2.4.4. Vroegtijdige terugkeer naar de spoeddienst	11
2.5. Beperkingen van het onderzoek	12
<b>3. RESULTATEN</b>	<b>13</b>
3.1. Kenmerken van de contacten met de spoeddienst en evolutie in de loop van de tijd	13
3.1.1. Gebruik van de spoeddienst in de periode 2008-2016	13
3.1.2. Contacten met de spoeddienst naar leeftijd en geslacht	15
3.1.3. Types contacten met de spoeddienst	16
3.1.4. Gebruik van de spoeddienst per gemeente en nationaliteit	17
3.1.5. Periode van het gebruik van de spoeddienst	18
3.1.5.1. Gebruik van de spoeddienst naargelang de maand van het jaar	18
3.1.5.2. Gebruik van de spoeddienst naargelang de dagen van de week	19
3.1.5.3. Gebruik van de spoeddienst in de loop van één dag	20
3.1.6. Gebruik van de spoeddienst na doorverwijzing door een arts	21
3.1.7. Gemiddelde verblijfsduur	22
3.1.8. Vroegtijdige heropnames op de spoeddienst	24
3.2. Focus op het gebruik van de spoeddienst door Brusselaars jonger dan 15 jaar	25
3.2.1. Evolutie van het gebruik van de spoeddienst	25
3.2.2. Types contact met de spoeddienst en motieven (redenen)	25
3.2.3. Gebruik van de spoeddienst in de loop van het jaar	26
3.2.4. Vroegtijdige heropnames op de spoeddienst	27
3.3. Focus op het gebruik van de spoeddienst door Brusselaars van 65 jaar en ouder	27
3.3.1. Types contact met de spoeddienst en motieven (redenen)	27
3.3.2. Woonplaats van patiënten van 65 jaar en ouder die een beroep doen op de spoeddienst	28
<b>4. CONCLUSIE</b>	<b>30</b>
<b>5. AANBEVELINGEN</b>	<b>31</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIE</b>	<b>32</b>
<b>7. BIJLAGE</b>	<b>34</b>
7.1. Bijlage 1	34

# LIJST MET FIGUREN, KAARTEN EN TABELLEN

## LIJST MET FIGUREN

Figuur 1:	Evolutie van het gebruik van de spoeddienst (per 1000 inwoners), per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016.....	14
Figuur 2:	Contacten met de spoeddienst (per 1000 inwoners) naar geslacht en leeftijd, Brusselaars, 2016.....	15
Figuur 3:	Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst (in %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	16
Figuur 4:	Contact met de spoeddienst en ziekenhuisopname zonder passage via de spoed, volgens het socio-economische niveau van de woongemeente, gestandaardiseerd voor leeftijd (per 1000 inwoners), Brusselaars, 2016.....	17
Figuur 5:	Contact met de spoeddienst per nationaliteit (per 1000 inwoners), gestandaardiseerd voor leeftijd, Brusselaars, 2016.....	18
Figuur 6:	Contact met de spoeddienst volgens maand en naar leeftijdscategorie (in %), Brusselaars, 2016.....	19
Figuur 7:	Ambulante zorg op de spoeddienst volgens het uur (in %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	20
Figuur 8:	Contact met de spoeddienst gevolgd door een ziekenhuisopname volgens uur (in %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	21
Figuur 9:	Het aandeel contacten met de spoeddienst na doorverwijzing door een arts, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016.....	22
Figuur 10:	Gemiddelde duur (in dagen) van een klassieke ziekenhuisopname na passage via de spoed, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008 en 2016.....	23
Figuur 11:	Gemiddelde duur (in dagen) van een klassieke ziekenhuisopname zonder passage via de spoed, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008 en 2016.....	23
Figuur 12:	Het aandeel contacten met de spoeddienst waarbij de spoeddienst opnieuw werd gecontacteerd binnen de 1-30 dagen, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016.....	24
Figuur 13:	Contact met de spoeddienst bij kinderen jonger dan 15 jaar (per 1000 inwoners), per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016.....	25
Figuur 14:	Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst (in %) bij kinderen jonger dan 15 jaar, per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	26
Figuur 15:	Contact met de spoeddienst bij kinderen jonger dan 15 jaar (in %), volgens de maand en naar leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	26
Figuur 16:	Het aandeel contacten met de spoeddienst waarbij de spoeddienst opnieuw werd gecontacteerd binnen de 1-30 dagen bij de min 15-jarigen, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016.....	27
Figuur 17:	Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst (in %) bij 65-plussers, per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	28
Figuur 18:	Plaats van terugkeer na een ziekenhuisopname volgend op een passage via de spoed, van 65-plussers die nog thuis woonden (in %), Brusselaars, 2016.....	28
Figuur 19:	Plaats van terugkeer na een ziekenhuisopname zonder een passage via de spoed, van 65-plussers die nog thuis woonden (in %), Brusselaars, 2016.....	29

## LIJST MET KAARTEN

Kaart 1:	Aanbod aan spoedgevallenzorg per site van de algemene ziekenhuizen in Brussel, 2016.....	8
Kaart 2:	Aanbod aan spoeddiensten en pediatrie diensten per site van de algemene ziekenhuizen in Brussel, 2016.....	8
Kaart 3:	Aanbod aan spoeddiensten en geriatrie diensten per site van de algemene ziekenhuizen in Brussel, 2016.....	8

## LIJST MET TABELLEN

Tabel 1:	Contact met de spoeddienst volgens de dagen van de week (aantal en %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016.....	19
----------	---	----

## LIJST MET ACRONIEMEN

<b>APR-DRG</b>	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Directie van onderzoeken, evaluatie en statistieken)
<b>GBBW</b>	Garde bruxelloise - Brusselse wachtdienst
<b>IBW</b>	Initiatief van Beschut Wonen
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>IMA</b>	Intermutualistisch Agentschap
<b>KCE</b>	Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
<b>MZG</b>	Minimale Ziekenhuis Gegevens
<b>PVT</b>	Psychiatrisch verzorgingstehuis
<b>RIZIV</b>	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
<b>ROB</b>	Rustoord voor bejaarden
<b>RVT</b>	Rust- en verzorgingstehuis
<b>Sciensano</b>	Belgisch Instituut voor Gezondheid (vroeger: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)
<b>SES</b>	Socio-economische status

# I. INLEIDING

## 1.1. CONTEXT

De belangrijkste opdracht van de spoeddienst van de ziekenhuizen is het verlenen van zorg om de vitale levensfuncties te behouden, stabiliseren en herstellen, of op zijn minst om eerste hulp te verlenen aan iedere persoon die zich er aanmeldt en dringende zorg nodig heeft<sup>1</sup> (Van den Heede et al., 2016a). De activiteit van de spoeddienst lijkt echter de laatste decennia te zijn geëvolueerd in die zin dat ze ook een rol spelen in de eerstelijnszorg (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010; BePASSTA Study Group, 2011). De wetenschappelijke literatuur wijst erop dat een groot deel van de patiënten die naar de spoeddienst komen door een huisarts behandeld zou kunnen worden (Clumeck et al., 2005; Benahmed et al., 2012; Van den Heede et al., 2016a).

Zowel op nationaal als op internationaal niveau wordt er een stijging van de activiteit van de spoeddienst waargenomen (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010; Niska et al., 2010; Lowthian et al., 2011; Pines et al., 2011; Vilpert, 2013; Avalosse et al., 2015; Charafeddine, 2015; Van den Heede et al., 2016a; Rekenhof, 2019). Bij wijze van indicatie, het budget van medische honoraria in de spoeddiensten in België is de laatste jaren gestegen met 5%. Deze stijging wordt in verband gebracht met het toegenomen beroep op deze diensten door de bevolking (Van den Heede et al., 2016a). Ook in het dossier van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad over de kenmerken van de ziekenhuisverblijven van de Brusselaars in 2014 werd aangetoond dat het gebruik van de spoeddienst de laatste jaren was gestegen, vooral bij kinderen en ouderen (Hercot et al., 2017).

Verschillende, hoofdzakelijk internationale studies trachten in die context te achterhalen in welke mate het gebruik van de spoeddienst gerechtvaardigd is (Lang et al., 1996; BePASSTA Study Group, 2011; De Wolf, 2011; Kubicek et al., 2012; Ismail et al., 2013), wetende dat de organisatie ervan duurder is (want ze voldoet aan strikte normen) dan die van de huisartsenpraktijk (Charafeddine, 2015). Deze studies proberen ook het gebruik van de spoeddienst te classificeren als 'passend' en 'niet-passend', vooral bij kinderen. Deze laatsten vertegenwoordigen het deel van de bevolking dat het vaakst een beroep doet op de spoeddienst van ziekenhuizen voor symptomen waarbij niet echt 'dringende zorg' noodzakelijk is (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010; BePASSTA

Study Group, 2011; Uscher-Pines et al., 2013; Charafeddine, 2015). In België blijkt uit de BePASSTA-studie dat bijna twee op de vijf contacten voor pediatrie zorg op de spoed als 'niet-passend' worden beschouwd (BePASSTA Study Group, 2011). Ook blijkt uit deze studie dat niet-passende gebruik van de spoeddienst vaker voorkomen bij de jongste kinderen, als de ouders dicht bij het ziekenhuis wonen en als het contact plaatsvindt tijdens de nacht, het weekend of de feestdagen (BePASSTA Study Group, 2011). Een groot aantal spoedartsen legt nochtans uit dat de situatie van spoedeisende hulp niet zwart-wit is (Charafeddine, 2015). Zelfs voor artsen is het al moeilijk om de mate van urgentie van de situatie in te schatten, dus is dat zeker ook het geval voor de rest van de bevolking<sup>2</sup>. Er bestaat bovendien geen duidelijke definitie van de adequaatheid van het beroep doen op de spoeddienst (Charafeddine, 2015).

Aan het begin van de jaren 2000 werden in het Brussels Gewest huisartsenwachtposten opgericht, deels om een alternatief te bieden voor de spoeddienst wanneer de huisarts van de patiënt niet beschikbaar is (Garde bruxelloise, 2015). Hoewel er vandaag weinig informatie is over het gebruik van de huisartsenwachtposten in Brussel<sup>3</sup>, lijkt het erop dat hun ontstaan maar weinig impact heeft gehad op het gebruik van de spoeddienst door patiënten met niet-spoedeisende symptomen (Van den Heede et al., 2016a). In de provincie Antwerpen werd overigens waargenomen dat de opening van wachtposten leidde tot een stijging van het aantal patiënten die erheen gingen in het weekend om niet op een werkdag vrijaf te moeten nemen om naar hun huisarts te gaan, zonder dat daarom het gebruik van de spoeddienst van de ziekenhuizen afneemt (Philips et al., 2010a; Van den Heede et al., 2016a).

Sommige Belgische studies hebben getracht om de socioculturele, geografische en financiële redenen te identificeren die patiënten ertoe brengen om eerder naar de spoeddienst van het ziekenhuis te gaan dan naar de huisarts (Clumeck et al., 2005; Gourbin et al., 2005; Philips et al., 2010b; Charafeddine, 2015; Van den Heede et al., 2016a):

1 Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» moet voldoen om erkend te worden.

2 Dit werd uitgelegd tijdens de ontmoetingen met de spoedartsen (zie punt 2.2 voor meer uitleg).

3 Voor zover we weten bezit alleen de GBBW enkele informatie-elementen over de activiteit van de huisartsenwachtdiensten in hun rapport *'De nieuwe Brusselse huisartsenwachtdienst: een eerste balans en toekomstperspectieven'* van 2015, beschikbaar op de URL: [http://gbbw.be/images/PDF/PERSDOSSIER\\_GBBW\\_oct2015.pdf](http://gbbw.be/images/PDF/PERSDOSSIER_GBBW_oct2015.pdf)



- De gemakkelijke toegang (open 7d/7 en 24u/24, geografische nabijheid);
- De door de patiënt gepercipieerde ernst van het probleem;
- De toegang tot hoogstaande technologie, het feit van alle nodige onderzoeken te kunnen uitvoeren op dezelfde plaats en onmiddellijk te kunnen beschikken over een specialist (voornamelijk de kinderarts voor kinderen);
- De onbeschikbaarheid van de huisarts, het feit van er geen te hebben en het feit dat de patiënten de spoeddienst beter kennen dan de huisarts van wacht, of zelfs geen andere structuren kennen die patiënten in spoedgevallen kunnen helpen;
- En in mindere mate de financiële redenen (toepassing van de derdebetalersregeling op de spoeddienst)<sup>4</sup>.

Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselse bevolking moet worden gekaderd in de context van het grotere aanbod aan spoeddiensten in Brussel (uitgedrukt per inwoners) in vergelijking met de twee andere gewesten (Van den Heede et al., 2016a), waardoor het een alternatief zou vormen voor een consultatie bij de huisarts (Charafeddine, 2015). De literatuur toont effectief aan dat de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vaker een beroep doen op de spoeddienst<sup>5</sup> in vergelijking met de twee andere gewesten, dat ze voor deze hulp vaker niet door een arts zijn doorverwezen en dat de pediatrie zorgen op de spoeddienst vaker gebruikt worden op een ambulante wijze (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010; Avalosse et al., 2015; Charafeddine, 2015).

De kwestie van het gebruik van de spoeddienst door kinderen en bejaarden stelt zich specifiek, aangezien de toename van het gebruik van Brusselse spoeddiensten door deze bevolkingsgroepen steeds groter werd in de loop van de laatste jaren. Op bijna twee van de vijf contacten met de spoeddienst was de patiënt iemand uit deze twee leeftijdsgroepen (gegevens uit de MZG). Bovendien zal Brussel net als de twee andere gewesten in de toekomst geconfronteerd worden met een vergrijzing van de bevolking (Federaal planbureau en Algemene Directie Statistiek, 2018).

4 De drie laatste punten werden ook vermeld tijdens een conferentie 'Santé-Précarité' in het kader van het 400-jarige bestaan van de Berg van Barmhartigheid op 08/11/2018.

5 Resultaten verstrekt door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

## 1.2. DOEL VAN DIT ONDERZOEK

Dit onderzoek is bedoeld om het gebruik van de spoeddienst van Brusselse ziekenhuizen te analyseren op basis van de Minimale Ziekenhuis Gegevens.

De bedoeling is om voor de Brusselaars de kenmerken van het gebruik van de spoeddienst te constateren, het profiel van de patiënten die een beroep doen op de spoeddienst te bepalen en het gebruik van de spoeddienst van twee specifieke doelgroepen van meer nabij te bestuderen: de kinderen jonger dan 15 jaar en de 65-plussers.

## 1.3. ZIEKENHUIS- EN ZORGAANBOD IN BRUSSEL

### 1.3.1. SPOEDDIENST, PEDIATRISCHE EN GERIATRISCHE DIENSTEN

Het Brussels gewest telt in totaal 29 algemene ziekenhuizen, waarvan er 18 een spoeddienst hebben (15 met een gespecialiseerde spoedgevallenzorg en 3 met een eerste opvang van spoedgevallen<sup>6</sup>) (kaart 1).

6 "De functie '**gespecialiseerde spoedgevallenzorg**' moet uitgerust zijn voor de vrijwaring, de stabilisering en het herstel van de vitale functies en moet zorgen voor elke persoon die er langskomt of ernaartoe gebracht wordt en van wie de gezondheidstoestand onmiddellijke hulp vereist" (bron: koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» moet voldoen om erkend te worden).

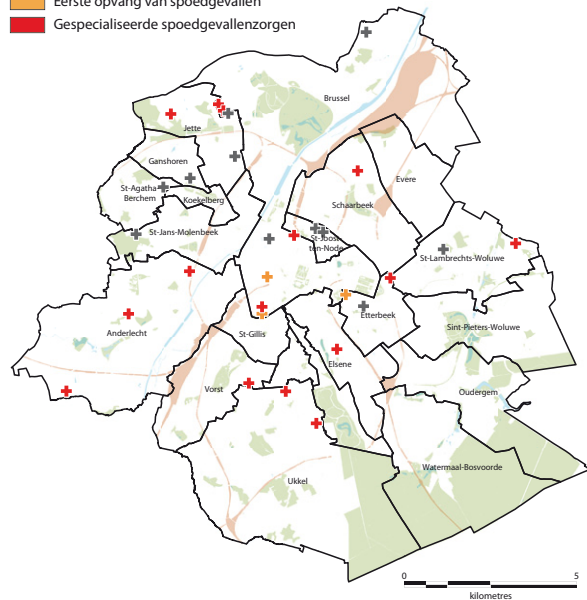
"De functie '**eerste opvang van spoedgevallen**' beoogt het onthaal en de behandeling van patiënten met een acute pathologie in ziekenhuizen die niet over een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» beschikken (bron: koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «eerste opvang van spoedgevallen» moet voldoen om te worden erkend").

Deze twee types spoeddiensten onderscheiden zich van elkaar door de erkenningscriteria: de functie "eerste opvang van spoedgevallen" moet aan minder strikte normen voldoen, met name in termen van kwalificatie van het aanwezige medische personeel (bronnen: koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «gespecialiseerde spoedgevallenzorg» moet voldoen om erkend te worden, koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie «eerste opvang van spoedgevallen» moet voldoen om te worden erkend).

**Kaart 1: Aanbod aan spoedgevallenzorg per site van de algemene ziekenhuizen in Brussel, 2016**

**Spoeddiensten**

- Geen spoeddienst
- Eerste opvang van spoedgevallen
- Gespecialiseerde spoedgevallenzorg

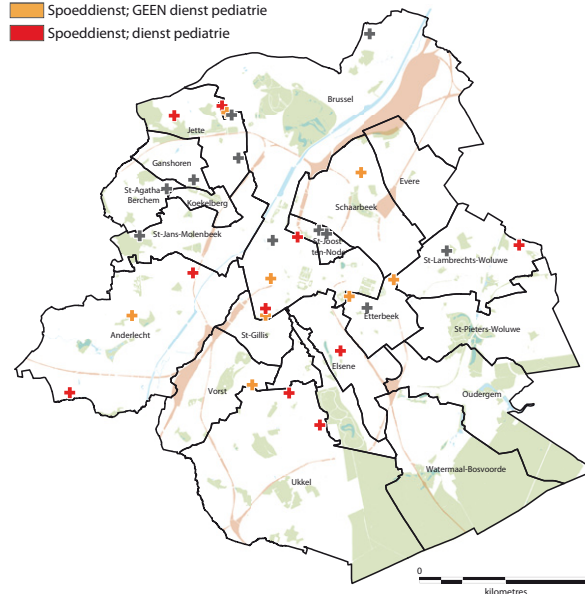


Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.  
Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

**Kaart 2: Aanbod aan spoeddiensten en pediatrie diensten per site van de algemene ziekenhuizen in Brussel, 2016**

**Spoeddienst - dienst pediatrie**

- GEEN spoeddienst; GEEN dienst pediatrie
- Spoeddienst; GEEN dienst pediatrie
- Spoeddienst; dienst pediatrie



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.  
Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

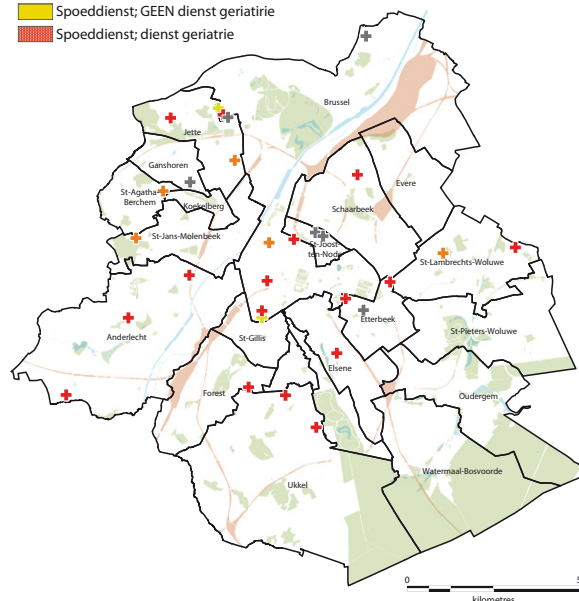
Van de 18 ziekenhuizen die een spoeddienst hebben in het Brusselse Gewest beschikken er 10 over een pediatrie dienst. Dat betekent dat 11 ziekenhuizen noch over een spoeddienst, noch over een pediatrie dienst beschikken (kaart 2).

De grote meerderheid van de ziekenhuizen die een spoeddienst hebben in het Brussels Gewest hebben ook een geriatrie dienst (16 van de 18 ziekenhuizen). Van de 11 ziekenhuizen die geen spoeddienst hebben, hebben er 5 een geriatrie dienst (kaart 3).

**Kaart 3: Aanbod aan spoeddiensten en geriatrie diensten per site van de algemene ziekenhuizen in Brussel, 2016**

**Spoeddiensten - diensten geriatrie**

- GEEN spoeddienst; GEEN dienst geriatrie
- GEEN spoeddienst; dienst geriatrie
- Spoeddienst; GEEN dienst geriatrie
- Spoeddienst; dienst geriatrie



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.  
Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

- 7
- Het ziekenhuis Pacheco werd gesloten in 2014 maar is opgenomen op de kaarten omdat er ziekenhuisopnames geregistreerd werden in de MZG tot 2016.
  - Volgens het koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, moeten alle spoeddiensten, m.a.w. deze die de functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' en deze die de functie 'eerste opvang van spoedgevallen' hebben, elk contact met hun dienst registreren. Er werd echter waargenomen, op basis van de MZG-gegevens, dat twee van de drie diensten van eerste opvang van spoedgevallen geen enkel contact met hun dienst registreren. Tijdens de ontmoetingen met de spoedartsen (in detail besproken in het hoofdstuk 2.2.) werd vermeld dat deze spoeddiensten in sommige ziekenhuizen overeenkomen met een sorteersysteem waarin de patiënt geen zorg wordt toegekend maar meteen doorverwezen wordt hetzij naar een gespecialiseerde spoeddienst in hetzelfde ziekenhuis of naar een huisarts.

### 1.3.2. HUISARTSENGENEESKUNDE

In het Brusselse gewest bieden vijf door het RIZIV<sup>8</sup> erkende huisartsenwachtposten consultaties aan buiten de gewone werkuren van huisartsen (weekavonden, weekends en feestdagen). Vier van deze medische wachtposten bevinden zich dichtbij (of op dezelfde plaats als) een ziekenhuis met een spoeddienst: Paul Brien (UVC Brugmann), Molière Longchamp (Iris Ziekenhuizen Zuid), Kruidtuin (Kliniek Sint-Jan) et Sint-Michiel (Europa Ziekenhuizen).

De vijfde medische wachtpost bevindt zich in de gemeente Sint-Jans-Molenbeek<sup>9</sup>. Merk ook op dat twee van de vijf wachtposten onlangs geopend zijn en nog niet actief waren toen de MZG-gegevens werden gebruikt voor dit onderzoek.

Naast de 5 door het RIZIV<sup>10</sup> erkende medische wachtposten hebben het Universitair ziekenhuis in Sint-Lambrechts-Woluwe en het Erasmusziekenhuis een (niet door het RIZIV erkende) wachtpost geopend in hun nabijheid met het doel om hun spoeddienst te ontlasten. De wachtdienst in de nabijheid van het Erasmusziekenhuis is wel niet open tijdens de weekends en op feestdagen<sup>11</sup>. In het Brussels Gewest zijn er ook mobiele huisartsenwachtdiensten die thuiszorg verlenen voor patiënten die zich niet kunnen verplaatsen naar vaste medische wachtdiensten<sup>12</sup>.

Ten slotte, zijn er 1468 huisartsen actief in het Brussels Gewest in 2017, wat neerkomt op 1 huisarts per 812 inwoners. Sommige wijken in het Brussels Gewest worden momenteel geconfronteerd met een nijpend tekort aan huisartsen<sup>13</sup>. Deze wijken zijn verspreid over het hele gewest en er is geen sprake van een duidelijke ruimtelijke tendens (Missinne et al., 2018).

8 Deze huisartsenwachtposten moeten voldoen aan bepaalde normen bepaald in het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen. Deze normen zijn met name een verzekerde activiteit minstens tijdens de weekends en op feestdagen, en de permanentie van minstens één dokter gedurende de periodes waarop de wachtdienst is geopend. Een zesde wachtpost in het Brusselse Gewest zou moeten openen begin 2020.

9 Bron: Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Huisartsenwachtpost [online] (webpagina geraadpleegd op 16/04/2019). Beschikbaar op de URL: <http://gbbw.be/index.php/nl/doctors-on-call#huisartsenwachtpost>

10 Bron: Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Geconventioneerde tarieven [online] (webpagina geraadpleegd op 16/04/2019). Beschikbaar op de URL: <http://www.gbbw.be/index.php/nl/practical-info/price>

11 Bronnen: Cliniques universitaires Saint-Luc – UCL Bruxelles. Service des urgences [online] (pagina geraadpleegd op 13/03/2019). Beschikbaar op de URL: <https://www.saintluc.be/services/medicaux/urgences/index.php>; Hôpital Erasme – ULB. Consultations tardives ou d'urgence [online] (pagina geraadpleegd op 13/03/2019). Disponible à l'URL: <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/consultations/consultations-tardives-ou-d-urgence>

12 Bron: Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Huisbezoeken [online] (pagina geraadpleegd op 13/03/2019). Beschikbaar op de URL: <http://gbbw.be/index.php/nl/doctors-on-call#huisbezoeken>

13 Bron: Ministerieel Besluit van 13 mei 2019 tot bepaling van de wijken met huisartsentekort in de zin van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan.

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1. BRON VAN DE GEGEVENS, ONDERZOCHE BEVOLKING EN PERIODE

De analyses werden uitgevoerd op basis van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) van 2016. Voor sommige indicatoren werd een evolutie in de loop van de tijd berekend op basis van de MZG van 2008 tot 2016. Een jaar MZG bevat de ziekenhuisopnames afgesloten tijdens het jaar in kwestie, en de verblijven die nog steeds aan de gang zijn op 31 december van dat jaar op voorwaarde dat de opname plaatsvond voor 1 juli van datzelfde jaar<sup>14</sup>.

De voorgelegde resultaten betreffen de ziekenhuisopnames van de Brusselaars, d.w.z. de opnames van patiënten (inclusief ambulante zorg op de spoeddienst) woonachtig te Brussel, onafhankelijk van hun verzekeringsstatuut en van de plaats van het ziekenhuis waar ze behandeld worden. De ziekenhuisopnames van thuis- of daklozen zonder referentieadres zijn niet in de analyses opgenomen. Analyses uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu tonen dat er in 2016 3319 contacten met de spoeddienst (0,5%) geweest zijn door thuis- of daklozen in ziekenhuizen in het Brusselse Gewest.

Noteer ook dat de contacten met de huisartsen-wachtposten niet geregistreerd zijn in de MZG. Als een patiënt zich aandient aan het onthaal van de spoeddienst van het ziekenhuis en onmiddellijk naar een wachtdienst doorverwezen wordt zonder dat er urgente zorg wordt verleend, kan dit contact mogelijk worden geregistreerd als een contact met de spoeddienst door de MZG.

Wat betreft de kinderen jonger dan 15 jaar is de leeftijdskeuze gebaseerd op de leeftijd van de kinderen die verzorgd worden in het kindzorgprogramma van ziekenhuizen die over dit programma beschikken<sup>15</sup>.

### 2.2. GEORGANISEERDE ONTMOETINGEN MET PERSONEN OP HET TERREIN

Om meer informatie te bekomen over de methodes van gegevensregistratie in de MZG en de beperkingen daarvan werden er ontmoetingen georganiseerd met MZG-datacodeerders van vier Brusselse ziekenhuiscampussen.

Er werden ook ontmoetingen georganiseerd met drie spoedartsen om verklarende elementen toe te voegen aan de resultaten (pediatrische spoeddienst en spoeddienst voor volwassenen van de campus Hallepoort van het UMC Sint-Pieter en de spoeddienst van de campussen Sint-Elisabeth en Sint-Michel van de Europa Ziekenhuizen).

### 2.3. SOORTEN ZIEKENHUISVERBLIJVEN

De MZG bevat informatie over drie categorieën ziekenhuisopnames: de klassieke ziekenhuisopnames (minstens één overnachting)<sup>16</sup>, de dagopnames (zonder overnachting) en de contacten met de spoeddienst.

Wat betreft het gebruik van de spoeddienst bestaan er drie verschillende situaties:

- a. Ambulante zorg op de spoed:** hier gaat het om een contact met de spoeddienst waarvoor tijdens het verblijf geen enkel forfait en geen enkele dagopname wordt gefactureerd<sup>17</sup>.
- b. Zorg op de spoed gevolgd door een dagopname:** dit verwijst naar het feit dat de patiënt ofwel via de spoeddienst is binnengekomen en zorg heeft ontvangen waarvoor hem een daghospitalisatieforfait wordt aangerekend (waarbij hij fysiek binnen de

<sup>14</sup> Voor meer uitleg over de MZG, zie bijlage 1.

<sup>15</sup> Koninklijk besluit van 02 april 2014 tot bepaling van de normen waaraan een kindzorgprogramma moet voldoen om erkend te worden.

<sup>16</sup> Een klassieke ziekenhuisopname wordt gefactureerd wanneer de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis vóór middernacht en weggaat na 8.00 uur, of wanneer de patiënt overlijdt (Bron: Overeenkomst met de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen gesloten op 24 januari 1996. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Brussel. Beschikbaar in het Frans op de URL: [http://www.gbs-vbs.org/uploads/media/0208fr\\_convention\\_texte\\_fr.pdf](http://www.gbs-vbs.org/uploads/media/0208fr_convention_texte_fr.pdf)).

<sup>17</sup> Noteer dat er tijdens de ontmoetingen met de codeerders van de MZG-gegevens werd vermeld dat als de patiënt een contact met het onthaal van de spoeddienst heeft gehad en onmiddellijk weer weggaat zonder dat een arts zorg heeft verleend (omdat hij bijvoorbeeld inschat dat de wachtrij te lang is), dit contact ook in de MZG zal worden geregistreerd. Het is echter niet mogelijk om te achterhalen of deze contacten gefactureerd zijn.

spoeddienst blijft gedurende het hele verblijf), ofwel is doorverwezen naar een andere ziekenhuisdienst na een passage via de spoed, waar zorg toegediend werd die een daghospitalisatieforfait met zich meebrengt. Het zijn dus de toegediende medische verrichtingen die ambulante zorg op de spoed onderscheiden van zorg op de spoed gevolgd door een dagopname, en niet de zorgenheden waarbij de patiënt langsgaat.

**c. Zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname:** deze ziekenhuisopnames komen overeen met een verblijf op de spoeddienst, waarna hij werd gehospitaliseerd gedurende minstens een nacht of als hij overlijdt op de spoeddienst<sup>18</sup>. Dit geldt eveneens voor patiënten die gedurende minstens een nacht op de spoeddienst gehospitaliseerd werden.

## 2.4. PRESENTATIE EN INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN

### 2.4.1. ZIEKENHUISOPNAMEN EN CONTACTEN MET DE SPOEDDIENST

De analyses hebben betrekking op het aantal opnames, niet op het aantal patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Eenzelfde patiënt kan meerdere keren worden opgenomen in een of meerdere ziekenhuizen in de loop van eenzelfde jaar. Dat komt ook overeen met verschillende opnames.

Gebruik van de spoeddienst omvat ambulante zorg op de spoed en zorg op de spoed gevolgd door een ziekenhuisopname (klassieke of dagopname). Het wordt gepreciseerd wanneer de gepresenteerde resultaten enkel betrekking hebben op één van deze types zorg.

Wat betreft de ziekenhuisverblijven zonder passage via de spoeddienst worden de volgende opnames uitgesloten:

- De exclusief psychiatrische verblijven. De reden luidt als volgt: ziekenhuizen gebruiken voor deze patiënten verschillende coderingen, en dus hebben we momenteel geen representatieve gegevens op basis van de MZG.
- Het verblijf van pasgeboren baby's op de kraamafdeling (zij werden systematisch uitgesloten uit de leeftijds-categorie van minder dan één jaar). Door deze geboortes uit te sluiten, krijgen we een beter beeld van de gezondheidsproblemen bij kinderen jonger dan één jaar. In 2016 werden 15 688 verblijven uitgesloten, waaronder de doodgeboortes en de overlijdens van te vroeg geboren baby's die niet werden behandeld door

een dienst neonatologie. De ziekenhuisverblijven van de moeders voor de bevalling werden wel meegerekend.

### 2.4.2. HET GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST

Het gebruik van de spoeddienst werd berekend op basis van de bevolking die is ingeschreven in het Rijksregister en wordt voorgesteld per 1000 inwoners.

De teller komt overeen met de som van de contacten van Brusselaars tijdens een jaar voorgesteld als  $x$ . De noemer verwijst naar de midjaarpopulatie ((aantal personen ingeschreven in het Rijksregister op 1 januari van het jaar  $x$  + aantal personen ingeschreven in het Rijksregister op 1 januari van het jaar  $x + 1$ ) / 2) van het jaar in kwestie.

De gepresenteerde resultaten zijn bruto onderzoeksresultaten, d.w.z. niet-gestandaardiseerd (hetzij anders vermeld).

### 2.4.3. OVERLIJDEN OP DE SPOEDDIENST

De ziekenhuizen zijn verplicht een klassieke ziekenhuisopname te factureren wanneer de patiënt overlijdt op de spoeddienst. De patiënten die overlijden op de spoeddienst bevinden zich dus systematisch in de categorie 'zorg op de spoed gevolgd door een (klassieke) ziekenhuisopname', wat in het achterhoofd moet worden gehouden bij de interpretatie van bepaalde resultaten, met name bij deze over de verschillende types contacten met de spoeddienst naargelang de leeftijds-categorieën.

### 2.4.4. VROEGTIJDIGE TERUGKEER NAAR DE SPOEDDIENST

Een vroegtijdige terugkeer verwijst naar een heropname tussen de 1 en 30 dagen met een passage via de spoeddienst van hetzelfde ziekenhuis, m.a.w. op dezelfde campus of op een andere campus die bij hetzelfde ziekenhuis hoort (ambulante zorg op de spoed of zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname of dagopname). Deze heropnames betreffen de ziekenhuisverblijven die afgerond zijn in hetzelfde jaar. Heropnames op de dag zelf<sup>19</sup> worden niet meegerekend. Ook heropnames in een ander ziekenhuis horen er niet bij aangezien het anonieme identificatienummer van de patiënt verandert wanneer deze wordt opgenomen in een ander ziekenhuis. Bijgevolg wordt het aantal heropnames onderschat.

De teller komt overeen met de som van de vroegtijdige heropnames van elke patiënt in hetzelfde jaar (uitgezonderd de heropnames op dezelfde dag): als de patiënt in de loop van een jaar een eerste keer in de spoeddienst werd opgenomen en vervolgens een tweede keer

<sup>18</sup> Zie punt 2.4.3. hierna voor meer uitleg.

<sup>19</sup> In 2016 vertegenwoordigden ze 2,0 % van de contacten met de spoeddienst.

binnen de termijn van 1 t.e.m. 30 dagen, zal het aantal heropnames voor deze patiënt en voor dat jaar gelijk zijn aan twee. De noemer komt overeen met de som van alle contacten met de spoeddienst, behalve de dubbele (heropname op de dag zelf), gedurende hetzelfde jaar.

## 2.5. BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

De hoofddiagnose bij de opname en het ernstniveau van de aandoening werden niet bestudeerd in dit dossier hoewel dit nuttige informatie kan zijn om de redenen van de ziekenhuisopname na een passage via de spoeddienst te achterhalen en om vast te stellen in welke mate het contact met de spoeddienst een 'spoedgeval' was. De verschillende redenen van de afwezigheid van het gebruik van deze informatie zijn de volgende:

- De ziekenhuizen moeten de diagnose bij ambulante zorg op de spoeddienst niet invoeren, noch bij zorg op de spoed gevolgd door een dagopname met een klein forfait of zonder forfait, waardoor de hoeveelheid bruikbare informatie sterk verminderd wordt;
- De diagnoses werden geklasseerd volgens de ICD-9 (International Classification of Diseases, 9th Revision) tot 2014, en werden geklasseerd volgens de ICD-10 in 2016. In 2015 moesten de ziekenhuizen de diagnose of het ernstniveau van de aandoening niet invoeren omwille van de overgang van de ICD-9 naar de ICD-10;
- Bij de ontmoetingen met de spoedartsen kwam ter sprake dat ouderen vaak complexe comorbiditeiten vertonen en dat het daardoor moeilijk is om één enkele diagnose voor opname te stellen;
- Een van de belangrijkste doelstellingen van de MZG is de organisatie van de financiering van ziekenhuizen<sup>20</sup> en niet het verzamelen van epidemiologische gegevens. Een groot deel van de financiering van ziekenhuizen is immers gebaseerd op de gegevens verstrekt door de MZG, zoals de APR-DRG en het ernstniveau van de aandoening. Met zo'n financieringssysteem zouden ziekenhuizen beïnvloed kunnen worden bij de gegevensinvoer wanneer het om meerdere diagnoses gaat.

Daarnaast werden de ziekenhuisdiensten waar de patiënten zijn geweest na hun contact met de spoeddienst niet geanalyseerd. De belangrijkste reden hiervoor is dat de beddenregisters soms eerder een reflectie zijn van de

verstrekte zorghandelingen dan van de diensten waar de patiënten werkelijk hebben verbleven.

Verder moeten ook het motief van het contact en het type zorg binnen de dienst (toegediende behandelingen, uitgevoerde onderzoeken, verstrekte zorg,...) worden geregistreerd, ongeacht het type contact met de spoeddienst. Deze informatie werd ook niet gebruikt bij gebrek aan betrouwbaarheid. De modaliteiten zijn talrijk en er is onmiskenbaar veel tijd nodig om ze te ontcijferen. Bijgevolg zou het aantal behandelingen, zorgen en onderzoeken onderschat worden. Bovendien worden er grote verschillen waargenomen tussen de ziekenhuizen. De redenen die de patiënten ertoe brachten om naar de spoeddienst te gaan, zijn ons dus onbekend.

<sup>20</sup> Berekeningen FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) [online] (pagina geraadpleegd op 06/02/2019). Beschikbaar op de URL: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mzg>

## 3. RESULTATEN

### Enkele definities ter herinnering

- **Contact met de spoeddienst:**  
omvat ieder contact met de spoeddienst (ambulante zorg op de spoed en zorg op de spoed gevolgd door een klassieke of dagopname);
- **Ambulante zorg op de spoed:**  
ieder contact met de spoeddienst waarvoor geen forfait en geen daghospitalisatie wordt gefactureerd;
- **Zorg op de spoed gevolgd door een dagopname:**  
contacten met de spoeddienst waarvoor medische handelingen worden geregistreerd die een daghospitalisatieforfait tot gevolg hebben (zelfs als de patiënt fysiek in de spoeddienst is gebleven);
- **Zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname:**  
contacten met de spoeddienst die aan een klassieke ziekenhuisopname voorafgaan met minstens één nacht, tijdelijke ziekenhuisopnames in de spoeddienst van minstens één nacht en zorg op de spoed gevolgd door een overlijden.

### 3.1. KENMERKEN VAN DE CONTACTEN MET DE SPOEDDIENST EN EVOLUTIE IN DE LOOP VAN DE TIJD

Gedurende het jaar 2016 werden 498 841 contacten met de spoeddienst geregistreerd van Brusselaars in ziekenhuizen in gans België, waarvan één contact op de vijf (21,8 %) leidde tot een ziekenhuisopname. 96,6 % van de contacten van Brusselse inwoners met de spoeddienst vond plaats in een ziekenhuis gevestigd in het Brusselse gewest. Brusselse patiënten onder de 15 jaar en van 65 jaar en ouder waren verantwoordelijk voor 41,2 % van het totale aantal contacten met de spoeddienst.

In het Brusselse gewest ging een passage via de spoed vooraf aan 64,8 % van alle ziekenhuisopnames (n=759 003) van Brusselaars in een ziekenhuis met een spoeddienst. De spoeddienst lijkt dus de ingangspoort te zijn van talrijke Brusselse ziekenhuizen (proporties variëren van 31,4 % tot 86,9 % naargelang de ziekenhuizen).

Eén op de vijf contacten met de spoeddienst (21,8 %) <sup>21</sup> in ziekenhuissites in het Brusselse gewest komt van personen die niet woonachtig zijn in het gewest.

#### 3.1.1. GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST IN DE PERIODE 2008-2016

Tussen 2008 en 2016 werd een stijging van het aantal contacten met de spoeddienst waargenomen van 13,9 % (van 368,1 naar 419,3 opnames per 1000 inwoners). Deze stijging is het meest uitgesproken bij de 65-plussers (+32,7 %) en bij de -15-jarigen (+20,6 %), in vergelijking met de 15- t.e.m. 64-jarigen (+6,8 %) (figuur 1).

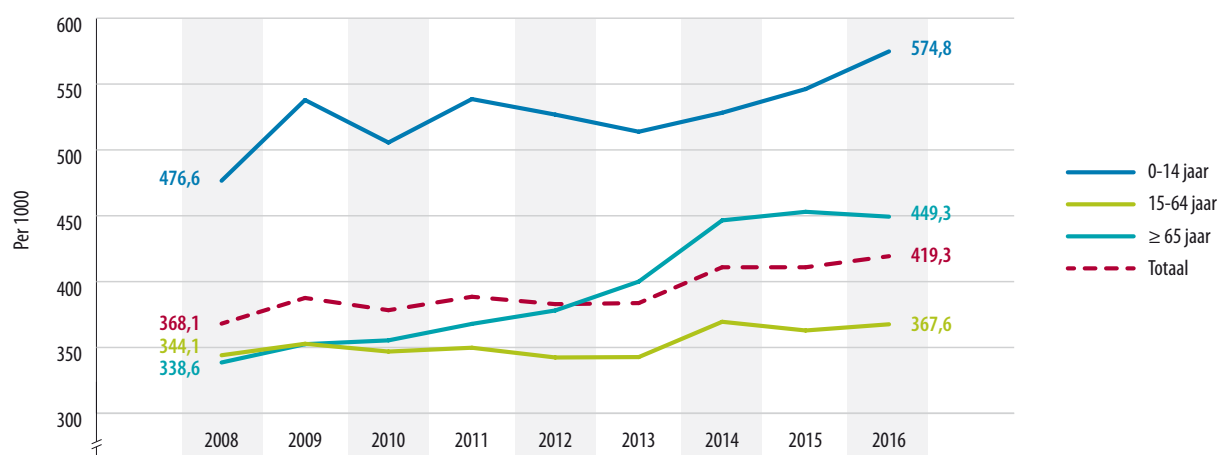
Bij kinderen jonger dan 15 jaar kan de stijging hoofdzakelijk verklaard worden door de toename van ambulante zorg op de spoed (+21,5 %) en in mindere mate door een toename van zorg op de spoed gevolgd door een ziekenhuisopname (+12,2 %) (niet-geïllustreerde resultaten).

De stijging van het gebruik van de spoeddienst was het duidelijkst in 2014 bij de volwassenen van 15 jaar en ouder, en vanaf 2014 bij de kinderen jonger dan 15 jaar (figuur 1). Deze stijging uit zich in een stijging van het gebruik van ambulante zorg op de spoeddienst. De stijging van het gebruik van de spoeddienst waargenomen tussen 2008 en 2013 bij de 65-jarigen en ouder daarentegen is hoofdzakelijk te wijten aan een toename van zorg verleend op de spoeddienst gevolgd door een ziekenhuisopname (+19,5 % tegenover +10,0 % voor de ambulante zorg op de spoed) (niet-geïllustreerde resultaten).

**Opmerking:** De geobserveerde stijgingen van het gebruik van de spoeddienst tussen 2008 en 2016 zijn onafhankelijk van de demografische groei van de Brusselaars gedurende deze periode, aangezien deze uitgedrukt worden relatief ten opzichte van de bevolking (zie het hoofdstuk 'Methodologie').

21 Analyses van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De thuis- of dakloze personen die niet over een referentieadres beschikken werden uitgesloten.

**Figuur 1: Evolutie van het gebruik van de spoeddienst (per 1000 inwoners), per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

In tegenstelling tot zorg verleend op de spoeddienst is het aantal ziekenhuisopnames (per 1000 personen) zonder voorafgaande passage via de spoed in het algemeen stabiel gebleven tussen 2008 en 2016, behalve bij de 65-plusers bij wie het is gestegen met 21,1 % (niet-geïllustreerde resultaten).

### Discussiepunten

De sterke stijging tussen 2013 en 2014 hangt samen met de verandering van financieringswijze van de activiteiten verbonden met de spoeddienst in 2013. Tot en met juni 2013 was de financiering van de spoeddienst voornamelijk gebaseerd op basis van de grootte en de case-mix<sup>22</sup> van het ziekenhuis. Vanaf juli 2013 werd de financiering gaandeweg bepaald door het aantal geregistreerde contacten op de spoeddienst, en niet meer door de grootte van het ziekenhuis. Zo krijgt het ziekenhuis in het kader van financiering een 'punt' voor elk geregistreerd contact op de spoeddienst. Bovendien ontvangt het extra punten bij zorg verleend op de spoed bij pediatrische en oudere patiënten (Van den Heede et al., 2016b).

Het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) stelt de hypothese dat sommige ziekenhuizen waarvoor het nieuwe systeem ongunstig is, met name de grote ziekenhuizen die een zwakke activiteit hebben op de spoeddienst, sommige geplande ziekenhuisopnames via de spoeddienst zouden laten passeren (Van den Heede et al., 2016a).

Dit nieuwe financieringssysteem zou dus een 'administratieve' stijging van het aantal contacten met de spoeddienst tot gevolg hebben en kan mogelijk een rem zijn op de samenwerking tussen de spoeddienst en de zorgverleners van de eerstelijns. De ziekenhuizen die maatregelen genomen hebben om hun spoeddienst te ontlasten (bijvoorbeeld door een huisartsenwachtpost te openen in hun buurt) zijn nu de dupe (Van den Heede et al., 2016a).

De impact van het nieuwe financieringssysteem op de stijging van het aantal contacten met de spoeddienst moet genuanceerd worden aangezien er in de buurlanden<sup>23</sup> de laatste decennia voor alle leeftijdscategorieën een stijgende trend wordt waargenomen in het gebruik van de spoeddienst (Pines et al., 2011; Vilpert, 2013; Rekenhof, 2014; Avalosse et al., 2015).

Naast de hervorming van de financiering van de spoeddienst hebben de ontmoetingen met de spoedartsen ervoor gezorgd dat we enkele pistes kunnen identificeren die de belangrijkste algemene stijging in het gebruik van de spoeddienst bij kinderen kunnen verklaren:

- Met het oog op een beter evenwicht tussen het werken privéleven zouden steeds minder kinderartsen beschikbaar of bereikbaar zijn buiten de werkuren;
- De huisartsen zouden minder vaak jonge kinderen als patiënt hebben<sup>24</sup>;

22 De term 'case-mix' verwijst naar het aantal verblijven per groep diagnoses (APR-DRG genaamd) en naar de ernst van de aandoeningen in de loop van een referentiejaar (Bron: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE). Een vergelijkende studie van de financiering van ziekenhuiszorg in vijf landen. Synthese. 2013. Beschikbaar op de URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_207As\\_ziekenhuisfinanciering\\_synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_207As_ziekenhuisfinanciering_synthese.pdf)).

23 Frankrijk, Duitsland, Nederland, Verenigd Koninkrijk, Italië, Zwitserland.

24 Dit fenomeen werd eveneens aangehaald door huisartsen tijdens een conferentiedebat "La parole aux pédiatres" georganiseerd door de Onafhankelijke Ziekenfondsen op 24/05/2018.



- Een laatste verklarend element zou een mentaliteitswijziging zijn: de door de ouders gepercipieerde urgentie voor hun kind is vaak hoog. De vooruitgang van de geneeskunde en van de gezondheidseducatie maakt ouders oplettender en gevoeliger voor gezondheidsproblemen. Hierdoor hebben ze extra nood aan geruststelling over eventuele complicaties die zouden kunnen optreden bij de allerkleinsten. Dergelijke hypothesen werden eveneens ondersteund door Canadese, Franse en Belgische auteurs (Cresson, 1999; Lacroix et al., 1999; Massin et al., 2002).

De piek die in 2009 werd waargenomen bij de -15-jarigen kan volgens de ontmoete spoedartsen overigens verband houden met de A/H1N1-griep die dat jaar de kop opstak.

Bij de ouderen zou een mogelijke verklaring voor het toenemende gebruik van de spoeddienst het toenemende aantal mensen in bestaansonzekerheid in het Brusselse gewest kunnen zijn; aangezien zij vaker een beroep doen op de spoeddienst (zie punt 3.1.4). Volgens de gegevens van het IMA<sup>25</sup> is het aantal personen van 65 jaar en ouder dat een vervangingsinkomen heeft, de laatste jaren sterk gestegen in het Brusselse Gewest. Volgens de resultaten op basis van de MZG aangeleverd door de FOD Volksgezondheid is de toename in het gebruik van de spoed door 65-plussers van 2010<sup>26</sup> tot 2016 groter bij

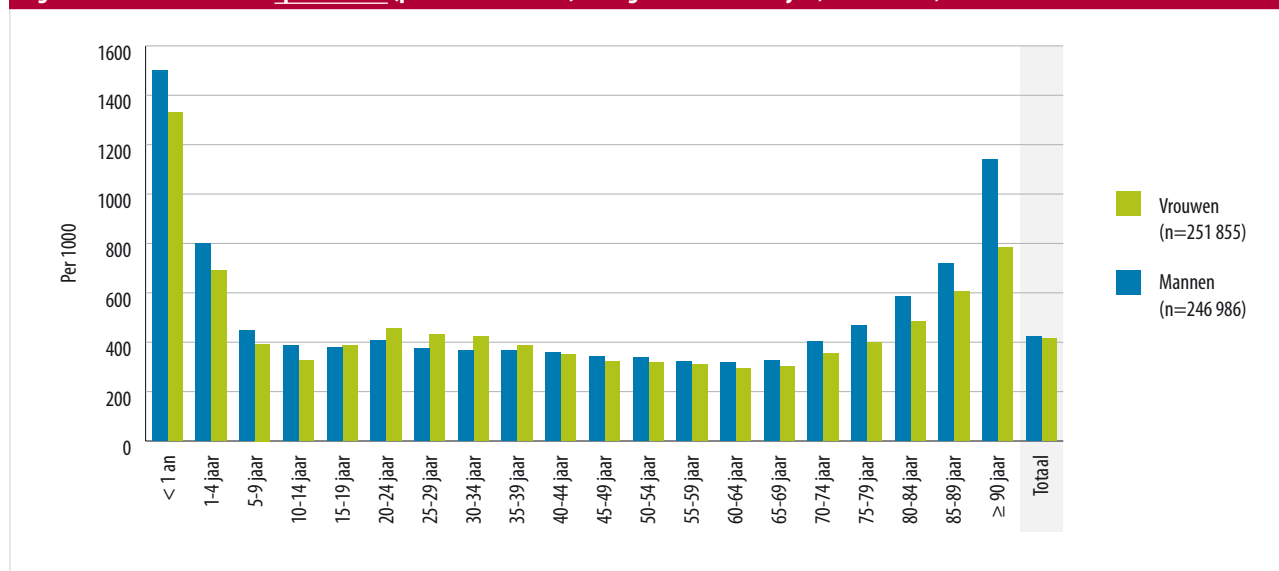
de Brusselaars (+26,4 %) dan bij de Walen (+14,7 %) en de Vlamingen (+6,9 %).

Een andere hypothese die de duidelijke toename van het gebruik van de spoeddienst door ouderen in vergelijking met de middelbare leeftijdscategorie verklaart, is de toename van de prevalentie van chronische ziekten. Ter illustratie, een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont aan dat deze stijging tijdens de periode van 2010-2013 groter was bij de ouderen dan bij de jongeren (Karakaya, 2015).

### 3.1.2. CONTACTEN MET DE SPOEDDIENST NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT

Het globale aantal contacten met de spoeddienst is 419,3 per 1000 inwoners. Dit aantal is het hoogst bij jonge kinderen (jonger dan 5 jaar) en bij ouderen (70 jaar en ouder). Het daalt geleidelijk met de leeftijd, van de -1-jarigen tot en met de 10- tot 14-jarigen. Het stabiliseert zich bij de volwassenen met nog een lichte piek in de leeftijdscategorie van 20- tot 24-jarigen bij de mannen en van 20- tot 34-jarigen bij vrouwen, en stijgt vervolgens vanaf 70 jaar (figuur 2).

**Figuur 2: Contacten met de spoeddienst (per 1000 inwoners) naar geslacht en leeftijd<sup>27</sup>, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

25 Atlas-IMA: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>

26 De resultaten van 2008 en 2009 konden niet verkregen worden.

27 In het originele databestand wordt de leeftijd van de patiënt op het moment van de opname berekend door het verschil te nemen tussen het jaar van opname en het geboortjaar. De leeftijd wordt bijgevolg soms overschat. Een kind geboren op 31 december zal 1 jaar zijn vanaf 1 januari. Voor de leeftijdscategorieën vanaf 5 jaar, worden de verschillen gecompenseerd tussen de onderste en bovenste leeftijdsgrens, maar voor het eerste levensjaar is dat niet het geval. Wel is de werkelijke leeftijd in dagen beschikbaar voor de min 1-jarigen. Op basis hiervan kunnen we een correctie uitvoeren voor de kinderen tussen 0 en 1 jaar. Bijgevolg is de leeftijdsgroep van 1-4 jarigen de enige die onderschat zou worden, waarmee rekening moet worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten.

Het hogere gebruik van de spoeddienst bij jonge kinderen weerspiegelt specifieke gezondheidssituaties aangezien ze vatbaarder zijn voor talrijke infecties en hun immuniteit nog moeten opbouwen. Bij oudere kinderen zijn verwondingen het meest frequent (Guédénéy et al., 2004; Sethi et al., 2008; Gagné et al., 2009; Moreau et al., 2017). Bij de oudere bevolking neemt het aantal contacten met de spoeddienst toe met de leeftijd door de specifieke gezondheidssituaties van deze bevolkingsgroep; zo is de prevalentie van comorbiditeiten hoger bij de ouderen (Van der Heyden, 2014).

De bevolking van 0 tot 74 jaar doet vaker een beroep op ambulante zorg op de spoeddienst, terwijl zorg op de spoed gevolgd door een ziekenhuisopname frequenter is bij ouderen vanaf 75 jaar (niet-geïllustreerde resultaten).

Het globale gebruik van zorg op de spoed is lichtjes hoger bij mannen (425,0 per 1000 inwoners) dan bij vrouwen (413,8 per 1000 inwoners). Desalniettemin is het hoger bij vrouwen van 20 tot 39 jaar (figuur 2). Het feit dat vrouwen van 20 tot 39 jaar vaker een beroep doen op de spoeddienst is hoofdzakelijk te wijten aan zorg op de spoed dat wordt gevolgd door een ziekenhuisopname en deels ook aan de reproductieve gezondheid (niet-geïllustreerde resultaten).

In de leeftijdscategorie van 15-19 jaar en van 40-44 jaar zijn er geen verschillen in het gebruik van de spoeddienst naargelang geslacht. Bij de ouderen tonen de resultaten aan dat de kloof tussen mannen en vrouwen stijgt met de leeftijd (figuur 2). Dit verschil tussen de geslachten wordt vooral verklaard door een verschil in het aantal contacten met de spoeddienst gevolgd door een ziekenhuisopname, waarvoor het percentage hoger is bij mannen, en niet door een verschil in het aantal contacten met de spoeddienst voor ambulante zorg dat quasi identiek is naargelang geslacht (behalve bij de 90-plussers) (niet-geïllustreerde resultaten).

De facturatiegegevens van de Belgische leden van de socialistische en christelijk ziekenfondsen bevestigen deze resultaten. Ze tonen eveneens een lichtjes hoger gebruik van de spoeddienst (alle types) bij mannen dan bij vrouwen voor alle leeftijden tezamen (De Wolf et al., 2011; Avalosse et al., 2015).

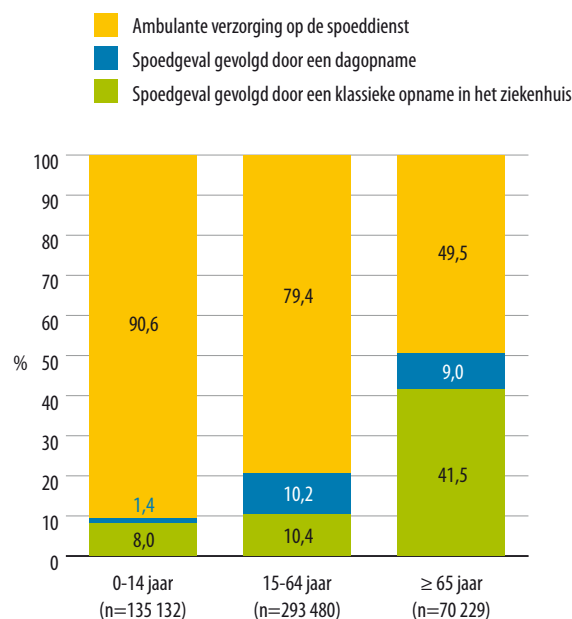
Deze vaststellingen kunnen deels verklaard worden door het feit dat vrouwen meer geneigd zijn om eerst hun huisarts te raadplegen bij een spoedgeval. Volgens een studie uit 2003 bij de Brusselaars op vraag van het verzekeringscomité van het RIZIV en in samenwerking met het iris-netwerk en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (Clumeck et al., 2005) is het aantal vrouwen die hun huisarts raadplegen voor iets dringends groter dan het aantal mannen, terwijl het tegendeel wordt waargenomen voor het aantal contacten met de spoeddienst van ziekenhuizen.

### 3.1.3. TYPES CONTACTEN MET DE SPOEDDIENST

In 2016 werd de helft (50,5 %) van de contacten met de spoeddienst gevolgd door een ziekenhuisopname bij 65-plussers, tegenover 20,6 % bij de 15-64-jarigen en 9,4 % bij de <15-jarigen. Wanneer de zorg op de spoed gevolgd wordt door een ziekenhuisopname bij kinderen jonger dan 15 jaar en bij patiënten van 65 jaar of ouder, gaat het meestal om een klassieke ziekenhuisopname, d.w.z. een ziekenhuisverblijf van minstens één nacht (figuur 3). De verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst per leeftijdscategorie is relatief stabiel gebleven ten opzichte van 2008 (niet-geïllustreerde resultaten).

Uit de ontmoetingen met de spoedartsen is gebleken dat de resultaten een minder goede gezondheidstoestand weerspiegelen van de ouderen die beroep doen op de spoeddienst (complexe comorbiditeiten). Ouderen doen meer een beroep op de spoeddienst voor werkelijk 'urgente' problemen<sup>28</sup>.

**Figuur 3: Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst (in %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**



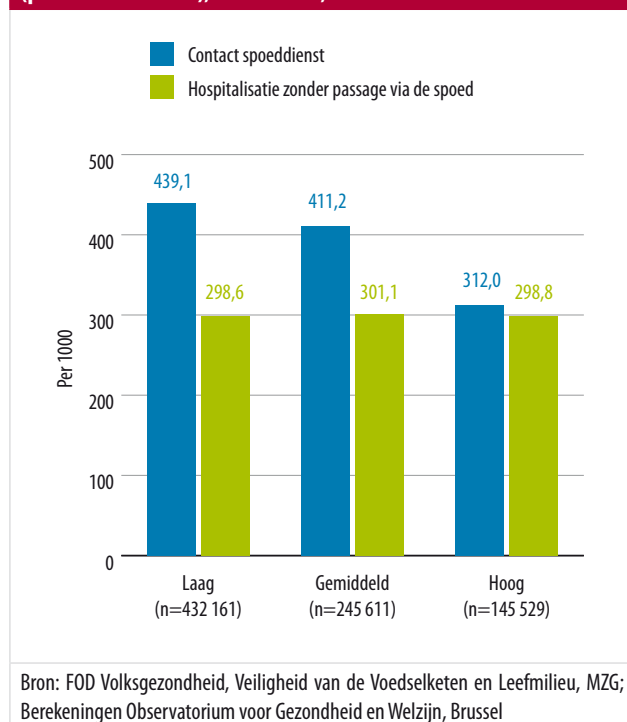
Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

<sup>28</sup> Merk ook op dat er een stijging met de leeftijd wordt waargenomen in het aandeel overlijdens na een contact met de spoeddiensten (0,02 % bij de 0-14-jarigen; 0,2 % bij de 15-64-jarigen; 4,1 % bij de ≥ 65-jarigen), wat ook een lichte stijging met de leeftijd van het aantal contacten met de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname met zich meebrengt. Ter herinnering, de ziekenhuizen zijn verplicht om een klassieke ziekenhuisopname te factureren wanneer de patiënt overlijdt op de spoeddienst (zie hoofdstuk 'Methodologie' voor meer uitleg).

### 3.1.4 GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST PER GEMEENTE EN NATIONALITEIT

Het aantal contacten met de spoeddienst (na controle voor leeftijd) is lager in de sociaaleconomisch bevoorrechte gemeentes<sup>29</sup>. Dit percentage varieert van 439,1 op 1000 inwoners bij patiënten die in de armste gemeentes wonen tot 312,0 op 1000 inwoners bij patiënten uit meer gegoeede gemeentes. Merk ook op dat er geen verschil werd waargenomen in het aantal ziekenhuisopnames zonder passage via de spoeddienst naargelang het socio-economisch niveau (SEN) van de verblijfsgemeente (figuur 4).

**Figuur 4: Contact met de spoeddienst en ziekenhuisopname zonder passage via de spoed, volgens het socio-economisch niveau van de woongemeente<sup>30</sup>, gestandaardiseerd voor leeftijd (per 1000 inwoners), Brusselaars, 2016**



29 Ter informatie: de (niet-geïllustreerde) resultaten van de bruto (niet-gestandaardiseerde) resultaten tonen eveneens een vermindering van het aantal contacten met de spoeddienst wanneer het sociaaleconomisch status van de gemeente van verblijf stijgt.

30 De gemeenten werden opgedeeld in 3 categorieën op basis van een statistische clusteranalyse van hun bevolking. De indeling is gebaseerd op 3 indicatoren (2012): het mediaan inkomen op de belastingaangiften, de werkloosheidsgraad en het aandeel begunstigden van een vervangingsinkomen (18-64 jaar). Op basis van deze criteria bevat de categorie van gemeenten met een hoog SEN: Oudergem, Ukkel, Watermaal-Bosvoorde, Sint-Lambrechts-Woluwe en Sint-Pieters-Woluwe. De categorie met gemeenten met een laag SEN bevat: Anderlecht, Brussel-Stad, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node, Sint-Gillis en Schaarbeek. De acht overige gemeenten maken deel uit van de tussenliggende categorie.

Andere (niet-geïllustreerde) analyses tonen dat de spoeddienst het meest wordt gebruikt door personen in bestaansonzekerheid: 55,0% van de contacten met de spoeddienst betreffen patiënten met een lage socio-economische status (SES). Voor de gemiddelde en hoge SES zijn de verhoudingen respectievelijk 29,9% en 15,1%. Bovendien gebeuren 4,9% van de contacten met de spoeddienst door niet-verzekerde personen<sup>31</sup>. Dit percentage vermindert met 1,4% voor ziekenhuisopnames zonder passage via de spoeddienst.

Het feit dat socio-economisch minder begunstigde personen vaker langsgaan bij de spoeddienst kan verklaard worden door verschillende elementen:

- **Gezondheidstoestand:** personen in bestaansonzekerheid hebben gemiddeld genomen een minder goede gezondheid dan meer welgestelde personen<sup>32</sup> (Van der Heyden, 2014);
- **Lokaal aanbod:** de variatie in het gebruik van de spoeddienst volgens het SEN van de gemeentes van verblijf kan het gevolg zijn van een geografisch verschil in aanbod (nabijheid, toegankelijkheid, ...) van deze diensten. Kaart 1 (hoofdstuk 'Inleiding') toont een hogere concentratie ziekenhuizen met een spoeddienst in de gemeentes met een lage en gemiddelde SEN dan in die met een hoge SEN. De variatie in hun gebruik volgens het SEN van de woongemeente kan ook afhangen van het aanbod en de beschikbaarheid van huisartsen, van de aanwezigheid en de kennis van het bestaan van huisartsenwachtposten in de nabijheid van de spoeddienst en van de eventuele samenwerking tussen de spoeddienst en deze wachtposten;
- **Uitstel van zorg:** sommige minder begunstigde personen moeten gezondheidszorg uitstellen omwille van financiële redenen en moeten zich eerst in een spoedeisende situatie bevinden alvorens zich te laten verzorgen (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2018);
- **Financiële toegankelijkheid:** de spoeddienst passen een derdebetalersregeling toe, waardoor de patiënt de som die hij later terugkrijgt van het ziekenfonds niet moet voorschieten. Dit systeem wordt niet systematisch toegepast door huisartse<sup>33</sup>. Bovendien moet de betaling van de zorg op de spoed wat betreft de bedragen die

31 Met 'niet-verzekerden' worden hier niet de dakloze personen bedoeld want zoals reeds aangehaald worden deze niet opgenomen in de studie. Het betreft hier personen die zijn aangesloten bij een ziekenfonds maar die niet in orde zijn. Volgens de gegevens van het RIZIV bedraagt het aandeel niet-verzekerde Brusselaars 2,1% op 30/06/2016. De niet-verzekerde bevolkingsgroep is dus oververtegenwoordigd op de spoeddiensten.

32 Atlas-IMA: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>

33 Sinds 1 oktober 2015 moet de derdebetalersregeling worden toegepast door huisartsen (behalve bij huisbezoeken) voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (bron: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Derdebetalersregeling: betaal alleen uw deel, het ziekenfonds vergoedt de zorgverlener rechtstreeks [online] (pagina geraadpleegd op 07/12/2018).

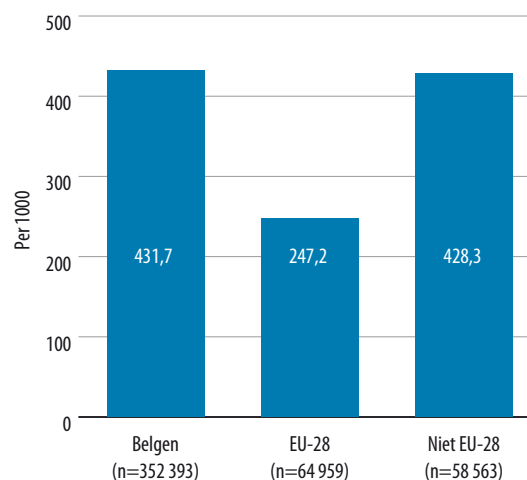
niet worden teruggestort door het ziekenfonds (onder andere de eigen bijdrage) meestal pas gebeuren na ontvangst van de factuur (Van den Heede et al., 2016a). Dit laatste verklarende element moet nochtans genuanceerd worden: de Belgische Gezondheids-enquête van 2013 en de studie die in 2003 werd uitgevoerd bij de Brusselaars op vraag van het RIZIV (eerder vermeld) hebben aangetoond dat het aandeel gebruikers dat beroep heeft gedaan op de spoeddienst omwille van financiële redenen verwaarloosbaar is (Clumeck et al., 2005; Charafeddine, 2015).

Wat de nationaliteit betreft, werd vastgesteld dat het aantal contacten met de spoeddienst (na controle voor leeftijd) bijna twee keer zo klein is bij Brusselse inwoners met een nationaliteit van een land binnen de Europese Unie (en niet België) dan bij degenen die de Belgische nationaliteit hebben en degenen die de nationaliteit van een land buiten de Europese Unie hebben (247,2 tegenover respectievelijk 431,7 en 428,3 per 1000 inwoners)<sup>34</sup> (figuur 5).

Gelijkaardige verschillen worden waargenomen in het geval van ambulante zorg op de spoed, van zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname of van een klassieke of daghospitalisatie zonder passage via de spoeddienst. Wat betreft de zorg op de spoed gevolgd door een daghospitalisatie is het gebruik het hoogst bij de patiënten die niet uit de Europese Unie komen (niet-geïllustreerde resultaten).

Het lage gebruik van de spoeddienst bij de Brusselaars met een nationaliteit van een land uit de Europese Unie (behalve België) kan te wijten zijn aan een in het algemeen gunstigere socio-economische status van dit publiek (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2018), aangezien mensen in bestaans-onzekerheid vaker een beroep doen op de spoeddienst (zie punt 3.1.4).

**Figuur 5: Contact met de spoeddienst per nationaliteit (per 1000 inwoners), gestandaardiseerd voor leeftijd, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

NB: • Tijdens de ontmoetingen met codeerders van de MZG-gegevens werd er opgemerkt dat de 'Belgische' nationaliteit gecodeerd wordt wanneer de patiënt de Belgische nationaliteit heeft alsook een tweede nationaliteit;  
• De campus Hallepoort is de campus waar de nationaliteit het vaakst ongekend is (16,0% ontbrekende gegevens). Dit speelt eveneens een rol in de berekening van het verschil in het gebruik van de spoeddienst naargelang nationaliteit aangezien deze campus een meer multiculturele bevolking ontvangt in vergelijking met de andere Brusselse ziekenhuizen. Een onderschatting van het cijfer kan dus in acht worden genomen bij de categorie 'niet EU-28'.

### 3.1.5. PERIODE VAN HET GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST

#### 3.1.5.1. Gebruik van de spoeddienst naargelang de maand van het jaar

In totaal, voor alle leeftijden varieert het aantal contacten met de spoeddienst van 7,1 % in de maand juli tot 9,1 %<sup>35</sup> tijdens de maand mei (niet-geïllustreerde resultaten).

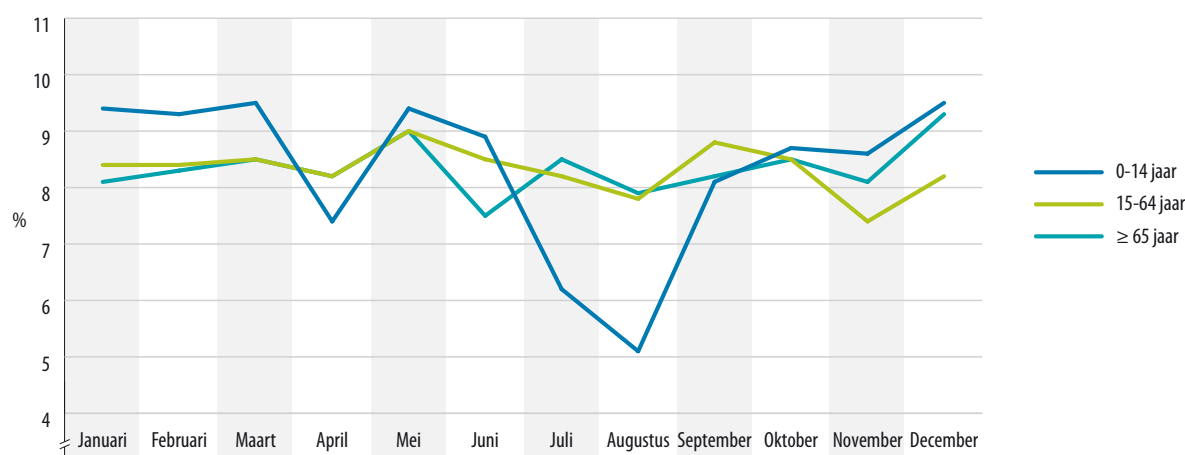
Brusselaars jonger dan 15 jaar doen minder vaak beroep op de spoeddienst tijdens de schoolvakanties, met name tussen de maand juli en augustus (respectievelijk 6,2 % en 5,1 %). Vanaf de eerste schooldag stijgt het percentage geleidelijk en bereikt het een piek tussen december en maart (ongeveer 9,4 %) (figuur 6).

Bij de personen van 15-64 jaar en van 65 jaar en ouder worden er ook schommelingen waargenomen naargelang de maand maar in mindere mate dan bij de -15-jarigen. De percentages variëren in de leeftijdscategorieën van 7,4 % in

Beschikbaar op de URL: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiële-toegankelijkheid/Paginas/derdebetalersregeling.aspx#.XTrGZ0qzaUk>. Eind 2016 wordt de derdebetalersregeling toegepast in 86,5% van de gevallen bij personen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (ten Geuzendam et al., 2017).

34 Ter informatie: de (niet-geïllustreerde) resultaten van de bruto, d.w.z. niet-gestandaardiseerde resultaten tonen ook dat het gebruik van de spoeddienst twee keer lager is bij Brusselaars met een nationaliteit van een land buiten de EU in vergelijking met de twee andere categorieën nationaliteiten.

35 Een lichte piek van het gebruik van de spoeddiensten gedurende de maand mei wordt eveneens vastgesteld in 2013, 2012, 2010 en 2008 (niet-geïllustreerde resultaten).

**Figuur 6: Contact met de spoeddienst volgens maand en naar leeftijdscategorie (in %), Brusselaars, 2016**

Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

november tot 9,0 % in mei bij de 15-64-jarigen en van 7,5 % in juni tot 9,3 % in december bij de 65-plussers (figuur 6).

### 3.1.5.2. Gebruik van de spoeddienst naargelang de dagen van de week

De activiteit in de spoeddienst is in het algemeen stabiel op de verschillende dagen in de week. Een lichte piek wordt waargenomen op maandag, vooral bij de 65-plussers. Bij deze laatsten wordt eveneens een tweede piek waargenomen op vrijdag en neigt het gebruik van de spoeddienst te verminderen tijdens het weekend (tabel 1).

Deze vaststellingen zouden verband kunnen houden met het feit dat oudere patiënten vaker worden doorverwezen naar de spoeddienst door een arts dan jongere patiënten (cf. figuur 9). Volgens een studie uitgevoerd in Frankrijk in 2008 bij personen van 75 jaar en ouder zijn artsen geneigd om hun patiënten bij voorkeur tijdens de werkdagen van

de week naar de spoeddienst door te sturen, voornamelijk op maandag en op vrijdag (er zijn die dagen significant meer patiënten van 75 jaar en ouder met een brief van de arts) (Sough et al., 2012).

Andere, niet-geïllustreerde resultaten tonen dat in de leeftijdscategorie van 0-14 jaar het gebruik van de spoeddienst tijdens het weekend verschilt naargelang de leeftijd: het benadert de 15,5 % bij de 0-9-jarigen (hoger dan in de werkweek) en het is ongeveer 11,5 % bij de 10-14-jarigen (minder hoog dan tijdens de werkweek). Deze aantallen zijn vergelijkbaar op zaterdagen en op zondagen in de 2 leeftijdscategorieën.

De ontmoete spoedartsen hebben erop gewezen dat de percentages contacten met de spoeddienst naargelang de dagen van de week kunnen verschillen per ziekenhuis-campus: de ziekenhuizen die nabij een school of kantoren gelegen zijn, kennen een grote daling

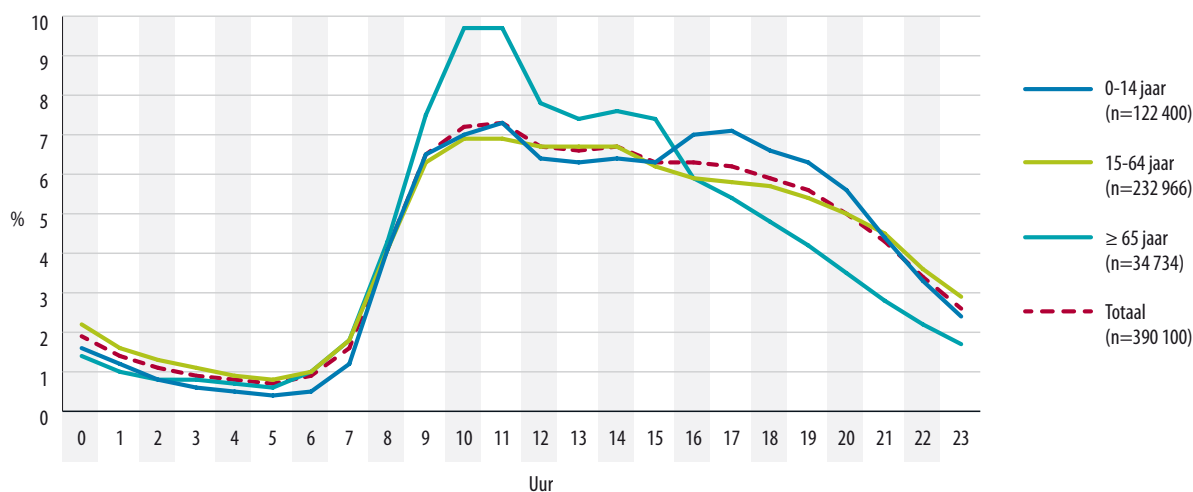
**Tabel 1: Contact met de spoeddienst volgens de dagen van de week<sup>36</sup> (aantal en %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**

	0-14 jaar		15-64 jaar		≥ 65 jaar		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Maandag</b>	21 211	15,7	47 742	16,3	11 579	16,5	80 532	16,1
<b>Dinsdag</b>	18 295	13,5	41 624	14,2	10 110	14,4	70 029	14,0
<b>Woensdag</b>	17 957	13,3	40 296	13,7	10 263	14,6	68 516	13,7
<b>Donderdag</b>	18 479	13,7	40 667	13,9	9 856	14,0	69 002	13,8
<b>Vrijdag</b>	19 452	14,4	41 803	14,2	10 906	15,5	72 161	14,5
<b>Zaterdag</b>	19 869	14,7	41 057	14,0	9 244	13,2	70 170	14,1
<b>Zondag</b>	19 869	14,7	40 291	13,7	8 271	11,8	68 431	13,7
<b>Totaal</b>	135 132	100,0	293 480	100,0	70 229	100,0	498 841	100,0

Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

<sup>36</sup> Ter info, in 2016 was er één zaterdag meer (53 keer) tegenover de andere dagen van de week (52 keer).

**Figuur 7: Ambulante zorg op de spoeddienst volgens het uur\* (in %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

\* Voorbeeld: 3 = van 3u00 tot 3u59

van het gebruik van de spoeddienst tijdens het weekend. Bij de ziekenhuizen die gelegen zijn in een voornamelijk residentiële omgeving, zijn de percentages stabiel en zijn de verschillen tussen werk- en weekenddagen veel kleiner. We kunnen dezelfde vaststellingen doen wanneer we de resultaten uit de MZG tussen de campussen Sint-Michiel en Sint-Elisabeth van de Europa Ziekenhuizen vergelijken (niet-geïllustreerde resultaten).

### 3.1.5.3. Gebruik van de spoeddienst in de loop van één dag

In het algemeen wordt de spoeddienst vooral opgezocht tijdens de werkuren (tussen 9 en 15 uur) door volwassenen van 15 jaar en ouder en in de late namiddag door kinderen van 0-14 jaar (figuur 7 en 8).

In het totaal vindt 62,4% van de contacten met de spoeddienst plaats tussen 8 en 18 uur. Het percentage contacten met de spoeddienst dat plaatsvindt tussen 8 en 18 uur is 63,4% bij de 0-14-jarigen; 60,2% bij de 15-64-jarigen en 69,4% bij de 65-plussers (niet-geïllustreerde resultaten). Volgens de gezondheidsenquête van 2013 vindt iets meer dan de helft (57,0%) van de contacten met de spoeddienst van de Belgische bevolking overdag plaats op werkdagen (Charafeddine, 2015).

Meer specifiek wordt er bij kinderen jonger dan 15 jaar een eerste piek geobserveerd rond 11 uur en een tweede op het uur waarop de schooldag gedaan is, namelijk rond 16-17u wanneer het gaat om ambulante zorg op de spoed, en wat meer gespreid tussen 16 en 20 uur voor zorg op de spoed gevolgd door een ziekenhuisopname (figuren 7 en 8).

De waargenomen piek in de late namiddag bij 0-14-jarigen zou volgens de spoedartsen voor een groot deel te wijten zijn aan contacten om 'administratieve' redenen. Hierbij

gaat het om contacten met de spoeddienst om een medisch attest te verkrijgen (voor kinderopvang, scholen en oppas) wanneer het kind ziek is geweest of een ongeval gehad heeft in de loop van de dag.

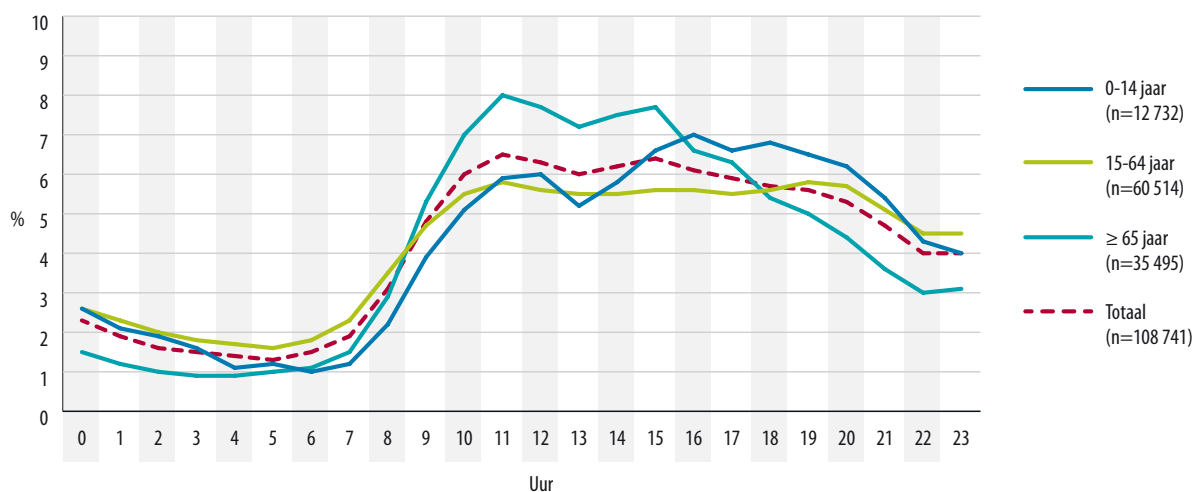
Tot slot lijkt het erop dat er niet continu beroep gedaan wordt op pediatrie op de spoed, maar eerder in bepaalde periodes, overeenkomstig de activiteitspieken (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010). Een spoedarts van een pediatrie spoeddienst vermeldde het feit dat deze dienst effectief 'stampvol' zit in bepaalde periodes: in de late namiddag en in de vroege avond, op maandagen en tijdens de weekends en in bepaalde maanden (vooral in de winter). In andere periodes staat de pediatrie activiteit op de spoeddienst soms op een heel laag pitje.

De personen van 65 jaar en ouder hebben eerder de neiging om beroep te doen op de spoeddienst tijdens de dag (tussen 9 en 15 uur) dan de jongere bevolking (figuur 7 en 8).

Het fenomeen van 'verzadiging' van de spoeddienst door de volwassen bevolking lijkt weinig onderzocht te zijn in België. Een Belgische studie over het gebruik van de spoeddienst heeft desondanks aangetoond dat in 2003 bijna twee op de vijf patiënten van 15 jaar en ouder na een wachttijd van 30 minuten werden behandeld wanneer de door de arts ingeschatte graad van urgentie hoog was (Clumek et al., 2005). Door de verhoogde activiteit op de spoeddienst de laatste jaren is het waarschijnlijk dat de wachttijden momenteel globaal gezien zijn toegenomen.

Dezelfde Belgische studie die in 2003 werd uitgevoerd, heeft getoond dat de patiënten die een beroep doen op de spoeddienst aan het eind van de avond of tijdens de nacht in het algemeen een perceptie van een hogere graad

**Figuur 8: Contact met de spoeddienst gevolgd door een ziekenhuisopname volgens uur\* (in %), per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

\* Voorbeeld: 3 = van 3u00 tot 3u59

van urgentie hebben dan degenen die tijdens de dag een beroep doen op de spoeddienst (Clumeck et al., 2005).

### 3.1.6. GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST NA DOORVERWIJZING DOOR EEN ARTS

Bijna negen op de tien contacten met de spoeddienst zijn door patiënten die niet doorverwezen zijn door een arts. Wetende dat een groot deel van deze patiënten zou kunnen worden behandeld door een huisarts (Van den Heede et al., 2016a), geeft deze indicator een schatting "van de mate waarin de spoeddienst de rol van eerstelijnszorg opneemt"<sup>37</sup> (Charafeddine, 2015).

De patiënten ouder dan 65 jaar worden vaker doorverwezen naar de spoeddienst door een arts in vergelijking met de jongeren. In 2016 vond 19,0% van de contacten met de spoeddienst van patiënten van 65 jaar en ouder plaats na doorverwijzing door een arts, tegenover 6,5% bij de 15-64-jarigen en 3,9% bij de kinderen jonger dan 15 jaar (figuur 9). Hoe hoger de leeftijd van de 65-plussers, hoe hoger het aantal contacten met de spoeddienst na doorverwijzing door een arts: dit varieert van 13,5% bij de 65-69-jarigen tot 25,7% bij de 90-jarigen en ouder (niet-geïllustreerde resultaten).

Volgens de ontmoete spoedartsen zou de gewoonte om in eerste plaats de behandelende arts te contacteren bij een spoedgeval meer verankerd zijn bij de ouderen.

Het percentage patiënten dat door een arts doorverwezen werd naar de spoeddienst is in het algemeen afgenomen tussen 2008 en 2016 (van 10,7% naar 7,8%)<sup>38</sup> en dit vooral bij de 65-plussers. Bij deze laatsten is het aantal van 31,1% in 2008 gedaald naar 19,0% in 2016 (figuur 9). Bij de 65-plussers is de daling vooral duidelijk bij de oudsten. Bij wijze van indicatie, het aantal doorverwezen contacten is gedaald van 45,1% in 2008 naar 25,7% in 2016 bij de 90-jarigen en ouder (niet-geïllustreerde resultaten).

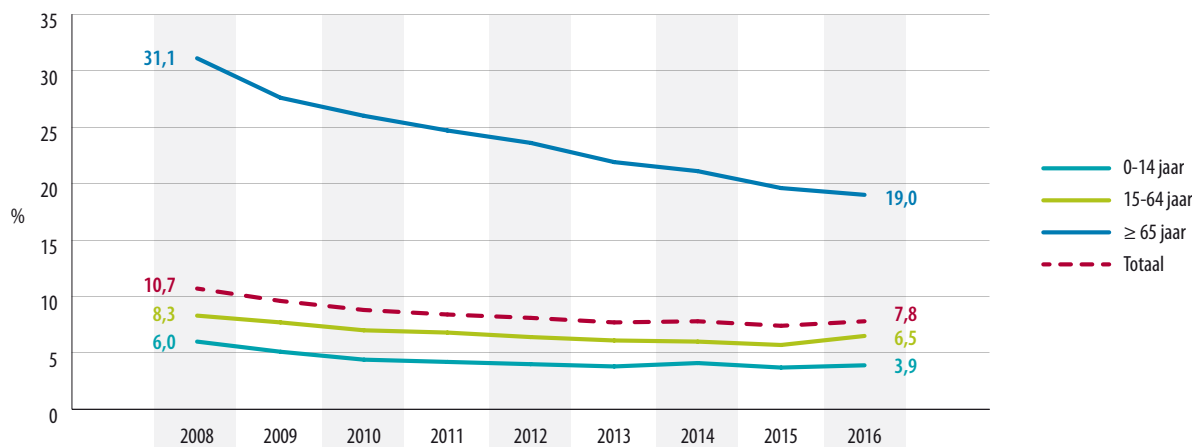
De resultaten van de Gezondheidsenquête in het Brussels Gewest zijn gelijklopend met die van de MZG: 88% van de contacten met de spoeddienst gebeuren door personen die niet doorverwezen zijn door een arts en het aantal doorverwijzingen door een arts is lichtjes gedaald tussen 2008 en 2013, voor alle leeftijden. De resultaten van deze enquête voor geheel België tonen dat de -65-jarigen eerder geneigd zijn om naar de spoeddienst te gaan zonder ernaar te zijn doorverwezen door een arts. Ook is het aandeel niet-doorverwezen patiënten in Brussel een beetje hoger dan in Wallonië en veel hoger dan in Vlaanderen (Charafeddine, 2015).

De eigen bijdrage van patiënten die zonder doorverwijzing van een arts naar de spoeddienst gaan is hoger dan die van doorverwezen patiënten. Deze maatregel, ingevoerd in 2007 (Van den Heede et al., 2016b), had tot doel de bevolking aan te sporen om bij 'niet-dringende' symptomen eerst de huisarts te raadplegen in plaats van naar de spoeddienst te gaan (Van den Heede et al., 2016a).

37 Merk op dat de Belgische studie BePASSTA heeft aangetoond dat onder de kinderen jonger dan 16 jaar die een beroep deden op de spoeddienst zonder ernaar te zijn doorverwezen, bijna negen op de tien een vaste huisarts hebben (BePASSTA Study Group, 2011).

38 Ter info, het aantal niet-doorverwezen contacten is gestegen, terwijl het aantal doorverwezen contacten in het algemeen stabiel is gebleven.

**Figuur 9: Het aandeel contacten met de spoeddienst na doorverwijzing door een arts<sup>39</sup>, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

NB: Ten gevolge van registratiefouten van deze informatie in de MZG in 2016 en 2016 in een van de Brusselse ziekenhuizen werd dit ziekenhuis uitgesloten van de analyses voor de jaren 2015 en 2016.

Deze maatregel lijkt het gedrag van de Brusselaars nochtans niet te hebben veranderd, aangezien enerzijds het gebruik van de spoeddienst de laatste jaren is toegenomen en anderzijds het aantal contacten met de spoeddienst na doorverwijzing blijft dalen sinds 2008<sup>40</sup>.

Desalniettemin zijn de ziekenhuizen niet wettelijk verplicht om de verhoogde eigen bijdrage voor patiënten die niet doorverwezen zijn door de arts toe te passen. Het blijkt dat de ziekenhuizen deze maatregel weinig toepassen uit vrees patiënten te verliezen met 'niet-dringende' symptomen (Van den Heede et al., 2016b).

De verklarende elementen voor het dalende aantal doorverwezen contacten zouden dus de volgende kunnen zijn:

- De verandering van mentaliteit/houding van de bevolking ten opzichte van gezondheidszorg: steeds meer een consumptiemaatschappij; de behoefte om gerustgesteld te worden gezien de vaak hogere gepercipieerde urgentie (Gentile et al., 2007). De hoogstaande technologische omgeving van de spoeddienst, meer en meer gewaardeerd en gemediatiseerd, verschaft dit geruststellende effect (Cresson, 1999; Van den Heede et al., 2016a).

- Meer specifiek bij de oudere patiënten zou het gaan om de vermindering van huisbezoeken door huisartsen in de loop der jaren<sup>41</sup>.

### 3.1.7. GEMIDDELDE VERBLIJFSDUUR

In 2016 is de gemiddelde duur van een klassieke ziekenhuisopname met een passage via de spoeddienst in totaal 10,1 dagen. De gemiddelde verblijfsduur neemt toe met de leeftijd en is 3 tot 4 keer langer bij personen van 65 jaar en ouder in vergelijking met de gemiddelde verblijfsduur van kinderen jonger dan 15 jaar (figuur 10).

Tussen 2008 en 2016 is de gemiddelde algemene verblijfsduur bij een klassieke ziekenhuisopname met een passage via de spoeddienst lichtjes verkort. Het is bij de 65-plussers dat de gemiddelde verblijfsduur het meest is verkort (verkorting van 1,7 dagen) (figuur 10).

<sup>39</sup> Verwijst naar de huisarts van de patiënt, naar de dokter van wacht, naar een specialist van het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis met een introductiebrief, na een telefonisch contact of na een mondeling contact.

<sup>40</sup> Daling waargenomen in alle ziekenhuizen, zelfs die buiten het Brussels Gewest, behalve in Erasmus, waar een lichte stijging van 2,3 procentpunten (ongeacht de leeftijd) wordt waargenomen van 2008 tot 2016.

<sup>41</sup> Bron: Le journal du Médecin. 4 millions de visites à domicile en moins en dix ans [online] (pagina geraadpleegd op 29/01/2019). Beschikbaar op de URL: <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/4-millions-de-visites-a-domicile-en-moins-en-dix-ans/article-normal-13517.html>

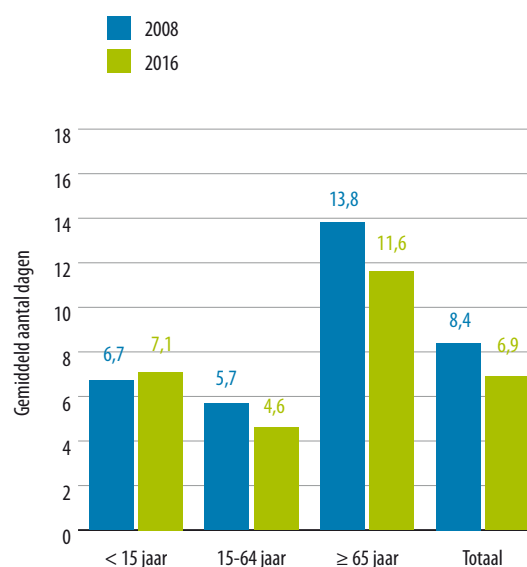


**Figuur 10: Gemiddelde duur (in dagen) van een klassieke ziekenhuisopname na passage via de spoed, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008 en 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

**Figuur 11: Gemiddelde duur (in dagen) van een klassieke ziekenhuisopname zonder passage via de spoed, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008 en 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

De gemiddelde verblijfsduur bij een klassieke ziekenhuisopname zonder passage via de spoeddienst bedraagt in totaal 6,9 dagen in 2016. De kortste gemiddelde verblijfsduur wordt vastgesteld in de leeftijdscategorie van 15-64 jaar (4,6 dagen) en de langste bij de 65-plussers (11,6 dagen) (figuur 11).

De gemiddelde verblijfsduur bij een klassieke ziekenhuisopname zonder passage via de spoeddienst is in het algemeen verkort tussen 2008 en 2016, behalve bij de -15-jarigen, bij wie een lichte stijging waargenomen wordt. De grootste verkorting wordt waargenomen bij de 65-plussers: 2,2 dagen minder (figuur 11).

Bij de volwassenen van 15 jaar en ouder is de gemiddelde verblijfsduur van een klassieke hospitalisatie langer wanneer ze voorafgegaan wordt door een passage via de spoeddienst (figuren 10 en 11). Deze vaststelling zou enerzijds kunnen verklaard worden door de ernstigere problemen die patiënten vertonen die langsgaan bij de spoed en anderzijds door het feit dat het verlaten van het ziekenhuis niet is voorbereid wanneer de ziekenhuisopname niet was gepland, met name voor de oudere patiënten. Een Belgisch onderzoek heeft aangetoond dat voor de meeste 'bed blockers'<sup>42</sup>-patiënten de ziekenhuisopname niet gepland was, en dat het merendeel ouderen zijn (De Foor et al., 2017).

De algemene verkorting van de verblijfsduur is voor een groot deel het gevolg van het financieringssysteem van ziekenhuizen, gebaseerd op een gemiddelde nationale standaardverblijfsduur per diagnosegroep (APR-DRG), per ernst van de aandoening en per leeftijdscategorie. Op die manier wordt een ziekenhuis dat een patiënt langer laat verblijven dan het nationale gemiddelde berekend voor de aandoening in kwestie, financieel gestraft<sup>43</sup>. Dit financieringssysteem zou de ziekenhuizen dus aansporen om de duur van de verblijven in te perken.

Dit roept echter vragen op over de kwaliteit van de zorg en vroegtijdig vertrek naar huis. Zou de verkorting van de verblijfsduur één van de oorzaken zijn van de stijging van het gebruik van de spoeddienst? De volgende resultaten (zie punt 3.1.8) tonen een lichte stijging van vroegtijdige heropnames op de spoeddienst bij patiënten van 65 jaar en ouder. Het is desalniettemin moeilijk om conclusies te trekken op basis van deze resultaten alleen.

Sommigen getuigenissen op een studievoormiddag gewijd aan de organisatie van gezondheidszorg voor oudere personen in het Brusselse gewest<sup>44</sup>, suggereren ook dat de verkorting van de verblijfsduur tot gevolg heeft dat het ziekenhuizen aan tijd ontbreekt om oudere patiënten

42 Dit gaat over patiënten die gehospitaliseerd zijn, terwijl hun ziekenhuisopname medisch niet meer gerechtvaardigd is (De Foor et al., 2007).

43 Koninklijk besluit van 25 april 2020 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

44 *Kwaliteitsvolle ouderenzorg organiseren in het Brussels Gewest: focus op rusthuisbewoners met lichte afhankelijkheid (profielen O en A)*. Studievoormiddag 27/04/2018.

te begeleiden bij het vertrek (naar huis, eventuele institutionalisering, kortverblijf voor revalidatie, ...).

### 3.1.8. VROEGTIJDIGE HEROPNAMES OP DE SPOEDDIENST

Een vroegtijdige heropname verwijst naar een heropname tussen 1 en 30 dagen met een passage via de spoeddienst in hetzelfde ziekenhuis, m.a.w. op dezelfde ziekenhuis-campus of op een andere campus die tot hetzelfde ziekenhuis behoort (ambulante zorg op de spoed of zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname of dagopname).

In 2016 bedraagt het percentage vroegtijdige heropnames op de spoeddienst in totaal 11,0 % (12,0 % bij de -15-jarigen, 10,6 % bij de 15-64-jarigen en 11,1 % bij de 65-plussers) (figuur 12). Bij de kinderen jonger dan 15 jaar worden er grote verschillen waargenomen naargelang de verschillende leeftijdscategorieën (zie verder - figuur 16).

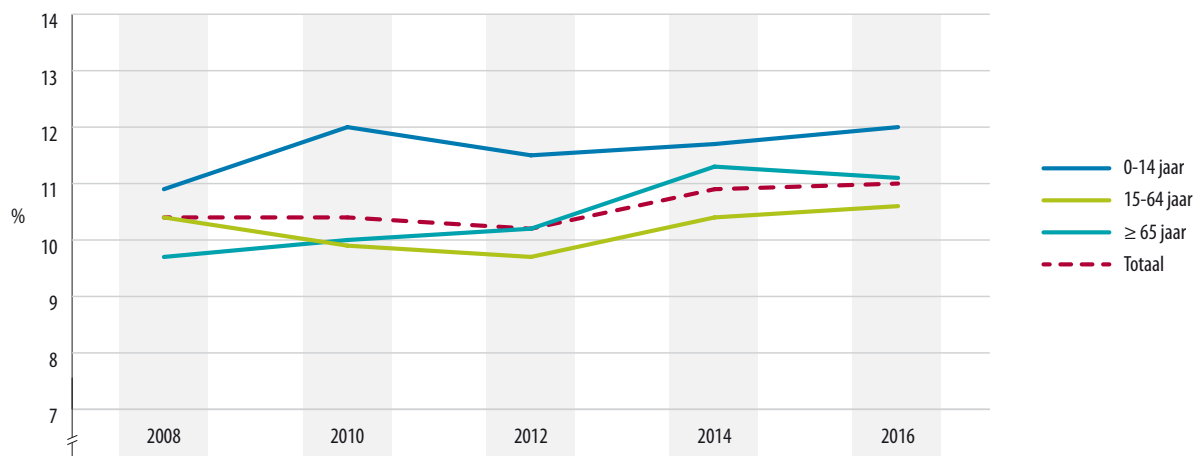
Tussen 2008 en 2016 is het aandeel vroegtijdige heropnames op de spoeddienst relatief stabiel gebleven. Er wordt wel een lichte stijging waargenomen tussen 2012 en 2014, met name bij de 65-plussers (figuur 12).

Bij -15-jarigen in 2016 zijn 88,8 % van de heropnames voor ambulante zorg op de spoed, 10,0 % heropnames met zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname en 1,2 % heropnames met zorg op de spoed gevolgd door een dagopname. Deze percentages zijn respectievelijk 50,9 %, 40,7 % en 8,4 % bij 65-plussers (niet-geïllustreerde resultaten).

Een deel van de heropnames op de spoeddienst is gepland in het kader van een controle (bijvoorbeeld voor wonden, hechtingen, enz.). Dit is het geval bij iets minder dan één op de tien vroegtijdige heropnames op de spoeddienst. Bij wijze van indicatie, er werd vastgesteld op basis van de gegevens van de MZG dat de reden 'controle' drie keer frequenter is wanneer het gaat om een vroegtijdige heropname op de spoeddienst dan wanneer het gaat om heropnames na meer dan 30 dagen (niet-geïllustreerde resultaten). Deze informatie moet desalniettemin met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, want de term 'controle' is een beetje vaag en er worden grote verschillen waargenomen tussen de ziekenhuizen voor de codering van deze variabele.

Ondanks het bestaan van een deel geprogrammeerde heropnames (in het kader van een controle) tonen de cijfers het belang aan van oplettend te zijn t.a.v. de continuïteit van de zorg, in het bijzonder bij ouderen. Dit moet gebeuren in samenwerking met de eerstelijnszorg bij het vertrek uit het ziekenhuis om het risico op vroegtijdige, 'vermijdbare'<sup>45</sup> (ongeplande) heropname te verkleinen. Volgens de Franse wetenschappelijke literatuur zouden bepaalde vroegtijdige niet-geprogrammeerde heropnames bij ouderen kunnen vermeden worden dankzij een continuïteit van de zorg (in ruime zin) na het vertrek uit het ziekenhuis, met name door de organisatie van thuisbezoeken door verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en andere bezoeken die verband houden met het huishouden als ze nodig worden geacht. De medische ziekenhuisteam spelen dus een essentiële rol in de organisatie van de continuïteit van de zorg na een ziekenhuisopname samen met de eerstelijnszorg (Haute Autorité de Santé, 2013).

**Figuur 12: Het aandeel contacten met de spoeddienst waarbij de spoeddienst opnieuw werd gecontacteerd binnen de 1-30 dagen, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

<sup>45</sup> Vroegtijdige heropname in verband met het vorige ziekenhuisverblijf. Merk op dat niet alle vroegtijdige heropnames (behalve die voor een controle) 'vermijdbaar' zijn (Haute Autorité de Santé, 2013).

### 3.2. FOCUS OP HET GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST DOOR BRUSSELAARS JONGER DAN 15 JAAR

In de ziekenhuizen in het Brussels Gewest die een spoeddienst hebben wordt 78,4% van de ziekenhuisopnames<sup>46</sup> van de Brusselaars jonger dan 15 jaar in 2016 voorafgegaan door een passage via de spoeddienst.

Het gebruik van de spoeddienst van Brusselse patiënten jonger dan 15 jaar vertegenwoordigt 27,1% van het totale gebruik van de spoeddienst van de Brusselaars. Ter herinnering: het aantal contacten met de spoeddienst door de -15-jarigen in 2016 bedraagt 574,8 per 1000 inwoners, een aantal dat hoger is dan bij de twee andere leeftijdscategorieën.

#### 3.2.1. EVOLUTIE VAN HET GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST

Figuur 13 toont dat het aantal contacten met de spoeddienst afneemt met de leeftijd, en dit voor elk van de bestudeerde jaren.

Binnen de verschillende leeftijdscategorieën was de stijging van het aantal contacten met de spoeddienst tussen 2008 en 2016 groter bij de -1-jarigen (+24,7%) en bij de 5-9-jarigen (+25,0%), en minder bij de 10-14-jarigen (+18,9%). Bij de 1-4-jarigen werd er een stijging van 22,7% waargenomen (figuur 13).

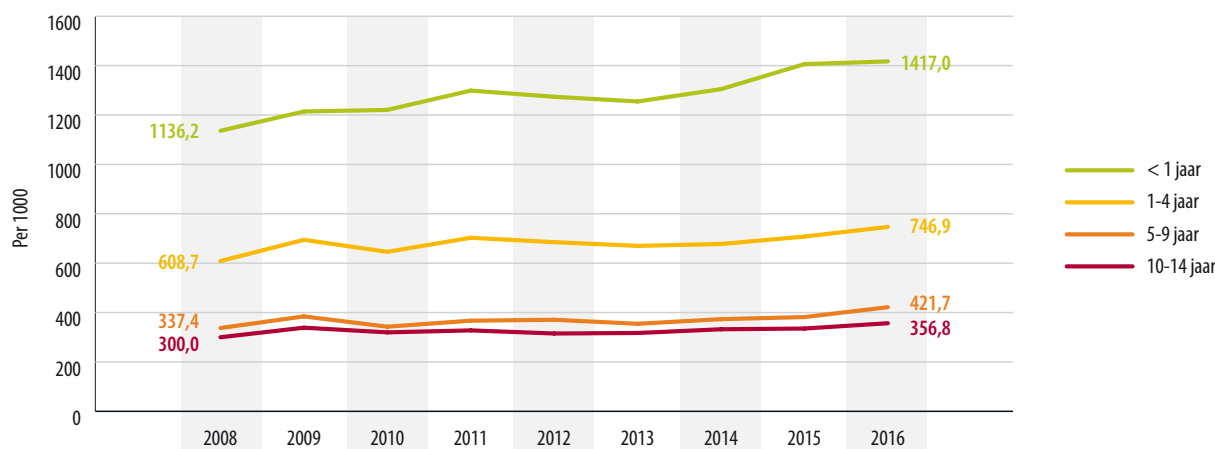
Merk op dat de waargenomen stijging tussen 2008 en 2016 voor de leeftijdsgroepen tussen 1 en 14 jaar grotendeels te wijten is aan de toename van het gebruik van ambulante zorg op de spoeddienst, terwijl deze bij de -1-jarigen eerder te wijten is aan een toename van het aantal contacten met de spoed die gevolgd worden door een ziekenhuisopname (+30,5%) (niet-geïllustreerde resultaten).

#### 3.2.2. TYPES CONTACT MET DE SPOEDDIENST EN MOTIEVEN (REDENEN)

In 2016 werd ongeveer één contact met de spoed op de tien (9,4%) gevolgd door een ziekenhuisopname bij de kinderen jonger dan 15 jaar. Dit aantal is hoger bij de kinderen jonger dan één jaar (18,0%, waarvan 16,9% van de gevallen klassieke ziekenhuisopname zijn) dan bij oudere kinderen (6,6% tot 7,8% naargelang de leeftijd) (figuur 14). Deze resultaten weerspiegelen de fragiele gezondheidstoestand van de allerkleinsten, en zijn in verband te brengen met hun verhoogde gevoeligheid voor infecties van de luchtwegen (figuur 14).

De gegevens van de MZG laten niet toe om de redenen van het contact met de spoeddienst<sup>47</sup> te achterhalen. Voor zover wij weten hebben weinig Belgische studies getracht om de medische redenen van contacten met de spoeddienst bij kinderen te achterhalen. Uit een Franse studie blijkt dat de traumatologie de hoofdrede is staat bij kinderen van 1 tot 14 jaar (Boisguérin et al., 2014). Dat werd bevestigd door de ontmoete spoedartsen, vooral voor de 10-14-jarigen. Bij de zuigelingen jonger dan een jaar is de

**Figuur 13: Contact met de spoeddienst bij kinderen jonger dan 15 jaar (per 1000 inwoners), per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016**



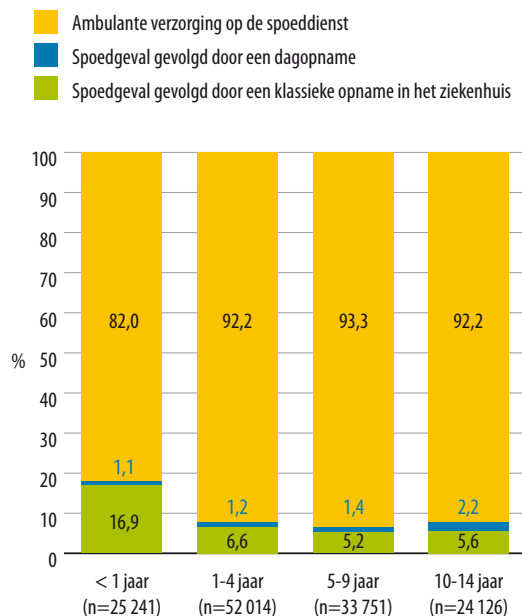
Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

<sup>46</sup> Hier worden de geboortes zonder complicatie (n=15 688) opgenomen in het aantal ziekenhuisopnames zonder passage via de spoeddienst. Zonder deze opnames o.w.v. een geboorte stijgt het percentage naar 86,3%.

<sup>47</sup> Zie het hoofdstuk 'Beperkingen van het onderzoek' (punt 2.5) voor meer uitleg.

aanwezigheid van koorts de hoofdreden (47,0 %), en de tweede braken of diarree (35,0 %) (Baubeau et al., 2003).

**Figuur 14: Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst (in %) bij kinderen jonger dan 15 jaar, per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel  
NB: Hoewel zorg op de spoed gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname frequenter is bij kinderen < 1 jaar in vergelijking met de 1-14-jarigen, wordt er geen verschil waargenomen in het aantal overlijdens naargelang de leeftijd bij de kinderen jonger dan 15 jaar.

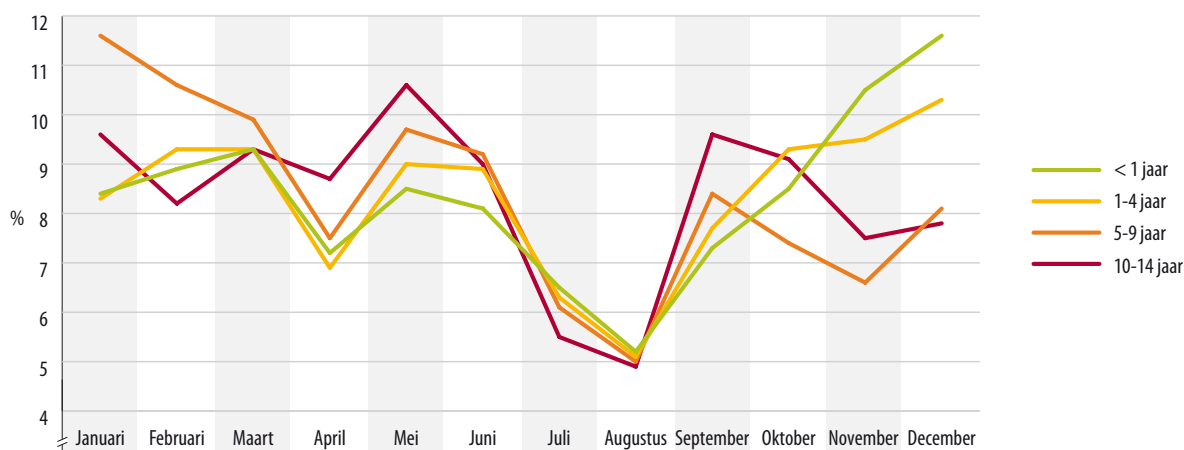
### 3.2.3. GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST IN DE LOOP VAN HET JAAR

In het algemeen wordt er voor de -15-jarigen een daling vastgesteld van het gebruik van de spoeddienst tijdens de zomervakantie.

Bij de -1-jarigen is er een duidelijke piek in december (11,6 %). Het effect van de terugkeer naar de groep (Guédénéy et al., 2004) na de schoolvakantie in juli en augustus lijkt een grotere impact te hebben bij de allerkleinsten. De stijging in het aantal contacten met de spoed tussen augustus en december is namelijk het grootst is in deze leeftijdscategorie (< 1 jaar). In iets mindere mate dan bij de allerkleinsten is er ook een piek (10,3 %) in december bij de kinderen van 1 tot 4 jaar (figuur 15). De ontmoete spoedartsen schrijven de toegenomen activiteit op de spoeddienst tussen oktober en december bij de -5-jarigen toe aan het respiratoir syncytieel virus (RSV) (infectie van de luchtwegen) en aan de griep.

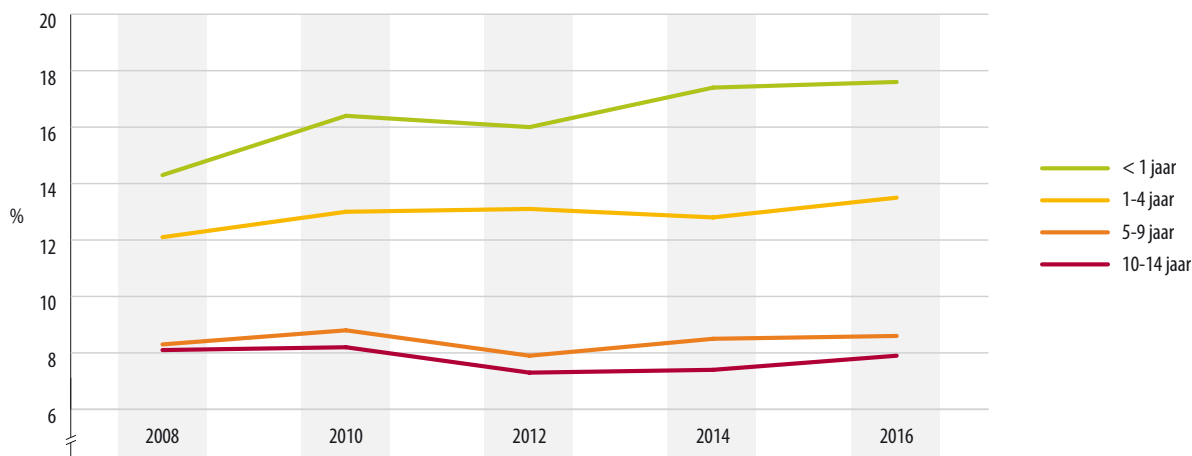
Binnen de leeftijdscategorie van 5-9 jaar is het iets later, in januari, dat er zich een piek voordoet (11,6 %) die overeenkomt met de periode van de griepepidemie. Tot slot is gebruik van de spoed door de 10-14-jarigen het grootst (10,6 %) in de maand mei (figuur 15). Deze toename in mei wordt echter niet vastgesteld voor alle jaren (niet-geïllustreerde resultaten). Deze vaststelling zou kunnen worden verklaard door de toename van astma-aanvallen in de pollenperiodes (Observatorium voor Milieugegevens, 2008; Sciensano, 2016).

**Figuur 15: Contact met de spoeddienst bij kinderen jonger dan 15 jaar (in %), volgens de maand en naar leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

**Figuur 16: Het aandeel contacten met de spoeddienst waarbij de spoeddienst opnieuw werd gecontacteerd binnen de 1-30 dagen bij de min 15-jarigen, per leeftijdscategorie en per jaar, Brusselaars, 2008-2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

### 3.2.4. VROEGTIJDIGE HEROPNAMEN OP DE SPOEDDIENST

Het aantal vroegtijdige heropnames (tussen 1 en 30 dagen) op de spoeddienst vermindert met de leeftijd bij kinderen jonger dan 15 jaar. In 2016 bedraagt het respectievelijk 17,6 % en 13,5 % bij de -1-jarigen en de 1-4-jarigen en daalt het naar 8,6 % bij de 5-9-jarigen en naar 7,9 % bij de oudste kinderen (10-14 jaar) (figuur 16).

Tussen 2008 en 2016 is het aantal vroegtijdige heropnames op de spoeddienst fors gestegen bij de -1-jarigen (+23,1 %) en in mindere mate bij de 1-4-jarigen (+11,6 %). Bij de 5-14 jarigen, is het aantal in het algemeen stabiel gebleven (figuur 16).

### 3.3. FOCUS OP HET GEBRUIK VAN DE SPOEDDIENST DOOR BRUSSELAARS VAN 65 JAAR EN OUDER

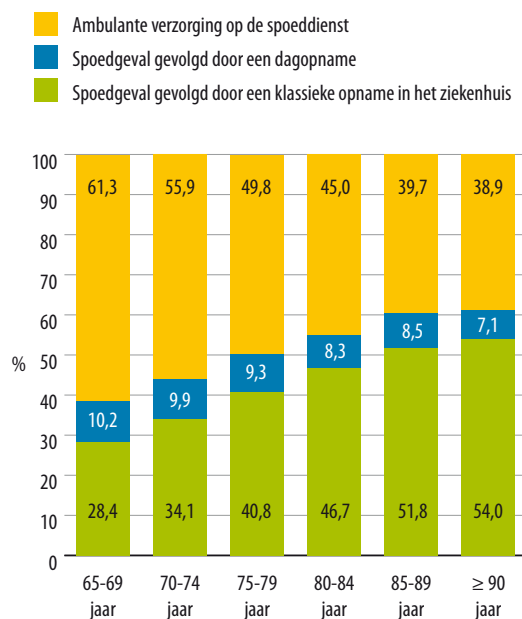
In de ziekenhuizen met een spoeddienst, gelegen in het Brusselse Gewest komt 44,9 % van de gehospitaliseerde Brusselaars van 65 jaar en ouder binnen via de spoeddienst in 2016. Het gebruik van de dienst spoedgevallen door patiënten van 65 jaar en ouder vertegenwoordigt 14,1 % van het totale gebruik van de spoeddienst door Brusselaars.

#### 3.3.1. TYPES CONTACT MET DE SPOEDDIENST EN MOTIEVEN (REDENEN)

Het aandeel contacten met de spoeddienst die worden gevolgd door een ziekenhuisopname in verhouding tot alle contacten met de spoeddienst stijgt met de leeftijd. Het gaat van 38,6 % (waarvan 28,4 % klassieke ziekenhuisopnames) bij de personen van 65-69 jaar naar 61,1 % (waarvan 54,0 % klassieke ziekenhuisopnames) bij de 90-jarigen en ouder (figuur 17). Deze resultaten weerspiegelen waarschijnlijk de (hogere) ernst van de gezondheidstoestand van oudere patiënten (Carrasco et al., 2003). Merk ook op dat het aandeel overlijdens na een contact met de spoeddienst stijgt met de leeftijd (1,7 % bij de 65-69-jarigen, en 8,5 % bij de 90-jarigen en ouder), wat ook een lichte stijging met de leeftijd tot gevolg heeft van het aantal spoedgevallen gevolgd door een klassieke ziekenhuisopname<sup>48</sup>.

<sup>48</sup> Zie het hoofdstuk 'Methodologie' (punt 2.4.3) voor meer uitleg.

**Figuur 17: Verdeling van de verschillende types contact met de spoeddienst (in %) bij 65-plussers, per leeftijdscategorie, Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

De MZG-gegevens laten niet toe om de redenen van het gebruik van de spoeddienst<sup>49</sup> te kennen, en voor zover we weten hebben weinig Belgische studies getracht om de medische redenen van het gebruik van de spoed door oudere patiënten te achterhalen. Volgens een Franse studie is een val de meest frequente medische oorzaak (22,0 %), gevolgd door spijsverteringsstoornissen (13,0 %) en ademnood (12,0 %) bij 75-jarigen en ouder (Sough et al., 2012). Merk ook op dat uit de ontmoetingen met de spoedartsen blijkt dat een verslechtering van de algemene gezondheidstoestand een veel voorkomende medische reden is voor ouderen om langs te gaan bij de spoeddienst.

### 3.3.2. WOONPLAATS VAN PATIËNTEN VAN 65 JAAR EN OUDER DIE EEN BEROEP DOEN OP DE SPOEDDIENST

Van de contacten met de spoeddienst door 65-plussers, gebeurt de grote meerderheid door personen die nog thuis wonen (81,1%), en ongeveer één op de tien contacten (12,2 %)<sup>50</sup> gebeurt door personen die in een RVT of in een ROB verblijven. Deze verhoudingen bedragen

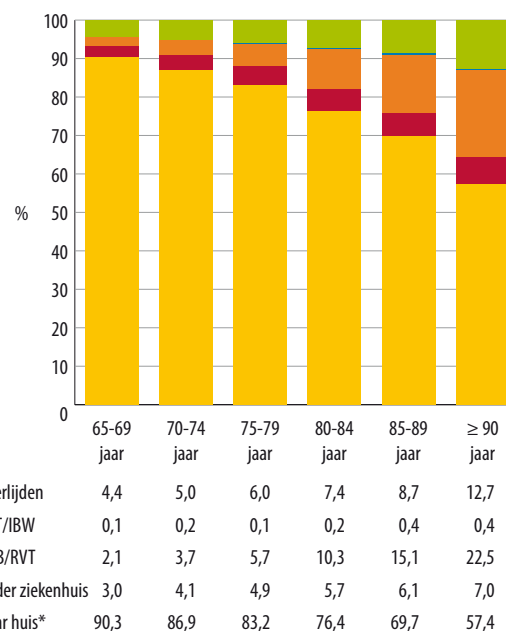
<sup>49</sup> Zie het hoofdstuk 'Beperkingen van het onderzoek' (punt 2.5) voor meer uitleg.

<sup>50</sup> Ter info: 7,8 % van de Brusselaars van 65 jaar en ouder die recht hebben op en in orde zijn met de verplichte ziekteverzekering zouden in een RVT of een ROB verblijven in 2016 (Bron: Atlas IMA). Er is ook een lichte oververtegenwoordiging van patiënten uit deze instellingen op de spoeddiensten.

respectievelijk 89,9 % en 2,9 % bij de 65-69-jarigen, en 60,0 % en 34,4 % bij de 90-jarigen en ouder (niet-geïllustreerde resultaten).

Wanneer de ziekenhuisopname voorafgegaan wordt door een passage via de spoeddienst, neemt het aantal mensen die terugkeren naar huis af met de leeftijd. Dat aandeel is 90,3 % bij de 65-69-jarigen en 57,4 % bij personen die 90 jaar en ouder zijn. Het aantal geïnstitutionaliseerde patiënten in een RVT of een ROB neemt toe met de leeftijd: dat gaat van 2,1 % voor de 65-69-jarigen tot 22,5 % voor personen die 90 jaar en ouder zijn (figuur 18).

**Figuur 18: Plaats van terugkeer na een ziekenhuisopname volgend op een passage via de spoed, van 65-plussers die nog thuis woonden (in %), Brusselaars, 2016**



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

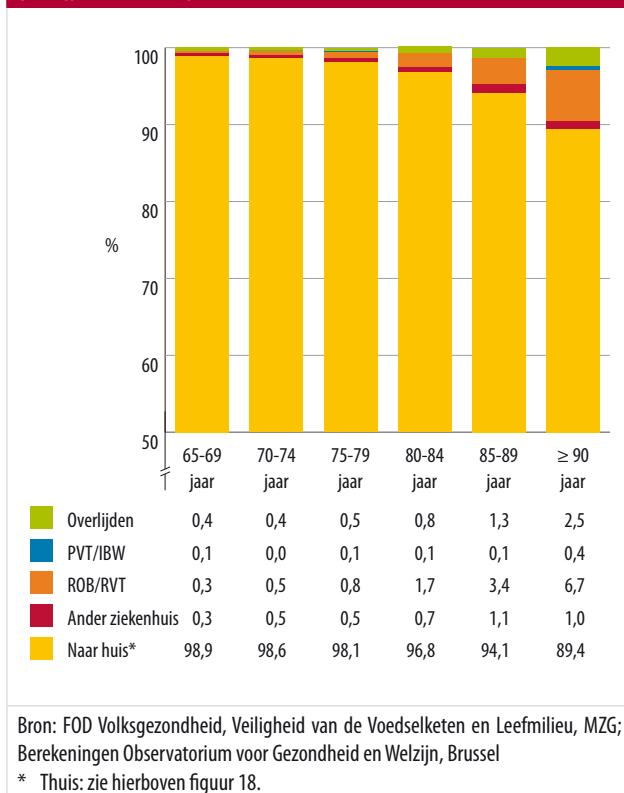
\* Thuis: het kan hier ook gaan om iedere andere leefomgeving waarin de persoon in kwestie op autonome wijze kan leven (vb. residenties voor ouderen) of om een gevangenis. Als de patiënt woonachtig is of een kort verblijf doorbrengt in een RVT of een ROB worden de ziekenhuizen geacht om de modaliteit 'RVT/ROB' te coderen (cf. ontmoetingen met codeerders van de MZG-gegevens). Het is evenwel mogelijk dat een minderheid van de ziekenhuizen 'thuis' ingegeven voor deze situaties. Het aantal vertrekken naar een RVT/ROB wordt dus waarschijnlijk lichtjes onderschat.

Deze niet-geïllustreerde resultaten tonen de verschillen naargelang geslacht voor de spoedgevallen gevolgd door een ziekenhuisopname. Bij de 65-plussers is het aantal overlijdens kleiner bij de vrouwen (6,0 % tegenover 8,5 %). Vrouwen vertrekken vaker naar een RVT/ROB (11,3 % tegenover 6,5 %). Hoe hoger de leeftijd, hoe meer het verschil tussen de geslachten merkbaar is. Deze resultaten zouden in verband kunnen gebracht worden met de

hogere levensverwachting van vrouwen (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2018).

In geval van een ziekenhuisopname zonder passage via de spoeddienst, wordt er vaker terug naar huis gekeerd: 98,9 % bij de 65-69-jarigen en 89,4 % bij de 90-jarigen en ouder (figuur 19).

**Figure 19: Plaats van terugkeer na een ziekenhuisopname zonder een passage via de spoed, van 65-plussers die nog thuis woonden (in %), Brusselaars, 2016**



Ten slotte, de ziekenhuisopname blijkt, vooral wanneer ze voorafgegaan wordt door een passage via de spoeddienst, een kritiek moment te zijn in de levensloop van oudere personen wat betreft het risico op het verlies van autonomie, wat ook werd aangetoond door de Haute Autorité de Santé<sup>51</sup>.

51 Haute Autorité de Santé (HAS). Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées [online] (pagina geraadpleegd op 14/03/2019). Beschikbaar op de URL: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2801383/fr/limiter-la-perde-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801383/fr/limiter-la-perde-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees)

## 4. CONCLUSIE

Het doel van dit onderzoek was om in een lokale context, voor de Brusselaars, het internationaal waargenomen fenomeen van de toenemende activiteit van de spoeddienst van ziekenhuizen te bestuderen. Het onderzoek heeft zich specifiek toegespitst op kinderen jonger dan 15 jaar en op de personen van 65 jaar en ouder, aangezien dit de twee doelgroepen zijn die het meest een beroep doen op de spoeddienst en bij wie de stijging tussen 2008 en 2016 het duidelijkst merkbaar was.

Het Brussels Gewest wordt gekenmerkt door een hoger aanbod aan spoeddiensten en ziekenhuizen in verhouding tot de bevolking in vergelijking met de twee andere gewesten. Dat grotere aanbod van spoeddiensten kan deels verklaard worden door het feit dat de Brusselaars er meer gebruik van maken. In vergelijking met de inwoners van de twee andere gewesten gebruiken de Brusselaars meer de spoeddienst, gebeurt dit vaker zonder doorverwijzing door een arts en is de toename in het gebruik van de spoeddienst de laatste jaren het grootst bij de Brusselaars. In parallel met de stijging van het gebruik van de spoed, nemen we een daling waar van het aandeel doorverwijzingen door een arts de laatste jaren, voornamelijk bij ouderen, en in mindere mate bij kinderen.

Het grote lokale aanbod aan spoeddiensten in het Brussels Gewest, en bijgevolg de makkelijke toegankelijkheid en geografische nabijheid van deze diensten, zorgt er waarschijnlijk voor dat de vraag naar/het gebruik van tweedelijnszorg inadequaat is. Deze diensten zouden nu eerder een rol van eerstelijnszorg spelen, vooral voor kinderen (die de hulpdiensten vooral op ambulante wijze gebruiken en zonder te zijn doorverwezen door een arts). Uit dit onderzoek is bovendien gebleken dat de Brusselaars uit de minst bevoorrechte gemeentes het vaakst beroep doen op de spoeddienst, waarvan de concentratie groter is in die gemeentes. Tot slot is er bij de ziekenhuizen die in een schoolomgeving of in de buurt van kantoren liggen een sterke daling in de activiteit van de spoeddienst merkbaar tijdens de weekends.

Behalve het grote aanbod kunnen andere elementen de stijging van het gebruik van de spoeddienst verklaren: de verandering van de financieringswijze van de spoeddienst, de stijging van het aantal personen in bestaansonzekerheid en van het aantal mensen met (een) chronische ziekte(s), de lagere beschikbaarheid van huis- en kinderartsen en ten slotte ook de verandering in mentaliteit en houding van de bevolking die geconfronteerd wordt met een groeiende behoefte om gerustgesteld te worden t.a.v. de als urgent gepercipieerde situatie.

Specifiek voor kinderen kunnen volgende factoren de stijging van het gebruik van de spoeddienst en de daling

van doorverwijzingen door een arts verklaren: 1) de lagere beschikbaarheid van kinder- en huisartsen, met name buiten de werkdagen en -uren (deze verklarende factor wordt ook weerspiegeld in het hogere aantal contacten met de spoeddienst aan het eind van de namiddag en tijdens de weekends bij kinderen); 2) het feit dat huisartsen minder vaak kinderen als patiënt nemen; 3) de groeiende behoefte van ouders om gerustgesteld te worden ten opzichte van de als urgent percipieerde situatie.

De seizoensgebonden schommelingen van de activiteit in de spoeddienst is het duidelijkst merkbaar bij kinderen, met een zwakke activiteit tijdens de schoolvakanties en pieken in de winter. De seizoensgebonden schommelingen in de activiteit van de spoeddienst bij kinderen brengen periodes met zich mee waarop het te druk is op de spoeddienst, met name voor pediatrische zorg, terwijl het aantal voltijdse werkkrachten relatief constant blijft in de loop van het jaar en niet aangepast wordt aan drukke of luwe periodes op de spoeddienst.

Wat de oudere doelgroep betreft, zijn er andere specifieke, verklarende elementen die mogelijk een rol spelen: 1) de mindere toegankelijkheid van de huisartsen aangezien deze laatste steeds minder huisbezoeken doen; 2) de toename van chronische ziektes; 3) de grotere kwetsbaarheid van deze bevolkingsgroep.

Nog steeds bij de ouderen stelt zich ook de vraag van de impact van de algemene verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis die tussen 2008 en 2016 wordt waargenomen, en meest uitgesproken is bij de 65-plussers in vergelijking met de jongere bevolking. De stijging van het gebruik van de spoeddienst door de oudere bevolking, en meer bepaald van de vroegtijdige heropnames, zou daar een van de gevolgen van kunnen zijn.

Het grote gebruik van de spoeddienst door kinderen en ouderen is een teken dat er nood is aan een aanpassing van ons huidige gezondheidszorgsysteem om beter te kunnen voorzien in (ong geplande) zorgbehoeften en om de sociale en medische bijzonderheden eigen aan ouderen te integreren (complexe ziekteverschijnselen, isolement, ...). Bij deze laatste moet vooral aandacht worden besteed aan preventie, thuiszorg en ambulante zorg aangepast aan de noden, samenwerking tussen de verschillende zorglijnen en de continuïteit van zorg na een ziekenhuisopname. Bij de jongere doelgroep moet aandacht worden besteed aan de beschikbaarheid van kinderartsen en huisartsen, en aan de communicatie en bekendheid van de verschillende bestaande structuren die ongeplande zorg op zich nemen.



## 5. AANBEVELINGEN

Enkele aanbevelingen die verband houden met de uitdagingen gelinkt aan het toenemende gebruik van de dienst spoedgevallen:

### 1) Organisatie en financiering van de spoeddienst:

De huidige financieringswijze van de spoeddienst, hoofdzakelijk gebaseerd op het aantal geregistreerde contacten, is een stimulans voor een toenemende activiteit in deze diensten en voor inadequaat gebruik van de tweedelijnszorg. Het lijkt ons dus belangrijk om deze financieringswijze te herzien, in die zin dat de samenwerking tussen de spoeddienst en de eerstelijnszorg meer zou moeten worden aangemoedigd om een optimale zorg voor de patiënten te bekomen en hen naar de structuren te leiden die het best aansluiten bij hun noden.

In het kader van de nieuwe hervorming van het ziekenhuislandschap aangekondigd door de minister van Volksgezondheid, is er een organisatie van de ziekenhuissector in netwerkverband voorzien voor 1 januari 2020<sup>52</sup>. De invoering van deze netwerken heeft tot doel de samenwerking tussen de universitaire, gespecialiseerde en algemene ziekenhuizen te verbeteren, alsook die met de ambulante zorgverleners. In het Brussels Gewest is de oprichting van vier ziekenhuisnetwerken voorzien. Dit moet een betere herverdeling van de zorgfuncties over het gebied bevorderen en een beter zorgtraject voor de patiënten. In die context lijkt het ons essentieel om de organisatie en het aanbod van de zorg op de spoed binnen de toekomstige ziekenhuisnetwerken te herdenken.

### 2) Zorgen dat de alternatieven voor de spoeddienst beter gekend zijn:

De alternatieve structuren voor de spoeddienst die urgente zorg verschaffen aan patiënten, zoals de huisartsenwachtposten, zijn niet voldoende gekend door de Brusselse bevolking. Informatiecampagnes over het bestaan van deze alternatieven, alsook een sensibilisering van het publiek rond de respectieve rollen van de eerste- en tweedelijnszorg zijn aangewezen.

### 3) Versterking van het overleg en van de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg:

Voor de oudere bevolking moet de continuïteit van de zorg na de ziekenhuisopname verbeterd worden en de thuiszorg meer gewaardeerd worden. Bovendien moet de preventieve zorg door huisartsen ook meer worden gevaloriseerd.

### 4) Kwaliteit van de gegevens van de Minimale Ziekenhuis Gegevens:

De gegevens van de MZG laten niet toe om op een nauwkeurige en betrouwbare manier te achterhalen wat de redenen van de contacten met de spoeddienst en geven geen informatie over het sociale en medische profiel (medische antecedenten, isolement, ...) van de patiënten die er een beroep op doen. Dit soort informatie zou ervoor kunnen zorgen dat er bijvoorbeeld aanbevelingen kunnen worden gedaan inzake preventie bij ouderen. Bijgevolg stelt zich de vraag om de inhoud van de MZG aan te passen en de standaardisering van de gegevensverzameling tussen de ziekenhuizen te verbeteren, eventueel door de gegevens van de spoeddienst in de MZG te koppelen aan die van de huisartsenwachtposten om de kwaliteit van gegevens over ongeplande zorg te verbeteren, en eventueel ook van epidemiologische gegevens.

52 Wetsontwerp van 14 februari 2019 ter aanpassing van de wet van 10 juli 2008 over ziekenhuizen en andere zorginstellingen, wat betreft de klinische netwerkvorming tussen ziekenhuizen.

## 6. BIBLIOGRAFIE

- Avalosse H., Chapelle A., van Sloten F. Recours aux urgences hospitalières: exploration des données de la MC. In: CM- Informatie Analyses en standpunten. Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten nr. 262 Christelijke Mutualiteit, december 2015
- Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Études et Résultats nr. 215. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), januari 2003
- Belgian Paediatric Emergency Department Organization (BePED.ORG). Étude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. École de Santé Publique – Université libre de Bruxelles, 2010
- Benahmed N., Laokri S., Zhang WH. Et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *Eur J Pediatr* 2012; 171(12): 1829-37
- BePASSTA Study Group. Organisation et financement des activités pédiatriques de courts séjours. *Belgian paediatric short stay study*, 2011
- Boisguérin B., Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Études et Résultats nr.889. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), juli 2014
- Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences: premiers résultats d'une enquête nationale. Verbeterde versie. Études et Résultats nr. 212. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), januari 2003
- Charafeddine R. Contacten met een dienst spoedgevallen. In: Drieskens S., Gisle L. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Sciensano (WIV-ISP), Brussel, 2015
- Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerry M. et al. Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtendienst en de huisartsen. IRIS netwerk in samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2005
- Cour des comptes. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, september 2014
- Cour des comptes. Les urgences hospitalières: des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel, februari 2019
- Cresson G. Les urgences pédiatriques: un souci devenu majeur. Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant. *Arch Pédiatr* 1999; 6(2): 448-50
- De Foor J., Leclercq P., Van Den Bulcke J. et al. Impact des patients «bed blockers» sur les coûts hospitaliers à la sortie, étude prospective au sein de quatre hôpitaux belges. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales* 2017; 35(4-5): 179-96
- De Wolf F., Vanoverloop J. Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières. Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten, april 2011
- Federaal Planbureau en Algemene Directie Statistiek. Demografische vooruitzichten 2017-2070, februari 2018
- Gagné M., Leduc S., Maurice P. et al. Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins: état de situation. Institut national de santé publique du Québec, april 2009
- Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). De nieuwe Brusselse Huisartsenwachtdienst: eerste balans en toekomstperspectieven. Persdossier, 2015
- Gentile S., Durand AC., Bongiovanni I. et al. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal Européen des Urgences* 2007; 20: 138-43
- Gourbin C., du Boullay D., Philips H. et al. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel, juli 2005
- Guédény A., Grasso F., Starakis N. Le séjour en crèche des jeunes enfants: sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies. In: Presses Universitaires de France (ed.). *La psychiatrie de l'enfant* 2004; 47: 259-312
- Haute Autorité de Santé (HAS). Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées? Juni 2013
- Hercot D., Yannart M., Chihi A. et al. Gezondheids-indicatoren van het Brussels Gewest - Kenmerken van de ziekenhuisverblijven van Brusselaars in 2014. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Gemeenschappelijke Gemeenschaps-commissie, Brussel, 2017
- Ismail SA., Gibbons DC., Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *British Journal of General Practice* 2013; 63(617): e813-20
- Karakaya G. Evolutie van de prevalentie en de kostprijs van chronische ziektes. Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2015

- Kubicek K., Liu D., Beaudin C. et al. A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care* 2012; 28(10): 977-84
- Lacroix J., Arseneault M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. *Arch Pédiatr* 1999; 6(2): 457-8
- Lang T., Davido A., Diakité B. et al. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health does it reflect? *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 456-62
- Lowthian JA., Curtis AJ., Cameron PA et al. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J* 2011; 28: 373-7
- Massin M., Lepage PH. Observations et réflexions sur la gestion des urgences pédiatriques en Belgique. *Rev Med Liege* 2002; 57(9): 591-8
- Missinne S., Luyten S. Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten? Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2018
- Moreau N., Lebacqz T., Dujeu M. et al. Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique – Université libre de Bruxelles, 2017
- Niska R., Bhuiya F., Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States, 2010
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Welzijnsbarometer 2018. Gemeenschappelijke commissie, Brussel, 2018
- Observatorium voor Milieugegevens. Les données de l'IBGE: «Interface Santé et Environnement»: astma. Leefmilieu Brussel, oktober 2008
- Philips H., Remmen R., Van Royen P. et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. *BMC Health Serv Res* 2010a; 10: 222
- Philips H., Remmen R., De Paepe P. et al. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Family Practice* 2010b; 11: 88
- Pines JM., Hilton JA., Weber EJ et al. International Perspectives on Emergency Department Crowding. *Academic Emergency Medicine* 2011; 18: 1358-70
- Sciensano (ISP-WIV). Airallergy. Belgisch Aerobiologisch Surveillance Netwerk. Samenvattend infoblad over het seizoen 2016. Brussel 2016
- Sethi D., Towner E., Vincenten J. et al. European Report on Child Injury Prevention. WHO Regional Office for Europe, 2008
- Sough B., Gauthier T., Clair D., et al. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012; 10(2): 151-8
- Uscher-Pines L., Pines J., Kellermann A. et al. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *AM J Manag Care* 2013; 19(1): 47-59
- ten Geuzendam B., Saint-Jean D., Donvil N., et al. IMA-monitor van de toepassing van de verplichte sociale derdebetalersregeling door huisartsen. Boekhoudperiode 2015T1 - 2016T4. Intermutualistisch Agentschap (IMA-AIM), juni 2017
- Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming. Synthese. Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), 2016a
- Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2016b
- Van der Heyden J. Chronische aandoeningen. In: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Sciensano (WIV-ISP), Brussel, 2014
- Vilpert S. Consultations dans un service d'urgence en Suisse (Obsan Bulletin 3/2013). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2013

## 7. BIJLAGE

### 7.1 BIJLAGE 1

De Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) is een anoniem gemaakt en verplicht registratiesysteem van administratieve, medische en verpleegkundige gegevens van de Belgische algemene ziekenhuizen. Tot de algemene ziekenhuizen behoren de universitaire ziekenhuizen, van universitaire aard of niet, en de geriatrische of gespecialiseerde ziekenhuizen. De gegevens van psychiatrische ziekenhuizen zijn niet inbegrepen. De MZG vervangt sinds 2008 de Minimale Klinische Gegevens (MKG) en de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG) en heeft tot doel het gezondheidsbeleid van de overheid en van de ziekenhuizen te ondersteunen<sup>53</sup>. Omwille van deze verandering van systeem werd er geen enkele analyse uitgevoerd voor 2008.

De gegevens werden verschaft door de FOD Volksgezondheid, die zich bezighoudt met de exploitatie van de ziekenhuisgegevens.

---

53 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) [online] Pagina geraadpleegd op 24/10/2018. Beschikbaar op de URL: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mzg>





## **Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016): Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder**

Een stijging in de activiteit van de spoeddienst wordt waargenomen op nationaal en internationaal niveau, en in het bijzonder in Brussel, waar er een groter aanbod aan spoeddienst en ziekenhuizen is in verhouding tot de bevolkingsdichtheid dan in Wallonië en Vlaanderen.

Op basis van de administratieve en medische gegevens van de ziekenhuizen (Minimale Ziekenhuis Gegevens) presenteert dit dossier de kenmerken van de contacten met de spoeddienst in de periode 2008-2016. Na een eerste deel over de hedendaagse uitdagingen in verband met het gebruik van de spoeddienst, beschrijft dit dossier de kenmerken van het gebruik van deze diensten door de Brusselse bevolking (evolutie, type en periode), alsook het profiel van de Brusselaars die er een beroep op doen (demografische en sociaaleconomische kenmerken), met specifieke aandacht voor de bevolkingsgroep jonger dan 15 jaar en die van 65 jaar en ouder. Het dossier presenteert ook enkele pistes ter overweging en aanbevelingen.

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

Dit document is eveneens beschikbaar in het Frans.

Ce document est également disponible en français, sous le titre :  
«Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) :  
Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus»