



**Bachelorproef  
Professionele Opleidingen  
Studiegebied Gezondheidszorg**

**Academiejaar 2015-2016**

## **Omgaan met zelfverwijzers Gedragsdeterminantenanalyse**

Bachelorproef aangeboden door  
**Antonetta (Nicole) Vanlaerhoven**  
tot het behalen van de graad van  
**Bachelor in de Verpleegkunde**

Interne begeleider: **Marijke De Gendt**  
Externe begeleider: **Rogier Evenhuis MANP**  
Externe medebegeleider: **Peter van Hassel**

Woord vooraf

U heeft de bachelorproef "Omgaan met zelfverwijzers" in handen. De bachelorproef is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Bachelor Verpleegkunde aan Odisee, campus Brussel. Het onderzoek voor deze bachelorproef werd uitgevoerd met medewerking van de spoedgevallendiensten van AZ Klina te Brasschaat en AZ St. Jozef te Malle. Van mei 2015 tot en met mei 2016 werkte ik aan het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

In samenspraak met stagebegeleiders formuleerde ik de probleemstelling voor deze bachelorproef. Het onderzoek dat ik heb uitgevoerd was omvangrijk maar heeft mij tot het eind toe geboeid. Na zorgvuldige kadering, literatuur- en praktijkonderzoek kon ik de onderzoeksvraag beantwoorden.

Tijdens het onderzoek stonden stagebegeleiders, Rogier Evenhuis, Peter van Hassel en Marijke De Gendt, voor mij klaar. Zij beantwoordden steeds mijn vragen waardoor ik verder kon met mijn onderzoek. Graag wil ik mijn begeleiders bedanken voor de fijne begeleiding en hun ondersteuning tijdens dit traject. Ook wil ik alle respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan het praktijkonderzoek. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien. Dank gaat ook uit naar Brigit Janssen. Zij stond belangeloos in voor het digitaliseren van de antwoorden uit de vragenlijsten. Tevens bedank ik Loek Melcherts voor de peer review van de bachelorproef. Alle medewerkers van de spoedgevallendiensten van AZ Klina en AZ St. Jozef, in het bijzonder de onthaalmedewerkers, wil ik bedanken voor de fijne samenwerking. Zij hebben hun dagelijkse routines met enthousiasme aangepast aan de uitvoeringstechnische voorwaarden voor het praktijkonderzoek.

Ook van vrienden en familie heb ik wijze raad mogen ontvangen. Bovendien hebben zij mij moreel ondersteund tijdens het schrijfproces. Tot slot wil ik mijn man en kinderen in het bijzonder bedanken. Zij voerden de data-controle uit en hun geduld en aanpassing in het gezinsleven hebben mij geholpen om tijd vrij te maken en deze bachelorproef tot een goed einde te brengen.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Nicole Vanlaerhoven

Essen, 10 mei 2016

## Lijst figuren

<i>Figuur 1.</i> ASE-model van De Vries, Dijkstra en Kuhlman (1988) .....	14
<i>Figuur 2.</i> Leeftijdsopbouw: vergelijking steekproef met bevolking.....	33
<i>Figuur 3.</i> Verdeling naar burgerlijke staat .....	34
<i>Figuur 4.</i> Relatieve verdeling advies.....	35
<i>Figuur 5.</i> Verdeling duur van klacht .....	37
<i>Figuur 6.</i> Klina: Op wiens advies komst met >12 uur klachten .....	38
<i>Figuur 7.</i> Spreiding afstand tot ziekenhuis .....	39
<i>Figuur 8.</i> Aantal respondenten per postcodegebied .....	40
<i>Figuur 9.</i> Eigenschappen zelfverwijzers met focus op klacht.....	41
<i>Figuur 10.</i> Eigenschappen zelfverwijzers met focus eerstelijns .....	42
<i>Figuur 11.</i> Eigenschappen zelfverwijzers met focus spoed.....	43
<i>Figuur 12.</i> Gemiddelde GSES naar duur van klacht .....	44
<i>Figuur 13.</i> GSES groep met focus op klacht naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis .....	44
<i>Figuur 14.</i> GSES groep met focus op eerstelijns naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis .....	45
<i>Figuur 15.</i> GSES groep met focus op Spoed naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis .....	45
<i>Figuur 16.</i> GVO-cyclus voor zelfverwijzend gedrag .....	47
<i>Figuur 17.</i> ASE-model van zelfverwijzend gedrag.....	49

## Lijst tabellen

Tabel 1. Respons .....	32
Tabel 2. Verdeling naar geslacht.....	33
Tabel 3. Verdeling opleidingsniveau .....	34
Tabel 4. Absolute verdeling advies.....	36
Tabel 5. Specificatie "anders, nl..." .....	37
Tabel 6. Analyse GSES populatie Zelfverwijzers.....	43
Tabel 7. Gemiddelde GSES Focusgroep .....	44
Tabel 8. Do's en don'ts interventie-ontwikkeling .....	50

Inhoudsopgave

Woord vooraf

Lijst figuren

Lijst tabellen

Inhoudsopgave

Algemene inleiding .....	7
1 Perspectief op zelfverwijzers .....	8
1.1 De zelfverwijzer als mens .....	8
1.2 Juridische en maatschappelijke leefwereld .....	9
1.3 Definiëring zelfverwijzer .....	9
1.4 Wetenschappelijke oriëntatie op zelfverwijzers .....	9
2 Verpleegkundige kaders .....	11
2.1 Positie verpleegkundigen .....	11
2.2 GVO-cyclus als systematisch kader .....	12
2.3 ASE-model als structureel kader .....	12
3 ASE-model als methode voor ordening van informatie over gedragsdeterminanten ...	14
3.1 Opbouw ASE-model .....	14
3.1.1 Externe variabelen .....	14
3.1.2 Attitude en gevoelens .....	14
3.1.3 Sociale invloed .....	15
3.1.4 Eigen effectiviteit .....	15
3.1.5 Gedragsintentie .....	16
3.1.6 Barrières .....	16
3.1.7 Vaardigheden .....	16
3.1.8 Gedrag .....	17
4 Literatuurstudie .....	18
4.1 Methode .....	18
4.2 Resultaten .....	19
4.2.1 Externe variabelen .....	19
4.2.2 Attitude en gevoelens .....	20
4.2.3 Sociale invloed .....	21
4.2.4 Eigen effectiviteit .....	21
4.2.5 Gedragsintentie .....	21

4.2.6 Barrières .....	22
4.2.7 Vaardigheden.....	22
4.3 Discussie.....	22
4.4 Conclusie .....	24
4.5 Beperkingen .....	24
4.6 Aanbevelingen .....	25
5 Praktijkstudie .....	27
5.1 Eigen effectiviteit meten .....	27
5.2 GSES .....	28
5.2.1 Methodologische kwaliteit GSES .....	28
5.3 Methode.....	29
5.3.1 Setting .....	29
5.3.2 Ethiek .....	30
5.3.3 Vragenlijst .....	30
5.3.4 Analyse .....	31
5.4 Resultaten.....	31
5.4.1 Respons .....	31
5.4.2 Literatuur geassocieerde factoren .....	32
5.4.3 Redenen voor komst naar spoed.....	40
5.4.4 GSES .....	43
5.5 Conclusies.....	45
5.6 Discussie.....	46
6 Algemeen Besluit.....	47
7 Aanbevelingen.....	50
Bijlage 1: Data-extractietabel .....	52
Bijlage 2 Algemene vragenlijst voor bezoekers spoedgevallendienst.....	54
Bijlage 3 Informed consent en toestemmingsformulier .....	56
Bijlage 4 Selectieprotocol populatiezelfverwijzers.....	58
Bijlage 5 Goedkeuring Ethisch Comite Klina .....	59
Bijlage 6 Overzicht categorisering van redenen voor komst naar spoed .....	61
Bronvermelding.....	71

## Algemene inleiding

Patiënten die een beroep doen op acute zorg raadplegen al dan niet een huisarts, bellen 112 of melden zich bij het onthaal van de spoedgevallendienst. Patiënten die gebruik maken van de spoedgevallendienst in plaats van de huisarts te raadplegen worden zelfverwijzers genoemd. Als zelfverwijzers naar spoed komen met gezondheidsklachten die ook de huisarts kan behandelen, worden onnodig hoge gezondheidskosten veroorzaakt, waaraan, via het zorgsysteem, in principe elke Belg meebetaalt. Zelfverwijzing beïnvloedt de input van de spoedgevallendienst en reacties daarop beïnvloeden de omgang met de patiënt. Niet zelden uiten betrokken hulpverleners verbaal of non-verbaal een oordeel over de terechtheid of de urgentie van het bezoek en worden gegeneraliseerde persoonlijkheids-, sociaaleconomische en demografische kenmerken aan zelfverwijzers toegedicht. Dergelijke veronderstellingen doen mogelijk inbreuk op een patiëntgerichte afdelingscultuur zonder dat ze evidence based onderbouwd zijn.

Een patiëntgerichte afdelingscultuur is in het belang van zowel ziekenhuis als hulpverlener en elke patiënt die gebruik maakt van de spoedafdeling. Adequate en gepaste hulp dient in een zo kort mogelijk tijdsbestek plaats te vinden. Voor het ziekenhuis is dit van belang om aan bedrijfseconomische en kwaliteitseisen te voldoen. Hulpverleners ervaren prettige arbeidsomstandigheden en arbeidssatisfactie. Patiënten herstellen sneller en kunnen hun dagelijkse activiteiten terug aanvangen.

Deze praktijkgerichte bachelorproef beoogt een bijdrage te leveren aan het stimuleren van een patiëntgerichte afdelingscultuur door het inzichtelijk maken van gedragsdeterminanten van zelfverwijzend gedrag op basis waarvan verpleegkundigen op de spoedgevallendienst, binnen de kaders van het ziekenhuisbeleid en persoonlijke kaders, een objectieve, patiëntgerichte houding kunnen ontwikkelen bij het omgaan met zelfverwijzers. Centraal staat de vraag welke gedragsdeterminanten geassocieerd worden met zelfverwijzend gedrag en hoe deze gesitueerd zijn binnen het model van attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit (ASE-model).

Stap twee van de cyclus voor gezondheidsvoorlichting (GVO-cyclus), de gedragsdeterminantenanalyse, wordt uitgevoerd. Via literatuurstudie, hoofdstuk 4, worden gedragsdeterminanten gezocht. Gevonden gedragsdeterminanten worden geplaatst binnen het ASE-model en op evidentie beoordeeld. Via praktijkstudie, hoofdstuk 5, worden in de literatuur gevonden factoren getoetst en worden aanvullende gegevens verzameld om het ASE-model meer compleet te maken. Voorafgaand aan de literatuurstudie worden de kaders van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 1 is de visie op zelfverwijzers beschreven en wordt de term zelfverwijzers gedefinieerd. In hoofdstuk 2 worden verpleegkundige kaders beschreven. De positie van de verpleegkundige op spoedgevallen en de rol van GVO-cyclus en ASE-model binnen het verpleegkundig beroep komen aan bod. Hoofdstuk 3 beschrijft het ASE-model inhoudelijk. De lezer die beschikt over enige voorkennis van het ASE-model kan ervoor kiezen dit hoofdstuk ter zijde te leggen. Na hoofdstuk 4 en 5 worden in hoofdstuk 6 bevindingen van literatuurstudie en praktijkstudie met elkaar vergeleken en een algemeen besluit geformuleerd. Hoofdstuk 7 beschrijft hoe de verpleegkundige de resultaten van deze bachelorproef kan gebruiken om aan te vangen met stap 3 van de GVO-cyclus en formuleert een aantal richtinggevende adviezen.

## 1 Perspectief op zelfverwijzers

Een groep mensen zoekt hulp op de spoedgevallendienst in plaats van bij de huisarts. Dit verschijnsel heeft effect op a) de nationale en lokale gezondheidszorgorganisatie, b) de hulpverleners en c) de zelfverwijzer en zijn omgeving. Zelfverwijzers wenden middelen en materialen aan op een andere plaats dan waar gezondheidszorgorganisaties op ingericht zijn. Zelfverwijzend gedrag kan hierdoor leiden tot onder andere overvolle wachtzalen op spoed, lange doorlooptijden (van der Linden et al., 2014) en hogere gezondheidszorgkosten (Carret, Fassa, & Domingues, 2009; de Valk et al., 2014). Hulpverleners op de spoedafdeling worden geconfronteerd met andere hulpvragen dan de spoedgevallen waarvoor zij geëngageerd en opgeleid zijn, met als mogelijk gevolg vooringenomenheid, miscommunicatie en onjuiste bejegening. Zelfverwijzers krijgen niet de hulp die zij verwachten of werkelijk nodig hebben. Onaangepaste hulp kan leiden tot bijvoorbeeld ontevredenheid rond behandeling, ongewenste wijzigingen in sociale interactie zoals verlengd arbeidsverzuim met ontslag tot gevolg en onnodige gezondheidsschade. Om als verpleegkundige invloed te kunnen uitoefenen op zelfverwijzend gedrag, is het noodzakelijk om vooraf over voldoende basiskennis te beschikken met betrekking tot zelfverwijzers. In de paragrafen 1.1 en 1.2 1.2 Juridische en maatschappelijke wordt respectievelijk een visie beschreven op de zelfverwijzer als mens en de zelfverwijzer in een juridische en maatschappelijke leefwereld. Vanuit deze visie wordt in 1.3 de definitie van de term zelfverwijzer bepaald en in 1.4 1.4 Wetenschappelijke oriëntatie op zelfverwijzerseen wetenschappelijke oriëntatie op zelfverwijzers beschreven.

### 1.1 De zelfverwijzer als mens

Vier uitgangspunten dienen als grondslag voor de verpleegkundige visie op de zelfverwijzer als mens. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de ideeën van integrerende verpleegkunde. Integrerende verpleegkunde ontstaat vanuit een holistisch mensbeeld (Geurden & van Hemel, 2012). Het eerste uitgangspunt is dat zelfverwijzers individuen zijn met unieke persoonlijkheidskenmerken in interactie met de omgeving. De mens wordt gezien als een eenheid, als resultaat van balans tussen lichamelijke, psychische en sociale factoren. Als onbalans ontstaat tussen deze drie dimensies, wordt de mens ziek. Wanneer een verpleegkundige op zoek is naar een omgangsvorm met zelfverwijzers dient hij of zij een dergelijk holistisch mensbeeld te respecteren.

Als tweede uitgangspunt wordt gekozen voor een patiëntgericht perspectief op zelfverwijzers en volgt logischerwijs uit acceptatie van het holistische mensbeeld. Een individu wordt weliswaar beïnvloedt en beperkt door zijn omgeving maar beschikt in beginsel over keuzevrijheid en regie over het eigen doen en laten (Geurden & van Hemel, 2012). Op basis van een besluitvormingsproces heeft een individu de intentie hulp te zoeken bij de spoedgevallendienst. Wanneer het individu dat ook daadwerkelijk doet is zelfverwijzing feitelijk waarneembaar gedrag. De in deze bachelorproef gebruikte termen zelfverwijzing en zelfverwijzend gedrag dienen daarom als synoniemen beschouwd te worden. Het derde uitgangspunt omvat het medisch kennisniveau van zelfverwijzers rond ziekte en gezondheid. Omdat in beginsel ieder individu tot zelfverwijzing kan beslissen, mag van een zelfverwijzer niet verwacht worden dat hij beschikt over voldoende voorkennis om zijn hulpvraag medisch correct in te schatten. Zelfverwijzers dienen dus beschouwd te worden als leken.

Het vierde uitgangspunt is gericht op ethische aspecten rond zelfverwijzers. Kinderen mogen niet als volwassenen beschouwd worden. Zij beschikken nog niet over individuele



keuzevrijheid rond zelfverwijzing. Omdat ook ethische aspecten van onderzoek grenzen stellen aan onderzoek bij kinderen, worden personen onder 18 jaar geëxcludeerd.

### 1.2 Juridische en maatschappelijke leefwereld

Om te komen tot een definitie van de term zelfverwijzer, dient de plaats van zelfverwijzend gedrag binnen de organisatie van de gezondheidszorg in België bepaald te worden. Het Belgische gezondheidszorgsysteem is georganiseerd via een trapsgewijze indeling van voorzieningen. Dit wordt echelonnering genoemd (Geurden & van Hemel, 2012). Via dit systeem wil de overheid mensen ertoe bewegen eerst de eerstelijns raadplegen bij gezondheidsproblemen. De huisarts behoort tot de eerstelijns. Zo nodig schakelt de eerstelijns hulpverlener meer specialistische hulp uit de tweede lijn in. Indien aangewezen, vindt opname plaats en wordt gebruik gemaakt van voorzieningen in de derde en vierde lijn.

Ondanks de aanwezigheid van echelonnering, is het in België bij wet mogelijk dat een individu rechtstreeks specialistische hulp inschakelt en daarbij de eerste en/of tweede lijn overslaat (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2015). Deze wet maakt zelfverwijzing mogelijk en verplicht hulpverleners om zelfverwijzers rechtmatig te behandelen.

### 1.3 Definiëring zelfverwijzer

Uit voorgaande blijkt dat een definitie van de term zelfverwijzer aan een aantal voorwaarden moet voldoen. De definitie moet a) gericht zijn op het individu, b) het initiatief tot zelfverwijzing moet bij het individu liggen, c) geen aanwezigheid van medische voorkennis impliceren, d) gericht zijn op volwassenen e) kadering aanbrengen binnen de organisatie van gezondheidszorg. Op grond van deze vijf voorwaarden wordt in deze bachelorproef een zelfverwijzer gedefinieerd als elk individu van 18 jaar of ouder, die zich met een hulpvraag ten aanzien van zichzelf meldt in de tweede, derde, en/of vierdelijnszorg, en die voorafgaand aan het bezoek geen contact heeft gehad met een eerstelijns hulpverlener met betrekking tot diezelfde hulpvraag. Deze definitie is breed toepasbaar binnen de gezondheidszorg. Verdere kadering is noodzakelijk wanneer zelfverwijzend gedrag meer specifiek in bepaalde omstandigheden onderzocht wordt. De focus in deze bachelorproef is gericht op zelfverwijzers in de context van de spoedgevallendienst.

### 1.4 Wetenschappelijke oriëntatie op zelfverwijzers

In de literatuur worden meerdere termen gebruikt voor zelfverwijzers. Gebruikte termen zijn self-referrers, self-referrals, self-referred patients, walk-in patients en walk-ins. Bovendien zijn twee perspectieven te vinden van waaruit naar zelfverwijzers wordt gekeken; een medisch en een patiëntgericht perspectief. Vanuit medisch perspectief worden zelfverwijzers genoemd in verband met terechtheid van bezoek op spoedgevallen (Carret et al., 2009), frequentie van bezoek (Uscher-Pines, Pines, Kellermann, Gillen, & Mehrotra, 2013) en bezoek met niet-urgente klachten (Padgett & Brodsky, 1992). In het kader van terechtheid van bezoek wordt gesteld dat 20-40 procent van de populatie onterechte bezoekers op spoedgevallen bestaat uit zelfverwijzers. Zelfverwijzers hebben 1,39-2,42 keer zoveel kans om onterecht op spoedgevallen te verschijnen. Gelet op frequentie van bezoek wordt gesteld dat zelfverwijzers vaker op spoed komen dan doorverwezen patiënten.

Bruikbaarheid van het medische perspectief is voor discussie vatbaar. Kernprobleem is dat voorbij gegaan wordt aan argumenten die leiden tot het besluit van de zelfverwijzer om zich op de spoedgevallen te melden in plaats van de eerstelijns raadplegen. Bovendien wordt een correct inschattingsvermogen ten aanzien van de aard en urgentie van

de hulpvraag verondersteld. Onderzoek naar de aard van zelfverwijzend gedrag zou los moeten staan van medische noodzaak en zich moeten richten op argumenten die leiden tot keuzegedrag. Het gaat er om te weten hoe besluitvormende omstandigheden zijn vóórdat de zelfverwijzer fysiek op de spoedgevallendienst aanwezig is.

Een patiëntgericht perspectief op zelfverwijzers sluit beter aan omdat wordt gezocht naar eigenschappen van zelfverwijzers als persoon en hun verwachtingen ten aanzien van huisarts, spoedgevallen en behandeling (Carret et.al., 2009). Uscher-Pines et. al. (2013) concluderen echter dat relevante literatuur moeilijk met elkaar vergelijkbaar is vanwege de hierboven genoemde aanwezige diversiteit in perspectieven, verschillen in onderzoekopzet, -populaties en controlegroepen. Problemen met betrekking tot onder andere zelfverwijzing zijn nog onvoldoende in kaart gebracht. Het is onvoldoende inzichtelijk welke factoren de doelgroep kenmerkt en ook causale relaties ontbreken nog. Duidelijk is dat de populatie zelfverwijzers een heterogene groep is. Geadviseerd wordt om binnen deze heterogene groep zelfverwijzers subgroepen te identificeren en meer specifieke persoonsgebonden kenmerken van deze subgroepen in kaart te brengen (Uscher-Pines et.al., 2013).

## 2 Verpleegkundige kaders

De verpleegkundige op de spoedgevallendienst staat in direct contact met de patiënt op de afdeling, waaronder zelfverwijzers. Een van de verpleegkundige verantwoordelijkheden daarbij is het stimuleren van het zelfzorgvermogen van deze patiënt (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2009). Zelfverwijzend gedrag kan gezien worden als tekort in zelfzorgvermogen als zelfverwijzend gedrag niet conform maatschappelijke normen plaats vindt. Zowel in maatschappelijk, economisch als patiëntenbelang dient zelfzorgvermogen bij zelfverwijzing gestimuleerd te worden.

Zelfzorg stimuleren is mogelijk via gezondheidsvoorlichting en ziektepreventie. Meerdere wetenschappelijke artikelen rond zelfverwijzend gedrag en het gebruik van de spoedgevallendienst adviseren het geven van algemene educatie en voorlichting aan consumenten en spoedgevallenbezoekers, onder wie zelfverwijzers. (Carret et al., 2009; Liggins, 1993; Lippens, 2011; Philips, Remmen, De Paepe, Buylaert, & Van Royen, 2010; Sharp et al., 2014). Omdat verpleegkundigen een belangrijke taak hebben bij het informeren van patiënten en het bevorderen van gezondheid (Murdaugh et al., 2009), hebben verpleegkundigen ook een communicatieve taak bij het beïnvloeden van zelfverwijzend gedrag.

In dit hoofdstuk wordt het kader voor deze communicatieve taak beschreven waarbij de cyclus voor gezondheidsvoorlichting (GVO-cyclus) en het model van attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit (ASE-model) geïntroduceerd worden. Allereerst wordt aandacht besteed aan de positie van de verpleegkundige ten opzichte van patiënt en het ziekenhuisbeleid bij de omgang met zelfverwijzers.

### 2.1 Positie verpleegkundigen

De verpleegkundige op spoedgevallen bevindt zich in een positie waarbij zij rekening dient te houden met de belangen van drie partijen; het patiëntenbelang, het ziekenhuisbelang en het eigen belang. In het kader van patiëntenbelang weet de verpleegkundige dat zij bij wet een vrije zorgkeuze hebben en dus gerechtigd zijn zich op spoed aan te melden (Van der Mauten, Martens, Fornaciari, & Van der Elst, 2011).

In belang van het ziekenhuis fungeert de spoedgevallendienst als belangrijke ingang van patiënten. Wie op een spoedgevallendienst terecht komt én opgenomen wordt, komt terecht op een afdeling in hetzelfde ziekenhuis, tenzij specialistische zorgen nodig zijn die niet in het betreffende ziekenhuis beschikbaar zijn. Daarmee is de spoedgevallendienst een belangrijke inkomstenbron voor het hele ziekenhuis. Vanuit dit bedrijfseconomische perspectief kunnen zelfverwijzers beschouwd worden als potentiële cliënten en door het ziekenhuismanagement als welkome gast gezien worden met een laagdrempelig beleid voor zelfverwijzers als gevolg. De aanwezigheid van zelfverwijzers op de spoedgevallenafdeling heeft evenwel effect op de werking van de afdeling zelf. Zelfverwijzers verhogen de omvang van het patiëntenaanbod (Diserens et al., 2015) en daarmee ook de druk op concrete beschikbaarheid en organisatie van mensen en middelen op de spoedgevallendienst.

Het eigen belang van de verpleegkundige schuilt in werkzekerheid en in duurzame inzetbaarheid. Input van patiënten is nodig voor behoud van arbeid. Echter, een adequaat georganiseerde en ingerichte werkomgeving is nodig om op duurzame wijze taken naar behoren uit te voeren. Verhoogde werkbelasting kan negatieve gevolgen zoals grotere kans op fouten en daling van de zorgkwaliteit veroorzaken (Bonemeyer et al., 2013). Toename van ziekteverzuim en negatief imago voor zorgberoepen zijn mogelijk op langere termijn aan de orde en is nadelig voor zowel verpleegkundige als ziekenhuis en patiënt. Zonder in een spagaat van tegenstellingen in bovenbeschreven belangen terecht

te komen, moeten verpleegkundigen prioriteiten stellen en hun aandacht verdelen over alle patiënten conform urgentie en werkafspraken op de afdeling. Het patiëntenbelang wordt in deze bachelorproef voorop gesteld, vanuit de overtuiging dat patiëntgerichte zorg leidt tot zorgkwaliteit. Deze overtuiging is in overeenstemming met het Belgisch kwaliteitsdecreet en de filosofie van magneetziekenhuizen (Stordeur, Keppens, & D'hoore, 2006).

## 2.2 GVO-cyclus als systematisch kader

Communicatie met de patiënt is een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle, patiëntgerichte zorg. Communiceren met de patiënt, rekening houdend met de belangen en kaders van werkgever en eigen identiteit is een complexe vaardigheid die van verpleegkundigen verwacht wordt. Patiëntgerichte communicatie met zelfverwijzers met betrekking tot zelfverwijzend gedrag maakt de opdracht meer complex omdat tijdsdruk en emotie de reacties van zowel de verpleegkundige als de patiënt beïnvloedt. Een systematische en gestructureerde aanpak van voorlichtingsinterventies is nodig om effectief en efficiënt te communiceren. Binnen het verpleegkundig beroep wordt een systematische aanpak bereikt door toepassing van de GVO-cyclus (Claesens, 2006).

De GVO-cyclus omvat vier fasen die achtereenvolgens uitgevoerd worden en samen een voorlichtingscyclus vormen. Deze vier fasen zijn a) analyse van het gezondheidsprobleem, b) analyse van het gedrag dat leidt tot het gezondheidsprobleem, c) gedragsverandering bewerkstelligen en d) evaluatie van het effect van de voorlichting. De focus in deze bachelorproef is gericht op de tweede fase van de GVO-cyclus, het analyseren van gedragsdeterminanten die leiden tot zelfverwijzend gedrag. Reden hiervoor is dat Uscher-Pines et al. (2013) opnieuw conclusies bevestigen dat eenduidige informatie over gedragsdeterminanten rond spoedgevallenbezoek ontbreekt en eigenschappen van de doelgroep te veel worden generaliseerd.

## 2.3 ASE-model als structureel kader

Voorgaande paragraaf beschrijft de systematiek van gezondheidsvoorlichting bij toepassing van de GVO-cyclus. De GVO-cyclus beschrijft een proces maar structureert niet de inhoudelijke informatie. Inhoudelijke structurering is wel gewenst, gezien de hoeveelheid literatuur die te vinden is rond spoedgevallenbezoek en overcrowding en het daarin ontbreken van eenduidige definities en interpretaties van informatie, doelgroep analyses en causale verbanden (Uscher-Pines et al., 2013). Twee pogingen tot structurering van gedragsdeterminanten bij niet-urgent spoedgevallenbezoek zijn beschreven; het driefasenbeslissingsmodel (Padgett & Brodsky, 1992) en het hierop gebaseerde concept-model voor niet-urgent spoedgevallenbezoek (Uscher-Pines et al., 2013). In het kader van deze bachelorproef zijn deze modellen om drie redenen niet toepasbaar. De eerste reden is een verschil in focus. Beide modellen gaan uit van een medisch perspectief op het spoedgevallenbezoek. Als het spoedgevallenbezoek niet urgent is, dan verhouden de bepalende factoren voor de keuze om naar de spoed te komen zich conform het ontwikkelde model. In deze bachelorproef is er echter voor gekozen het medische perspectief buiten beschouwing te laten, omdat het uitgangspunt is dat een zelfverwijzer niet in staat kan worden geacht de urgentie van klachten correct in te schatten. De tweede reden is dat zelfverwijzers niet noodzakelijk niet urgente patiënten zijn en vice versa. Een model voor niet urgent spoedgevallenbezoek is niet noodzakelijk toepasbaar op zelfverwijzers. De derde reden is dat er nauwelijks literatuur te vinden is waarin uitspraken gedaan worden over de betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de beide modellen. Voor het gestructureerd in kaart brengen, door verpleegkundigen, van informatie over zelfverwijzers en zelfverwijzend gedrag door verpleegkundigen, werd daarom gezocht naar

een meer geschikt model. In de verpleegkundige context zijn diverse modellen beschikbaar die gedragsdeterminanten structureren en die gebruikt worden om gezond en preventief gedrag te bevorderen. In de volgende alinea wordt beschreven aan welke voorwaarden het gedragveranderingsmodel moet voldoen en welk model gekozen wordt in deze bachelorproef.

Diverse gezondheidbevorderingsmodellen of gedragsveranderingsmodellen zijn beschikbaar voor de verpleegkundige. Voorbeelden zijn onder andere de Theory of Reasoned Action (TRA), de sociaal cognitieve theorie, het ASE-model, het transtheoretisch model (Murdaugh et al., 2009) en het I-change model. Vier voorwaarden bepalen de keuze van een geschikt gezondheidsvoorlichtingsmodel voor beïnvloeding van zelfverwijzend gedrag. Ten eerste dient het model zowel een gezondheidskarakter als een preventief karakter te hebben. Een zelfverwijzer loopt gezondheidsrisico's wanneer hij geen passende hulp ontvangt doordat hij de verkeerde hulp inschakelt. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer hij met epigastrische pijn direct gastro-enterologische hulp vraagt zonder cardiale anamnese, terwijl een myocardinfarct plaats vindt. Het preventieve karakter van zelfverwijzend gedrag stelt de frequentie waarmee een zelfverwijzer naar de spoedgevallen komt aan de orde. Gezondheidsrisico's ten gevolge van zelfverwijzing worden voorkomen door zelfverwijzend gedrag te beïnvloeden zodat zelfverwijzers in het vervolg de eerste lijn raadplegen in plaats van naar de spoedgevallendienst te komen.

Een tweede voorwaarde is de validiteit van het model. Een gedragsveranderingsmodel dient een zekere mate van voorspelbaarheid te bevatten, zodat richting gegeven wordt aan strategieën ter ontwikkeling van gedragsveranderingsinterventies. Bij gebruik maken van een voorspellend gedragsveranderingsmodel, weet de verpleegkundige welke gedragsaspecten bij de patiënt veranderd moeten worden om gestelde doelen te bereiken.

De derde voorwaarde is dat in de context van zelfverwijzing het te kiezen model gericht moet zijn op individuen, omdat uitgangspunt is dat zelfverwijzers een individuele keuze maken tot spoedgevallenbezoek.

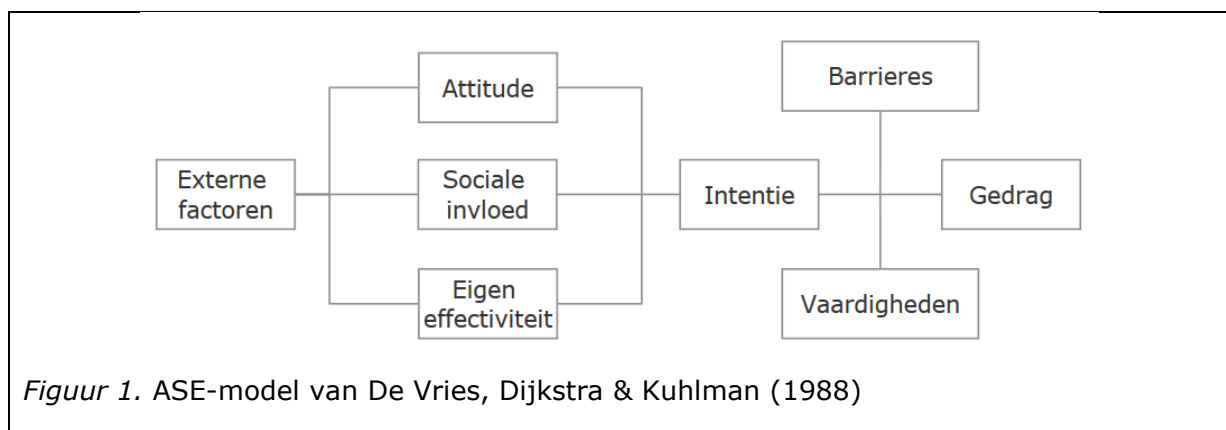
De vierde voorwaarde is dat het model de aanwezigheid van motivatie bij de zelfverwijzer moet veronderstellen. De waarneming dat de zelfverwijzer daadwerkelijk op spoedgevallen verschijnt, wijst op de aanwezigheid van motivatie om de intentie om te zetten naar gedrag, zoals in hoofdstuk 1 werd beschreven. Op grond van bovengenoemde vier voorwaarden wordt in deze bachelorproef gekozen voor het ASE-model als structuurgever aan inhoudelijke informatie rond zelfverwijzend gedrag (Abraham, Norman, & Conner, 2013). In het ASE-model zijn veel eigenschappen van andere genoemde modellen herkenbaar.

### 3 ASE-model als methode voor ordening van informatie over gedragsdeterminanten

In dit hoofdstuk wordt het ASE-model inhoudelijk beschreven. De structuur van het ASE-model vormt de basis voor de literatuurstudie. Een aantal hieronder beschreven termen zijn in vergelijkbare terminologie terug te vinden in het drie-fasen beslissingsmodel en het concept-model voor niet urgent spoedgevallenbezoek. In alle drie de modellen wordt ervan uitgegaan dat gedrag voort vloeit uit een beslissing tot gedrag. Gedragsverandering ontstaat dan door het veranderen van de besluitvorming tot gedrag. Omdat de focus van deze bachelorproef gericht is op voorlichting aan zelfverwijzers in de verpleegkundige context, volstaat de keuze van het ASE model als inhoudelijke structuurgever.

#### 3.1 Opbouw ASE-model

Het ASE-model beschrijft een visie op hoe gedrag ontstaat en is gebaseerd op de Theory of Reasoned Action (Murdaugh et al., 2009). Intentie tot gedrag ontstaat vanuit een bewuste afweging van voor- en nadelen door een individu. De aanwezigheid van gedragsintentie leidt echter niet altijd tot werkelijk gedrag. Vaardigheden en barrières bepalen of gedragsintentie al dan niet leidt tot waarneembaar gedrag. Figuur 1 toont een grafische voorstelling van het ASE-model. In volgende paragrafen worden de verschillende componenten van het ASE-model nader beschreven.



*Figuur 1.* ASE-model van De Vries, Dijkstra & Kuhlman (1988)

##### 3.1.1 Externe variabelen

Externe factoren beïnvloeden indirect, via proximale determinanten, de gedragsintentie. Externe factoren zelf zijn niet of nauwelijks te beïnvloeden (Morrison & Bennett, 2006). Brug, Van Assema en Lechner (2007) onderscheiden vier typen externe variabelen: gedragsfactoren, psychologische factoren, biologische factoren en sociale en culturele factoren. Gedragsfactoren omvatten het geheel aan eerdere ervaringen met soortgelijk gedrag, en verworven vaardigheden. Met psychologische factoren worden attributies bedoeld. Attributie is de wijze waarop mensen het eigen gedrag en dat van anderen verklaren en er oorzaak en gevolg in zien. Attributies hebben invloed op motivatie en indirecte leerprocessen. Voorbeelden zijn Health Locus of Control (Morrison & Bennett, 2006) en The Big Five persoonlijkheidskenmerken (John, Robins, & Pervin, 2008). Biologische factoren vormen het geslacht, leeftijd en erfelijke eigenschappen. Tot de sociale en culturele factoren behoren Sociaal Economische Status (SES), etniciteit (Chen & Miller, 2013) sociaal klimaat, waaronder bijvoorbeeld de organisatie van de gezondheidszorg.

##### 3.1.2 Attitude en gevoelens

Deze eerste proximale factor van het ASE-model omvat het geheel van meningen, percepties, (voor)oordelen, gevoelens die een persoon heeft ten aanzien van een onderwerp. Vanuit dit geheel vindt afweging plaats van alle voor- en nadelen die de persoon

aan gedrag verbindt (Bolman, 2010). De afweging gebeurt op basis van logische redeneringen, basale gewoontes en irrationele overtuigingen. Deze gedragsbepalende overtuigingen worden "saillant beliefs" genoemd. Onderscheid wordt gemaakt in cognitieve attitude, evaluatieve attitude en conatieve attitude. Cognitieve attitude omvat een houding ten aanzien van kennis over consequenties van het overwogen gedrag (Morrison & Bennett, 2006) en uit zich in uitspraken over wat het gedrag met de persoon doet. Bijvoorbeeld "Naar spoed gaan is sneller geholpen worden".

De evaluatieve attitude ontstaat na een gevoelsmatige evaluatie van het gedrag en consequenties die worden gekoppeld aan het gedrag. Uitingen voortkomend uit evaluatieve attitude zijn uitingen van wat een persoon van iets vindt. Zelfverwijzers kunnen bijvoorbeeld vinden dat de spoedgevallendienst betere zorg levert dan alternatieve diensten.

De conatieve attitude omvat reacties die worden gekoppeld aan gedrag en zijn herkenbaar aan uitingen in de vorm van voornemens. "Volgende keer ga ik wel naar Spoed", is een voorbeeld hiervan.

Bij gedragsanalyse ten bate van gezondheidsvoorlichting worden in ideale omstandigheden alle saillante beliefs geanalyseerd om zo de vorming van een attitude te verklaren. Bij het verzamelen en analyseren van saillant beliefs moet de onderzoeker rekening houden met persoonlijke subjectiviteit zoals de mate van risicoperceptie en onrealistisch optimisme, dissonantiereductie en selectieve aandacht (Morrison & Bennett, 2006). Persoonlijke subjectiviteit leidt mogelijk tot foutieve inschatting en onrealistische beoordelingen ten aanzien van het gedrag.

### 3.1.3 Sociale invloed

De invloed van de omgeving op een individu vormt de tweede proximale factor binnen het ASE-model (Bolman, 2010). De omgeving beïnvloedt het individu via verwachtingen van anderen over het gedrag van het individu en via voorbeeldgedrag. Deze verwachtingen worden geuit door de omgeving, of het individu heeft een bepaald beeld van wat hij denkt dat de omgeving van hem verwacht. Sociale invloed heeft een positief of negatief effect op het individu. Een positief effect wordt sociale steun genoemd, een negatief effect wordt sociale druk genoemd. Sociale invloed is bij voorbeeld aanwezig wanneer een gezinslid kiest om naar spoedgevallen te gaan in plaats van naar de huisarts, omdat iedereen van het gezin dat ook steeds doet.

### 3.1.4 Eigen effectiviteit

Eigen effectiviteit is de mate waarin iemand zichzelf in staat acht een vraagstuk op te lossen (Klandermans & Seydel, 1996). Eigen effectiviteit omvat een intrapersoonlijk waardeoordeel over een vraagstuk. Elk waardeoordeel ontstaat uit informatie van vier bronnen: a) eerdere succes- en faalervaringen, b) sociale invloed, c) kennis rond fysiologische reacties en d) inhoudelijke kennis van de materie waarover het waardeoordeel gevormd wordt (Van der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001).

Eigen effectiviteit is een psychologische variabele die beïnvloedt wordt door concepten van lager niveau zoals angst, stress, zelfvertrouwen, coping stijl, optimisme en emotie (Ralf Schwarzer & Fuchs, 1999). Gezien vanuit het ASE-model beïnvloeden attitudes, gevoelens en sociale invloed de eigen-effectiviteit maar de eigen-effectiviteit beïnvloedt ook de attitude, gevoelens en de wijze waarop sociale invloed geïnterpreteerd wordt (Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sørum, & Natvig, 2009). Het is precies dit wederkerige mechanisme dat de eigen effectiviteit tot essentiële component maakt binnen gedragsveranderingsmodellen. Eigen effectiviteit blijkt van significante invloed op individuele besluitvorming rond gedrag, vooral bij het niet uitvoeren van gewenst gedrag (Klandermans & Seydel, 1996). Wanneer zelfverwijzers besluiten om naar spoed te gaan in

plaats van naar het gewenste adres, de huisarts, speelt mogelijk de eigen effectiviteit een belangrijke rol bij dit individuele besluit.

In 1.1 is besloten dat in beginsel een individu zelf verantwoordelijk is voor de keuzes die hij maakt rond zijn gezondheidsgedrag. Financiële gevolgen en behandeling gerelateerde consequenties zijn voor rekening van dit individu. De privacy wordt gewaarborgd en hij wordt individueel aangesproken op zijn handelen. Als resultaat ervaart de patiënt succes of falen met betrekking tot de situatie. Deze ervaringen beïnvloeden zijn keuzes bij volgende gezondheidsvraagstukken. In de gezondheidspsychologie wordt algemeen aanvaard dat succes in het omgaan met risicovolle situaties afhankelijk is van a) het geloof dat iemand maker is van eigen gedrag, b) het geloof dat iemand beschikt over de nodige vaardigheden om controle te herstellen indien er tegenslagen zijn (Kvarme et al., 2009). De ervaren eigen effectiviteit is van invloed op beide factoren. Eigen effectiviteit speelt een rol bij zowel gedragsintentie als het daadwerkelijke gedrag. De mate waarin iemand in staat is tot gedragsverandering is onder andere afhankelijk van ervaren copingvaardigheden.

Het belang van eigen effectiviteit bij gedrag en gedragsveranderingsprocessen dient erkend te worden door verpleegkundigen die effectief willen communiceren met zelfverwijzers over het zelfverwijzend gedrag. Voorlichting is pas effectief wanneer de voorlichter kennis heeft van informatieverwerkingsstrategieën van de doelgroep (Klandermans & Seydel, 1996). Als bijvoorbeeld een verpleegkundige op spoedgevallen de zelfverwijzer ertoe wil bewegen gelijkaardige klachten volgende keer met de huisarts te bespreken in plaats van naar spoed te komen, dan zal de zelfverwijzer intrinsiek gemotiveerd moeten raken het gedrag ook daadwerkelijk te veranderen, ondanks sociale druk en barrières. De zelfverwijzer moet gemotiveerd zijn en zich in staat achten inspanning te leveren en te volharden in het veranderde besluit over zelfverwijzing.

### 3.1.5 Gedragsintentie

Uit het geheel van distale en proximale factoren ontstaat het voornemen van een individu om bepaald gedrag in de toekomst te vertonen. Dit voornemen wordt gedragsintentie genoemd. Een voorbeeld zijn de goede voornemens die elke jaarwisseling geuit worden. De conatieve attitude komt tot uiting, waarbij iemand zichzelf in staat acht de opdracht uit te voeren en sociale invloed te weerstaan. Gedragsintentie betekent echter nog niet dat het gedrag werkelijk ten uitvoer komt.

### 3.1.6 Barrières

Barrières zijn factoren die een individu ervan weerhoudt de gedragsintentie tot werkelijk gedrag om te zetten (Murdaugh et al., 2009). Positieve intenties kunnen na verloop van tijd onder invloed van barrières veranderen naar negatieve intenties. Barrières worden gevormd door voorwaarden die een persoon koppelt aan het vertonen van gedrag. Deze voorwaarden worden gevormd uit externe omstandigheden waarop de persoon geen invloed heeft. De persoon eist een verandering van omgeving op voordat hij de gedragsintentie ten uitvoer wil brengen. Voorbeelden zijn personen die wel eerst naar de huisarts willen, maar vinden dat de huisarts te ver weg is gelegen en daarom naar spoed komen. Met andere woorden, als de huisarts in de nabijheid zou zijn, zouden zij niet naar spoed gaan maar naar de huisarts. Andere barrières zijn onder andere beschikbaarheid, ongemak, omvang, complexiteit, kosten en tijdstip.

### 3.1.7 Vaardigheden

Voor het daadwerkelijk omzetten van gedragsintenties naar waarneembaar gedrag is het noodzakelijk dat het individu beschikt over de nodige competenties die voorwaardelijk zijn om het gedrag te tonen. Een duidelijk voorbeeld zijn fysieke vaardigheden. Om naar



de huisarts te gaan, moet een persoon mobiel zijn. Het gaat echter niet enkel om fysieke vaardigheden. Ook tekort aan sociale en communicatieve vaardigheden kunnen verhinderen dat gedragsintentie omgezet wordt in waarneembaar gedrag (Murdaugh et al., 2009). De ontwikkeling van sociale en communicatieve vaardigheden worden sterk beïnvloedt door de eigen effectiviteit en vice versa (Brug et al., 2007). Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats via een complex mechanisme dat in de psychologie nog niet helemaal begrepen wordt. Toch biedt gebruikmaking van dit mechanisme de meeste kansen op succes bij interventies gericht op gedragsverandering (Klandermans & Seydel, 1996). Het aanleren van vaardigheden leidt tot positieve ervaringen en positieve ervaringen hebben een positief effect op de eigen effectiviteit.

### 3.1.8 Gedrag

Met gedrag wordt in het ASE-model het werkelijk waarneembare gedrag bedoeld dat iemand vertoont. Het is het resultaat van het opmaken van de balans van alle hierboven besproken factoren. Initiatieven tot gedragsverandering vertrekken vanuit bestaand gedrag en trachten het bestaande gedrag te wijzigen naar gewenst gedrag om daarmee bepaalde hogere doelen, zoals gezondheid, te bereiken. Gedragsverandering is daarmee niet een doel op zich, maar een middel om hogere doelen te bereiken. De functie van toepassing van het ASE-model is een structuur gevende functie. Inzichten in aard van en relaties tussen gedragsbepalende factoren maken het voor hulpverleners mogelijk te achterhalen welke factoren in ongewenste vorm aanwezig zijn. Dergelijk onderzoek bevindt zich in de analysefase van de GVO-cyclus. Op basis van deze analyse kunnen op efficiënte wijze effectieve interventies ontwikkeld worden om gedragsmatige doelen te bereiken die in functie staan van het hogere doel.

## 4 Literatuurstudie

In deze bachelorproef wordt praktijkgericht onderzoek beschreven ter verbetering van menselijk handelen bij patiëntgericht omgaan met zelfverwijzers. Het onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan het formuleren van evidence based voorstellen op basis waarvan verpleegkundigen op de spoedgevallendienst, binnen de kaders van het ziekenhuisbeleid, een objectieve, patiëntgerichte houding kunnen ontwikkelen tegenover zelfverwijzers en zelfverwijzend gedrag. In voorgaande hoofdstukken werden drie kaders voor het onderzoek beschreven. Het eerste kader betreft definiëring van de term zelfverwijzer en visie op de doelgroep. Het tweede kader omvat de visie op communicatie, zowel verbaal als non-verbaal, door de GVO-cyclus centraal te stellen. Het derde kader omvat het ASE-model waarmee inhoudelijke informatie gestructureerd wordt. Omdat al in de wetenschappelijke oriëntatiefase van dit onderzoek, zie 1.4 Wetenschappelijke oriëntatie op zelfverwijzers bleek dat een gedegen gedragsdeterminantenanalyse voor zelfverwijzers niet voor handen is, is het noodzakelijk in deze bachelorproef de focus te leggen op fase twee van de GVO-cyclus, de gedragsdeterminantenanalyse. Centrale vraag in deze literatuurstudie is dan ook de vraag welke kenmerkende gegevens met betrekking tot zelfverwijzers en zelfverwijzend gedrag in de literatuur beschreven zijn. De literatuurstudie heeft daarmee een beschrijvend karakter. Na beschrijving van paragraaf 4.1 Methode, worden de resultaten in paragraaf 4.2 kwalitatief beschreven en geplaatst in de structuur van het ASE-model. In de discussie, 4.3, wordt het resultaat kritisch besproken. Conclusies worden geformuleerd in 4.4. Na 4.5, waarin beperkingen worden beschreven, worden in 4.6 voorstellen ter bevordering van een patiëntgerichte houding tegenover zelfverwijzers en zelfverwijzend gedrag geformuleerd.

### 4.1 Methode

Via literatuurstudie wordt een inventarisatie gemaakt van kenmerkende eigenschappen van zelfverwijzers die geassocieerd worden met zelfverwijzend gedrag. Gevonden informatie wordt geordend volgens de structuur van het ASE-model. Deelvragen die logischerwijs volgen uit deze methode van literatuuronderzoek zijn respectievelijk a) welke externe factoren, b) welke attitudes, c) welke sociaal beïnvloedende factoren, d) welke eigen effectiviteit, e) welke barrières en d) welke vaardigheden worden geassocieerd met zelfverwijzend gedrag?

Literatuur wordt gezocht via internet door gebruik te maken van de zoekmachines Google, Google Scholar, Google Books, Bing, Limo, PubMed en Cochrane. Daarnaast worden referentielijsten van gevonden relevante artikelen gescreend op aanverwante artikelen die de reeds geselecteerde informatie inhoudelijk ondersteunen of aanvullen. Literatuurlijsten van gevonden reviews worden vergeleken met overige gevonden artikelen om te voorkomen dat informatie dubbel geïnccludeerd wordt bij de inventarisatie.

Gebuurte zoektermen worden zowel in het Engels als in het Nederlands beschreven en geven richting aan synoniemen voor zelfverwijzing, setting van onderzoek, omstandigheden waarin onderzoek plaats vond en aard van de gezochte gegevens. Geïnccludeerde synoniemen voor zelfverwijzing zijn: zelfverwijzers, zelfverwijzend gedrag, walk-ins, self-referrers, self-referrals, non-urgent patients. Zoektermen voor setting van onderzoek zijn: spoedeisende hulp, spoedgevallen, spoedgevallendienst, Emergency Department en Emergency room. Zoektermen in verband met omstandigheden waarin onderzoek plaats vond zijn: frequent bezoek, niet-urgent bezoek, inappropriate visits en overcrowding. Zoektermen naar aard van gezochte gegevens zijn: motieven, redenen, psychologische factoren, characteristics, motivations, reasons, en psychological factors.

In paragraaf 1.4 werd een oriëntatie op wetenschappelijke literatuur beschreven. Duidelijk werd dat zelfverwijzers als doelgroep vanuit verschillende perspectieven worden beschreven. Om een zo compleet mogelijk beeld te creëren van de doelgroep is daarom beslist dat in principe elk review, kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar karakteristieken van zelfverwijzers op de spoedgevallendienst geïnccludeerd wordt mits een bijdrage geleverd wordt aan een beeld over zelfverwijzers als specifieke groep, gericht op de beslissing naar spoedgevallen te komen en separaat van een medisch perspectief te beschouwen is. Het beoordelingscriterium voor deze bachelorproef dat gebruikte literatuur niet ouder mag zijn dan 10 jaar wordt gerespecteerd, tenzij de bijdrage van het oudere artikel van relevant belang is zonder dat recente vergelijkbare literatuur beschikbaar is.

## 4.2 Resultaten

Er wordt mondiaal onderzoek gedaan naar de input van patiënten op de spoedgevallendienst. Het aanbod van artikelen is in westerse landen groter dan in ontwikkelingslanden. Vier reviews werden gevonden waarvan drie gebaseerd zijn op het medische perspectief, te weten oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst (Carret et al., 2009; Liggins, 1993) en een derde review is gericht op niet urgente omstandigheden (Uscher-Pines et al., 2013). De vierde review (Padgett & Brodsky, 1992) richt zich ook op niet urgente omstandigheden maar is wel specifiek gericht op psychologische factoren die geassocieerd worden met besluitvorming om in niet urgente omstandigheden naar de spoedgevallendienst te gaan. Ondanks de ouderdom van twee van deze reviews werden alle vier de reviews geïnccludeerd.

Andersoortige artikelen dienden geïnccludeerd te worden om de literatuurstudie te laten voldoen aan de eis van 6 artikelen die door Odisee werd voorgeschreven. Op uitzonderingen na, zijn overige artikelen gericht op regionale beschrijving van populaties spoedgevallenbezoekers. Slechts een of een klein aantal spoedgevallendiensten zijn steeds betrokken, waarbij gegevens via interview en enquête werden verkregen. Relaties tussen gedragsfactoren bij zelfverwijzend gedrag worden specifiek beschreven in de artikelen van De Valk et al. (2014), Kraaijvanger, Rijpsma, Van Leeuwen en Edwards (2015) en Charante, Riet en Bindels (2008) waarin het zelfverwijzerschap centraal staat. Deze artikelen over onderzoeken in Nederlandse setting werden eveneens geïnccludeerd. Tot slot werden enkele artikelen geïnccludeerd vanwege een specifieke bijdrage die geleverd kon worden binnen het kader van deze bachelorproef. In bijlage 1 is de data-extractietabel opgenomen waarin een overzicht van de bestudeerde artikelen is te vinden.

### 4.2.1 Externe variabelen

Carret et al. (2009) vonden geen associatie tussen oneigenlijk spoedgevalengebruik en de ervaren gezondheid bij patiënten op basis van gegevens die verzameld werden door telefonische enquête. Ook Uscher-Pines et al. (2013) beschrijven dat geen associatie gevonden werd tussen het aantal eerstelijns raadplegingen en niet-urgent spoedgevalbezoek. Frequente spoedgevallenbezoekers zijn vaker niet urgente bezoekers dan niet frequente bezoekers. Recente ziekenhuisopname verkleint de kans op niet urgent bezoek. Philips et al. (2010) beschrijven dat de kans op het terug kiezen voor een bepaalde dienst mede afhankelijk is van eerdere ervaringen met de dienst. Patiënten lijken loyaal aan de dienst waarmee zij ervaring hebben.

De biologische factor leeftijd wordt omgekeerd geassocieerd beschreven met oneigenlijk spoedgebruik (Carret et al., 2009). Hoe ouder de patiënt des te kleiner het onterechte spoedgevalengebruik. Jong volwassenen, met name vrouwen (Carret et al., 2009; Uscher-Pines et al., 2013), zonder multipathologie, maken vaker oneigenlijk gebruik van

de spoedgevallen hoewel Uscher-Pines et al. (2013). Er is echter geen duidelijke associatie vast te stellen. In Rotterdam bezochten tijdens een meetperiode in 2011 voornamelijk jonge mannen als zelfverwijzer de spoedeisende hulp van het Erasmus ziekenhuis (de Valk et al., 2014). Zij kwamen meestal met musculoskeletale letsels naar de spoedeisende hulp. Geconcludeerd wordt dat deze vaststelling in overeenstemming is met gevonden literatuur. Ras wordt niet geassocieerd met oneigenlijk spoedgebruik (Carret et al., 2009; Uscher-Pines et al., 2013).

Burgerlijke staat wordt in relatie tot oneigenlijk gebruik wel geassocieerd (Carret et al., 2009), maar niet met niet-urgent bezoek. Alleenwonend zijn vergroot de kans ( $p=1.046$ ) op oneigenlijk gebruik van de spoed. De Valk et al. (2014) bevestigen deze stelling voor de door hen onderzochte populatie zelfverwijzers.

Er is een directe associatie gevonden tussen oneigenlijk gebruik ED en de sociaal economische status (SES), uitgedrukt in opleiding en inkomen (Carret et al., 2009) maar de associatie met opleiding alleen is zwak ( $p=0.052$ ). De groep zelfverwijzers in Rotterdam waren vaker laag opgeleid (de Valk et al., 2014). Onderzoekers brachten deze vaststelling in verband met omgevingskenmerken van de onderzoekslocatie. Lippens (2011) concludeert dat mensen met een lage SES beschikken over weinig gezondheidsbesef en kampen met communicatieproblemen. Andere sociaal-culturele factoren die beschreven worden zijn het al dan niet hebben van mantelzorg (Carret et al., 2009), de aanwezigheid van poliklinische opvolging door een arts (Carret et al., 2009), de aanwezigheid van een huisartsenverwijzing en de organisatie van de eerstelijnszorg (Carret et al., 2009; Uscher-Pines et al., 2013). Afwezigheid van mantelzorg of palliatieve zorg (Henson et al., 2015), het niet hebben van een eigen huisarts, het niet hebben van een doorverwijzing van een huisarts en organisatieproblemen in de eerste lijn vergroten de kans op zowel niet urgent als oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst. Uscher-Pines et al. (2013) rapporteren expliciet dat patiënten die zonder doorverwijzing van een huisarts op spoedgevallen komen 1,12-1,42 keer meer risico hebben op niet urgent spoedbezoek.

Economische factoren worden zowel door Carret et al. (2009) als Lippens (2011) gemeld. Kosten spelen een rol voor de patiënt wanneer zij kiezen voor de spoedgevallendienst omdat daar niet direct betaald hoeft te worden voor de hulpverlening.

#### 4.2.2 Attitude en gevoelens

De cognitieve attitude wordt door Uscher-Pines et al. (2013) beschreven in termen van "ervaren ernst" en kennis over plaatsen waar patiënten met hun hulpvraag naar toe kunnen. In vier artikelen schatte meer dan 80% van de niet-urgente patiënten hun klachten zo ernstig in dat behandeling niet kon wachten. Ook wordt geconcludeerd dat niet-urgent spoedgevallenbezoek ontstaat door gebrek aan kennis over alternatieven. Bij zelfverwijzers wordt het beeld dat de patiënt heeft met betrekking tot benodigde zorg die niet door de huisarts gegeven kan worden beschouwd als een belangrijke reden om naar de spoedgevallendienst te gaan (De Valk et al., 2014).

Uitingen van evaluatieve attitude worden door Carret et al. (2009) omschreven in termen van gemak als waardeoordeel over de kwaliteit van zorg en vertrouwen. Een associatie wordt gezien tussen oneigenlijk spoedgevallengebruik en het gemak waarmee diagnostische tests en behandeling op spoed te krijgen zijn (3,7-11,4% in univariate analyse). Ook betere zorg (21%) is geassocieerd in univariate analyse, hoewel deze associatie in multivariate analyse niet wordt bevestigd. De snelheid van de hulpverlening blijkt bij een onderzoek onder zelfverwijzers in de omgeving van het Nederlandse Arnhem de hoofdreden te zijn om naar de spoedeisende hulp te gaan (Kraaijvanger et al., 2015). Ook verwacht een deel van de zelfverwijzers dat de huisarts zeker tot doorverwijzing zou overgaan (Kraaijvanger et al., 2015). Het gemak van de spoedgevallendienst ten opzich-

te van alternatieven is ook bij 60% van de niet urgente patiënten een belangrijke reden om naar de spoed te gaan (Uscher-Pines et al., 2013). Deze patiënten vonden de spoedgevallendienst beter toegankelijk dan de eerstelijnszorg. Het vertrouwen in de spoedgevallendienst wordt door 7,1% van de respondenten als hoofdreden voor oneigenlijk gebruik genoemd (Carret et al., 2009). Hoe groter ontevredenheid over de eerstelijnszorg hoe vaker oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst (RR=1,13, range 0-4, 95%CI, 1.01-1.25) voor komt. Ook voor niet-urgente bezoeken geldt dat negatieve percepties met betrekking tot alternatieve hulpbronnen het aantal niet-urgente bezoeken doet stijgen (Uscher-Pines et al., 2013). Binnen een specifieke groep zelfverwijzers in de omgeving van het Nederlandse IJmuiden is, in buiten kantooruren situaties, een grote ontevredenheid gerapporteerd ten aanzien van huisartsenposten (Charante et al., 2008). Onder de groep zelfverwijzers in Rotterdam zijn er tevens patiënten die een relatie leggen met het al bij een specialist onder behandeling zijn in het zelfde ziekenhuis (De Valk et al., 2014). Zijn zij reeds onder behandeling, dan kiezen zelfverwijzers vaker voor het zelfde ziekenhuis.

De manier waarop zelfverwijzers op de spoedgevallen binnen komen, geeft een beeld van de conatieve attitude. Carret et al. (2009) rapporteren hierover dat de wijze van binnenkomst bepaald wordt door de SES, de urbanisatiegraad, beschikbaarheid van ambulances en de kwaliteit van het openbaar vervoer.

#### 4.2.3 Sociale invloed

Sociale steun is in interactie met ervaren zorgbehoefte (Padgett & Brodsky, 1992). Volgens Philips et al. (2010) tonen patiënten een grotere motivation to comply naar de partner dan naar vrienden. Ook denken patiënten dat hun partners de spoedgevallendienst hoger inschatten dan de huisartsenpost. Besluit tot zelfverwijzing door iemand anders uit de omgeving komt vooral buitenshuis voor, zoals op het werk, school of bij incidenten in openbare plaats (Liggins, 1993). De Valk et al. (2014) concludeerden dat zelfverwijzers vooral op advies van anderen naar de spoedeisende hulp kwamen. Tekort aan mantelzorg of palliatieve zorg leidt tot meer frequent spoedgevallenbezoek bij kankerpatiënten in de laatste maand van hun leven (Henson et al., 2015).

#### 4.2.4 Eigen effectiviteit

Psychische gesteldheid, stressniveau en coping zijn beïnvloedende factoren bij niet-urgent spoedgevallengebruik (Padgett & Brodsky, 1992). Carret et al. (2009) beschrijven stressniveau in termen van de duur van de klacht. De duur van de klacht is direct geassocieerd met oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst. Volgens Liggins (1993) komen patiënten die oneigenlijk gebruik maken van de spoedgevallendienst ofwel binnen een uur na het ontstaan van de klachten naar het ziekenhuis, ofwel als de klachten langer dan 48 uur duren. Uscher-Pines et al. (2013) vinden geen associatie met niet-urgent spoedgevallenbezoek en copingmechanismen.

#### 4.2.5 Gedragsintentie

Philips et al. (2010) trachtten gedragsintentie bij zorgkeuze buiten kantooruren uit te drukken in een zogenoemde TRA-score. Deze score is het resultaat van een marketing-technisch wiskundige bewerking waarin zorgkeuzebepalende factoren zijn opgenomen. Deze bepalende factoren worden beschouwd vanuit de TRA, een gedragsverklaringsmodel waarop het ASE-model mede gebaseerd is. Bepalende factoren, zijn eerdere ervaringen met de hulpverlenende dienst, toegankelijkheid van de dienst, mate waarin informatie gegeven wordt door hulpverleners over ziekte, behandeling en wachttijd. Toegankelijkheid en informatie blijken van grootste invloed op gedragsintentie bij zowel huisartsenposten als spoedgevallendiensten.

#### 4.2.6 Barrières

Beschreven barrières zijn afstand tot hulpbron, kosten en organisatie van de eerstelijns. Patiënten die op oneigenlijke wijze de spoedeisende hulp bezoeken ervaren de afstand tot de eerste lijn als barrière om naar de huisarts te gaan (Young, Wagner, Kellermann, Ellis, & Bouley, 1996). Uscher-Pines et al. (2013) benoemen in deze context drie artikelen die fysieke afstand associëren met niet urgent spoedgevallenbezoek. Vervoerswijze, tijdstip en de plaats ten opzichte van de eigen verblijfsplaats worden hierbij als afstandsfactoren vermeld. In relatie tot oneigenlijk spoedgevallengebruik vinden Carret et al. (2009) geen associatie voor afstand als barrière, hoewel expliciet verwezen wordt naar Oktay, Cete, Eray, Pekdemir, & Gunerli (2003). Zij beschrijven de nabijheid van het ziekenhuis als hoofdreden. De nabijheid van het ziekenhuis wordt ook door zelfverwijzers genoemd als reden om naar spoed te gaan (De Valk et al., 2014). Het ontbreken van alternatieven (Padgett & Brodsky, 1992) duidt vooral op het niet beschikbaar zijn van de huisarts. Kostenflexibiliteit wordt slechts door een artikel in de review van Uscher-Pines et al. (2013) beschreven als reden om voor de spoedgevallen te kiezen. Problemen met de organisatie van de eerstelijns uiteten zich via afwezigheid van medische beeldvorming, ontoegankelijkheid en onbereikbaarheid, bijvoorbeeld bij het maken van een afspraak (Uscher-Pines et al., 2013).

#### 4.2.7 Vaardigheden

Een van de vaardigheden bij besluitvorming over waar hulp te zoeken is het inschatten van het gezondheidsprobleem. Inschatten van gezondheidsprobleem omvat symptoomherkenning en inschatting van de ernst (Padgett & Brodsky, 1992). De patiënt moet hulp zoeken op het juiste tijdstip en op de juiste plaats, in functie van de klachten. Lippens (2011) concludeert hierover dat consumenten niet in staat zijn gezondheidsproblemen en zorgkeuzes correct in te schatten. Hoewel het niet aannemelijk is dat een kritische houding wordt aangenomen jegens een zelfverwijzer die in levensbedreigende toestand zich op spoedgevallen meldt, heeft de levensbedreigende zelfverwijzer mogelijk de situatie niet correct ingeschat wanneer de klachten al enige uren geleden begonnen zijn. Bij een juiste inschatting zou hij mogelijk eerder hulp hebben ingeschakeld en zou spoedgevallenbezoek niet noodzakelijk zijn geworden.

#### 4.3 Discussie

De kwaliteit van gevonden literatuur is, geplaatst op de evidentiepiramide, van matige kwaliteit te noemen. Deze vaststelling is in overeenstemming met de kritische noten die in vrijwel alle bestudeerde artikelen beschreven zijn. Bovendien kunnen in de reviews gevonden gedragsbepalende factoren niet zonder meer beschouwd worden als associaties met zelfverwijzend gedrag vanwege de verschillende perspectieven zoals oneigenlijk gebruik en frequent bezoek. Hoewel consequent is terug te vinden dat een deel van de populatie niet urgente of frequente bezoekers als zelfverwijzer geregistreerd werden, is bij geen van de reviews de relatie tussen het zelfverwijzerschap en de gedragsbepalende factor beschreven.

Relaties tussen gedragsbepalende factoren bij zelfverwijzend gedrag worden wel specifiek beschreven in het artikel van De Valk et al. (2014), Kraaijvanger et al. (2015) en Charante et al. (2008) waarin het zelfverwijzerschap centraal staat. Hoewel deze literatuur de beste aansluiting vindt met de doelstellingen van deze bachelorproef, kunnen de artikelen op basis van het type onderzoek echter niet in dezelfde mate gewogen worden als de geïncorporeerde reviews. Ondanks dat de bruikbaarheid van deze artikelen beperkt wordt door het type onderzoek en regionale karakter van de setting, worden deze artikelen wel gebruikt in de literatuurstudie. Alle metingen vonden in Nederland plaats en aan-

genomen wordt dat Nederland en België een vergelijkbaar ontwikkelingsniveau van het zorgstelsel kent binnen Europese grenzen.

Externe variabelen zijn steeds betrokken bij metingen rond karakteristieken van doelgroepen. Het zijn relatief statische gegevens die eenvoudig meetbaar zijn. Zij vormen de onafhankelijke variabelen bij vergelijkend onderzoek. Deze factoren, leeftijd, ras, en SES, blijken niet duidelijk geassocieerd te zijn met zelfverwijzend gedrag. Artikelen spreken elkaar tegen of vinden niet meer dan een zwakke relatie, waaruit geen conclusies getrokken mogen worden. Wat wel op valt is het effect van eerdere ervaring met hetzelfde gedrag. Eerdere ervaring met hetzelfde gedrag stimuleert herhaling van hetzelfde gedrag, zeker als er een positief gevoel aan is gekoppeld. Eens een zelfverwijzer, altijd een zelfverwijzer bij kwaliteitsvolle patiëntenzorg op de spoedgevallendienst, is denkbaar.

De gebruikte meetmethode om associatie tussen ervaren gezondheid en oneigenlijk spoedgevalengebruik te bepalen past niet in de context van de spoedgevallen. Het moment van vragen, thuis in ontspannen situatie of in de wachtzaal van een spoed, geeft mogelijk een verschillend antwoord op vragen naar ervaren gezondheid. Het aanvoelen van de situatie wordt buiten beschouwing gelaten, terwijl gevoelens wel van invloed is op het nemen van beslissingen (Van Vugt, 2007). In andere artikelen werd niet duidelijk of met gezondheidsstatus de ervaren gezondheidsstatus door de patiënt bedoeld werd of een door een medicus bepaalde gezondheidsstatus. Evaluatieve attitude blijkt moeilijk te objectiveren. Definities van termen als toegankelijkheid, gemak en vertrouwen zijn nauwelijks omschreven of zijn niet eenduidig. Gevolg is dat onvoldoende duidelijk wordt welke overtuigingen nu precies het gevoel van gemak of toegankelijkheid geven.

De wijze van transport naar de spoed als parameter voor de conatieve attitude is bruikbaar wanneer de verplaatstingswijze van zelfverwijzers vergeleken worden met niet-zelfverwijzers. Echter Carret et al. (2009) doen geen uitspraken over gevonden relaties.

De duur van de klacht als reden om naar de spoedgevallendienst te gaan geeft informatie over de spanningseffectiviteit van de betreffende patiënt. De duur van de klacht kan als indicator voor spanningseffectiviteit geïnterpreteerd worden. Naarmate klachten langer aanhouden is het denkbaar dat onzekerheid toeneemt en er meer stress ontstaat. Wordt deze stress geuit, dan is het aannemelijk dat vanuit de omgeving een grotere druk ontstaat om hulp te zoeken. Wordt deze sociale druk ervaren, ontstaat nog meer spanning. Aanhoudende klachten en sociale druk triggeren het niet meer volhouden van gedrag om op hulp door de huisarts te wachten. De spanningseffectiviteit neemt af en beïnvloed het besluit om hulp te zoeken bij huisarts of spoedgevallendienst.

De meting van de gedragsintentie werd gedaan aan de hand van een case-gerichte enquête. Vragen werden gesteld over een fictieve situatie. Een fictieve situatie is voor de ondervraagde niet de eigen, reële situatie van dat moment. Hiermee wordt voorbij gegaan aan de invloed die spanningseffectiviteit heeft op besluitvorming die vooraf gaat aan gedragsintentie.

Onduidelijk is of het ontbreken van alternatieven als barrière voort vloeit uit onwetendheid over het bestaan en bereiken van alternatieven, of voort vloeit uit het daadwerkelijk ontbreken van alternatieven, zoals bijvoorbeeld de huisartsenwachtpost.

Gericht op zelfverwijzend gedrag is er nauwelijks informatie beschikbaar over aard en omvang van vaardigheden, vermogens, die nodig zijn om de beste plaats voor zorg te kiezen. Er is algemene literatuur beschikbaar over gezondheidspsychologie en besluitvorming rond gezondheidsvraagstukken (Abraham et al., 2013; Morrison & Bennett, 2006; Murdaugh et al., 2009; Van Vugt, 2007) maar enkel Lippens (2011) doet een concrete uitspraak over vermogens rond beslissingen om naar huisarts of spoedgevallen te gaan. Kritisch beschouwd dient opgemerkt te worden dat de conclusie gebaseerd wordt

op een combinatie van aanwezigheid van keuzevrijheid in de zorgorganisatie en gebrek aan kennis bij de patiënt. Keuzevrijheid is een organisatorische externe variabele in het ASE-model, terwijl kennisgebrek past bij de cognitieve attitude. Zowel keuzevrijheid als kennisgebrek sluiten dus aan bij beschikking hebben over vaardigheden. Lippens (2011) heeft dan wel in haar enquête een vraag over life-events opgenomen die informatie zou geven over copingvaardigheden van de patiënt, maar een wetenschappelijke onderbouwing voor de relatie tussen de vraag en copingvaardigheden ontbreekt. Hoewel een duidelijk verschil in antwoord op de vraag te vinden is tussen spoedgevallenbezoekers en huisartsbezoekers, wordt in de discussie de betekenis van dit resultaat niet besproken. Bij algehele beschouwing van bovenstaande inventarisatie van en discussie over gedragsdeterminanten van zelfverwijzend gedrag valt op te maken dat zelfverwijzers vanuit verschillende perspectieven kunnen kijken naar de situatie waarin zij zich bevinden om van daar uit de beslissing te nemen om naar de spoedgevallendienst te gaan. Mogelijke perspectieven zijn a) gerichtheid op de klacht zelf, b) gerichtheid op de eerstelijns en c) gerichtheid op de spoedgevallendienst. Zelfverwijzers die gericht zijn op de klacht zelf stellen de klacht centraal en vinden de spoedgevallendienst de beste plaats voor hun hulpvraag. Zelfverwijzers die gericht zijn op de eerste lijn, nemen hun beslissing op basis van wat zij vinden dat de eerstelijns al dan niet voor hen kan betekenen bij het oplossen van hun hulpvraag. Wanneer zij verwachten dat de eerstelijns hen niet afdoende helpt, besluiten ze naar de spoed te gaan. Zelfverwijzers die gericht zijn op de spoedgevallendienst benoemen positieve argumenten ten aanzien van de spoedgevallendienst om hun hulpvraag aldaar te rechtvaardigen. Uit de bestudeerde literatuur valt echter niet op te maken of de populatie zelfverwijzers werkelijk op te delen is op basis van perspectief op de situatie, en of zelfverwijzers via die perspectieven voorspelbaar gedrag vertonen.

#### 4.4 Conclusie

De vraag welke kenmerkende gegevens over zelfverwijzers en zelfverwijzend gedrag in de literatuur beschreven zijn staat centraal in deze literatuurstudie. Vastgesteld wordt dat de keuze tot zelfverwijzing multifactorieel bepaald is, zonder dat eenduidige of causale verbanden aangetoond worden. De populatie zelfverwijzers is een heterogene groep. Verpleegkundigen dienen zich bewust te zijn van deze vaststelling en erop te letten dat waargenomen gedrag in relatie tot zelfverwijzing niet gegeneraliseerd mag worden naar de hele populatie zelfverwijzers. Individueel gerichte communicatie op maat van persoonlijke gedragsdeterminantenanalyse van de zelfverwijzer verdient de voorkeur, boven massacommunicatie. Een persoonlijke gedragsdeterminantenanalyse met betrekking tot zelfverwijzend gedrag is mogelijk tijdens een grondige anamnese en vaststelling van de hulpvraag. In paragraaf 4.6 worden praktische wenken geformuleerd voor de omgang met en beïnvloeding van zelfverwijzend gedrag.

#### 4.5 Beperkingen

Beperkingen van deze literatuurstudie zijn te vinden op het gebied van bewijskracht, structuur en doelgroep. De bewijskracht is beperkt doordat beperkt literatuur beschikbaar is waarin zelfverwijzend gedrag onderwerp van onderzoek is. Het is moeilijk concrete en consistente informatie over gedragsaspecten rond zelfverwijzing te vinden. De meest beschikbare en betrouwbare informatie betreft informatie over externe gedragsfactoren, waarvan bekend is dat ze moeilijk of onmogelijk te beïnvloeden zijn via voorlichting.

Op het gebied van structuur zijn gemaakte keuzes om bepaalde geassocieerde factoren te plaatsen onder een aspect van het ASE-model voor discussie vatbaar. Zo kan bijvoor-



beeld kennisgebrek geplaatst worden bij cognitieve attitude of bij barrière. Wanneer kennisgebrek geplaatst wordt onder attitude, dan wordt impliciet er vanuit gegaan dat weinig motivatie aanwezig is om deze kennis te vergroten. Een saillant belief van onwetendheid zit diepgeworteld in de persoon. Als kennisgebrek gezien wordt als barrière, dan is het duidelijk dat er motivatie is tot gedragsverandering, dus tot leren, en is er motivatie aanwezig om het kennisgebrek op te lossen. Deze bachelorproef beoogt niet conclusies te trekken en aanbevelingen te doen naar de eenduidigheid van structuur in gedragsdeterminanten, maar poogt een gestructureerd beeld te vormen over gedragsdeterminanten van zelfverwijzend gedrag. Aangezien in deze bachelorproef ervan uit gegaan wordt dat een zelfverwijzer een uniek individu is, volstaat het de verpleegkundige om zich daarvan bewust te zijn en bij de individuele omgang met zelfverwijzers zich te oriënteren op de eigen beleving van de patiënt. Bij kennisgebrek heeft de verpleegkundige bijvoorbeeld een kans de motivatie tot kennisvermeerdering te peilen door te vragen naar welke poging de zelfverwijzer al heeft gedaan om zijn klachten in te schatten. Het antwoord varieert dan van niets tot het bijvoorbeeld het uitvoerig raadplegen van websites.

Een beperking met betrekking tot de doelgroep is dat zelfverwijzend gedrag in de literatuur gekoppeld wordt aan frequentie van bezoek, medische urgentie en terechtheid. Wanneer frequentie, urgentie en terechtheid op de voorgrond geplaatst wordt, wordt impliciet een waardeoordeel vanuit het (medisch) professionele milieu geveld. Dergelijk oordeel subjectiveren conclusies ten aanzien van zelfverwijzend gedrag. Wanneer een groep niet urgente bezoekers voor een bepaald deel uit zelfverwijzers bestaat, is het niet noodzakelijk zo dat alle zelfverwijzers zich met niet-urgente klachten op spoed melden. In dit onderzoek is geprobeerd het zelfverwijzend gedrag zo geïsoleerd mogelijk te benaderen. Bij de beschouwing van beschreven geassocieerde factoren moet rekening gehouden worden met de context waarin deze factoren bepaald zijn.

#### 4.6 Aanbevelingen

De populatie zelfverwijzers is een heterogene groep. Individuele benadering van het zelfverwijzend gedrag door de verpleegkundige is nodig als doelen bereikt moeten worden ten aanzien van zelfverwijzend gedrag. Doelen ten aanzien van zelfverwijzend gedrag kunnen gaan over de keuze van hulpbron maar ook over interpretatie en acceptatie van gevolgen van het zelfverwijzend gedrag. De behoefte aan het beïnvloeden van zelfverwijzend gedrag ontstaat bijvoorbeeld op momenten dat overcrowding aan de orde is, de verpleegkundige aanvoelt dat de patiënt meer gebaat is bij een psychische begeleiding in plaats van medische begeleiding, wanneer de zelfverwijzer verwachtingen uit ten aanzien van de spoedgevallendienst die in conflict zijn met het beleid van het ziekenhuis of die als belastend wordt ervaren door de verpleegkundige. Beïnvloeding dient te gebeuren via communicatie met de zelfverwijzer. Een goed beeld van de gesprekspartner is nodig voor effectieve en efficiënte communicatie. Vanuit een grondige anamnese dient een gedetailleerde gedragsdeterminantenanalyse gedaan worden op basis waarvan tot interventie wordt besloten.

Aan de hand van bijlage 1 Bijlage 1 Data-extractietabel zijn in de literatuur gevonden kenmerken en associaties gegroepeerd per item van het ASE-model. Deze informatie is richtinggevend voor stap twee van de GVO-cyclus, de gedragsanalyse, en vormen een basis voor ontwikkeling van individuele interventies om zelfverwijzend gedrag te beïnvloeden.

Aanbevelingen voor onderzoek ter bevordering van evidence based nursing (EBN), gericht op de omgang met zelfverwijzers en het beïnvloeden van zelfverwijzend gedrag zijn a) het verzamelen van meer relevante doelgroepinformatie, b) het zoeken naar subgroepen

pen en wetmatigheden binnen de populatie zelfverwijzers en c) het nader bestuderen van de rol van de eigen effectiviteit. Het nauwkeuriger formuleren van relevante doelgroepinformatie ten aanzien van de proximale determinanten binnen ASE-model is nodig omdat beschikbare informatie summier is, soms tegenstijdig, weinig evident is en ook causale verbanden ontbreken. Interessant is nader inzicht te ontwikkelen in interacties tussen attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit bij zelfverwijzend gedrag en mechanismen die een rol spelen bij de besluitvorming door de zelfverwijzer. Wellicht ligt hier een uitdaging voor gedragspsychologen. Een tweede uitdaging is het zoeken naar subgroepen binnen de populatie zelfverwijzers en het trachten te vinden van wetmatigheden in gedrag binnen deze subgroepen. Wetmatigheden zijn tot op heden niet gevonden binnen de externe variabelen in het ASE-model en ook biedt de informatie over proximale variabelen weinig houvast voor ontwikkeling van effectieve voorlichtingsinterventies. Interessant is bijvoorbeeld te onderzoeken of er wetmatigheden te vinden zijn op basis van het perspectief van waaruit de zelfverwijzer focust op de situatie. Wanneer zelfverwijzend gedrag voorspeld wordt vanuit de focus op de situatie, worden interventiedoelen sneller duidelijk. Als een zelfverwijzer gericht blijkt te zijn op de klacht en zijn klacht als urgent beschouwt, wordt meteen duidelijk dat deze persoon geïnformeerd moet worden ten aanzien van inschatting van urgentie, wanneer de klacht niet urgent is en conform maatschappelijke standaarden bij de huisarts afgehandeld moet worden. Deze uitdaging maakt onderdeel uit van hoofdstuk 5 Praktijkstudie.

De derde aanbeveling komt voort uit de vaststelling dat de eigen effectiviteit van zelfverwijzers in geen enkel onderzoek concreet beschreven wordt. De eigen effectiviteit blijkt in de gedragswetenschappen echter een krachtige cognitieve factor te zijn, met name bij zelfregulerende processen (Schwarzer & Fuchs, 1999). De eigen effectiviteit beïnvloedt wilskracht, motivatie en uitkomstverwachtingen, zowel bij gedragsintentie als waarneembaar gedrag. De eigen effectiviteit wordt daarom gezien als essentieel component binnen gedragsverklarings- en -veranderingsmodellen. Gezien het belang van de eigen effectiviteit in gedragsveranderingsmodellen, het ontbreken van informatie hierover in literatuur over zelfverwijzend gedrag en de focus van deze bachelorproef, wordt in 5 Praktijkstudie ook de eigen effectiviteit gemeten.

## 5 Praktijkstudie

De praktijkstudie beoogt een bijdrage te leveren aan verpleegkundig inzicht in gedragsdeterminanten van zelfverwijzend gedrag in de regio Malle en Brasschaat. Verpleegkundigen worden in staat gesteld meer effectief en evidence based interventies te ontwikkelen die zelfverwijzend gedrag beïnvloeden.

In dit hoofdstuk wordt een prospectieve praktijkstudie naar zelfverwijzend gedrag beschreven en bestond uit drie delen. Het eerste deel was kwantitatief toetsend van aard. Karakteristieken van een groep zelfverwijzers werden verzameld en vergeleken met de resultaten uit de literatuurstudie. Centraal stond de vraag in hoeverre in de literatuur geassocieerde eigenschappen van zelfverwijzers voor komt in de onderzochte populatie zelfverwijzers. De verwachting was dat, conform de literatuur, er geen eenduidig beeld van karakteristieken van zelfverwijzers geformuleerd konden worden. Het tweede deel omvatte kwalitatief beschrijvend onderzoek en inventariseerde redenen waarom zelfverwijzers naar spoed kwamen. De resultaten werden vergeleken met de literatuur. De verwachting was dat overeenkomstige redenen gevonden werden. Het derde deel bestond uit kwalitatief onderzoek naar de eigen effectiviteit van zelfverwijzers. Gemeten werd hoe de onderzochte groep zelfverwijzers scoorde op de General Self-efficacy Scale (GSES). De hypothese was dat zelfverwijzers een lagere eigen effectiviteit ( $<31,1$ ) hebben ten opzichte van het populatiegemiddelde van 911 Nederlanders, zoals beschreven in (Dijcks, Joeris, & Van Engelen, 2012).

Voordat in de paragrafen 5.3 Methode, 5.4 Resultaten, 5.5 Conclusies en 5.6 Discussie beschreven worden, zijn in de paragrafen 5.1 Eigen effectiviteit en 5.2 GSES de kaders voor meting van eigen effectiviteit beschreven.

### 5.1 Eigen effectiviteit meten

Er is geen literatuur vindbaar waarin de eigen effectiviteit van zelfverwijzers werd gemeten. Het meten van eigen effectiviteit lijkt om twee redenen echter wel interessant (Van Der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001). Ten eerste geeft meting van eigen effectiviteit informatie over de mate waarin zelfverwijzers denken te beschikken over het vermogen te volharden in hun besluit en hoeveel inspanning zij daarvoor denken te kunnen leveren. Ten tweede is de omvang van de eigen effectiviteit een maat voor de controleerbaarheid en beïnvloedbaarheid van gedragsdeterminanten. Door eigen effectiviteit te meten wordt het mogelijk gedragsveranderingsinterventies te toetsen op effectiviteit.

Bij het meten van eigen effectiviteit worden waardeoordelen gemeten ten aanzien van vermogens die men ervaart om zichzelf te kunnen handhaven in een samenhang van activiteit, te vervullen taken en omstandigheden (Van Der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001). Geschikte meetinstrumenten zijn vragenlijsten waarin deze samenhang via stellingen wordt aangeboden. De respondent moet over elke stelling een waarderende uitspraak doen. Hoe specifiekere situaties, taken en omstandigheden omschreven worden, des te waardevoller is het resultaat van de gemeten eigen effectiviteit voor gedragsveranderingsinterventies (Klandermans & Seydel, 1996). Specifieke meetinstrumenten voor ervaren eigen effectiviteit zijn beschikbaar voor onder andere vallen, diabetes, moeheid, zelfmanagement bij ouderen en pijn (Hogeschool Zuyd, z.d.). Er bestaat echter geen specifiek meetinstrument voor het meten van de ervaren eigen effectiviteit bij zelfverwijzend gedrag of hulpzoekend gedrag bij gezondheidsproblemen.

Als een specifiek meetinstrument niet beschikbaar is, moet een algemene meetschaal gebruikt worden, of, moet een meetschaal ontwikkeld worden. Het zelf ontwikkelen van een meetschaal is tijdrovend, vergroot het risico op bias door vormfouten en gegevens over validiteit ontbreken. In deze bachelorproef is daarom gekozen gebruik te maken

van de GSES, een algemene meetschaal die binnen de gezondheidszorg reeds mondiaal toegepast wordt en als betrouwbaar en valide wordt beoordeeld (Hogeschool Zuyd, z.d.; Ralph Schwarzer, 2012). Het ontbreken van specificiteit wordt gecompenseerd door vergelijkbaarheid met grote groepen respondenten.

## 5.2 GSES

In deze paragraaf wordt de GSES beschreven. Toegankelijkheid, focus, inhoud, betekenis en waardigheid komen aan bod. De GSES is een toegankelijk instrument. Het is zonder copyright gratis te downloaden. Toestemming voor gebruik, afgegeven door auteur, is te vinden op internet (Schwarzer, 2014). De GSES is toepasbaar op algemene populaties en inventariseert hoe de respondent in het algemeen omgaat met moeilijke situaties in het leven. De GSES focust op het zelfvertrouwen dat de respondent heeft ten aanzien van a) de mate waarin zijn of haar acties verantwoordelijk zijn voor succes, en b) controle die hij heeft over uitdagende eisen die de omgeving stelt.

Inhoudelijk bestaat de GSES uit 10 stellingen waaraan de respondent telkens een waarde toekent. Zie Bijlage 2 Algemene vragenlijst voor bezoekers spoedgevallendienst. De stellingen zijn geformuleerd in zinsconstructies die voldoen aan de voorwaarden "als (gedrag), dan (consequentie)" of "Ik kan (doel bereiken), ookal (barrière)". De stellingen zijn optimistische zelfovertuigingen. Optimistische zelfovertuigingen leiden tot enige overschatting van ervaren copingvaardigheden. De overschatting van vermogens vormt een aanmoediging, motivatie, om van gedragsintentie naar werkelijk gedrag over te gaan. De GSES is gericht op optimistische zelfovertuiging omdat voor het aanleren van nieuw gedrag een aanmoediging, motivatie, nodig is om de drempel naar het nieuwe gedrag te nemen. Motivatie en handelen ontstaan uit een voorbedachte rade die ontstaat uit drie typen verwachtingen. Het eerste type verwachtingen zijn situatie-uitkomstverwachtingen. Het zijn verwachtingen over de mate waarin iemand denkt een bovengemiddeld risico te lopen. Het tweede type verwachtingen gaan over actie en uitkomst. Dit zijn verwachtingen over de mate waarin gezondheidsbedreiging zal afnemen door gedragsverandering. De eigen effectiviteit vormt het derde type verwachtingen. De geformuleerde stellingen in de GSES zijn actie-uitkomstverwachtingen waarbij het waardeoordeel over de eigen effectiviteit gescoord wordt. Betekenis van optimistische zelfovertuiging is dat het de effectiviteit van gedragsveranderinginterventies kan voorspellen (Kvarme et al., 2009).

Bij elk van de 10 items scoort de respondent op een schaal van een tot en met vier: volledig onjuist = 1, nauwelijks juist = 2, enigszins juist = 3 en volledig juist = 4. De somscore van deze 10 items is de waarde voor de GSES. De range is van 10-40. Alle respondenten uit een populatie kunnen hierna gerangschikt worden op GSES. Ook is het bepalen van een gemiddelde GSES voor de totale populatie op intervalniveau toegestaan. Dit populatiegemiddelde is bruikbaar bij het vergelijken van verschillende populaties, of het formuleren van subgroepen binnen een grotere populatie. Het is niet mogelijk scores van items afzonderlijk met elkaar te vergelijken omdat de GSES een unidimensioneel meetinstrument is. Elk item toetst een ander aspect van het totale construct. Het totaal van de items geeft de mate van eigen effectiviteit weer. De auteur adviseert de resultaten van een respondent te excluseren indien meer dan drie items geen of een ongeldig antwoord bevat.

### 5.2.1 Methodologische kwaliteit GSES

De GSES is een betrouwbare en valide psychometrische test die reeds 20 jaar wordt toegepast (Dijcks et al., 2012). De betrouwbaarheid voor psychometrische tests wordt uitgedrukt in Cronbach's Alfa. De waarde van de Cronbach's Alfa is een schatting voor

de ondergrens van de betrouwbaarheid van de GSES en hangt af van het aantal items in de vragenlijst, de spreiding van de somscore en de gemiddelde covariantie tussen de items. De covariantie geeft aan in hoeverre de waarde van het ene item verandert als de waarde van een ander item zich wijzigt. De Cronbach's Alfa varieert van  $-\infty$  tot  $+1$ , en alleen positieve waarden zijn zinvol. Een meetinstrument is bruikbaar bij een Cronbach's Alfa  $\geq 0,70$ . De Cronbach's Alfa van de GSES in eerder onderzochte populaties varieert van 0,78 tot 0,94. Als een enquête willekeurig wordt ingevuld, of als data is verzonden, dan kan dit leiden tot een lage Cronbach's Alfa. De validiteit van de GSES is een maat voor de geldigheid van het meetinstrument. Validiteit beantwoordt de vraag of werkelijk de eigen effectiviteit wordt gemeten.

### 5.3 Methode

Een deel van de populatie zelfwijzers die de spoedgevallendiensten van AZ Klina Brasschaat (Klina) en AZ St. Jozef Malle (Malle) bezochten werd gevraagd een vragenlijst in te vullen terwijl zij in de wachtzaal verbleven. De vragenlijst is bijgevoegd in Bijlage 2 Algemene vragenlijst voor bezoekers spoedgevallendienst. Het verzamelen van de gegevens vond plaats 24 uur per dag en 7 dagen per week. In Klina werd gemeten van 21 december 2015 tot en met 04 februari 2016. In Malle duurde de meetperiode van 04 januari 2016 tot en met 05 februari 2016. Medewerkers van het onthaal in- of excludeerden patiënten die zich aanmeldden als zorgvrager op de spoedgevallendienst op basis van een vooraf opgestelde beslisboom. Deze beslisboom is weergegeven in bijlage 4 en werd samengesteld in overeenstemming met criteria voor zelfverwijzers zoals omschreven in paragraaf 1.3 Definiëring zelfverwijzer. Bij twijfel over exclusie was de opdracht aan te sluiten bij het ziekenhuisinformatiesysteem. Indien daarin geregistreerd werd dat de patiënt op eigen initiatief kwam, dan werd dit als zelfverwijzing gezien en volgde inclusie, mits aan andere voorwaarden uit de beslisboom werd voldaan. Uit praktische overwegingen werden, na mondelinge toestemming van de includeerde patiënt, zowel schriftelijke informatie en toestemmingsformulier, zie bijlage 3, als vragenlijst meegegeven. Van patiënten die de formulieren retourneerden werden toestemmingsformulier en vragenlijst separaat verzameld, om anonimiteit te waarborgen. De verzamelde gegevens werden door een derde, onafhankelijke persoon in Excel ingevoerd. Een data-check op invoerfouten werd gedaan en beschikbare gegevens werden geanalyseerd in Excel.

#### 5.3.1 Setting

De ziekenhuizen AZ Klina Brasschaat en AZ St. Jozef Malle namen deel aan de gegevensverzameling. Beide ziekenhuizen ontvangen patiënten uit de regio Antwerpen Oost en de Noorderkempen. De regio Noorderkempen omvat ongeveer de gemeenten Arendonk, Baarle-Hertog, Beerse, Brasschaat, Brecht, Essen, Hoogstraten, Kalmthout, Kapellen, Kasterlee, Lille, Loenhout, Malle, Merksplas, Oud-Turnhout, Poppel, Ravels, Retie, Rijkevorsel, Schilde, Schoten, Turnhout, Vosselaar, Wijnegem, Wuustwezel, Zandhoven en Zoersel. AZ St. Jozef Malle is in dit gebied een perifeer gelegen ziekenhuis in de groene gordel rond Antwerpen. De dichtstbijzijnde overige ziekenhuizen met een spoedgevalafdeling zijn gelegen in Turnhout, Herentals, Lier, Deurne en Brasschaat. In Brasschaat is dit AZ Klina. De gemeente Malle telt ruimt 15.000 inwoners ("Malle", 2016). De bevolkingsdichtheid is 288 inwoners per vierkante kilometer waarvan 3,13% (2013) buitenlander is. Er is een lage werkloosheidsgraad (3,97% in 2009) door relatief veel industrie en werkgelegenheid in de nabijheid. Het gemiddelde inkomen bedroeg in 2011 ruim 17.000 euro per inwoner.

AZ Klina Brasschaat is gelegen tegen de stad Antwerpen in verstedelijkt gebied. Nabij Klina bevinden zich meerde spoedgevallendiensten, waaronder ZNA Jan Palfijn Merksem en ZNA Stuivenberg, en iets verder weg in Deurne en Malle. In Malle is dit AZ St. Jozef. De gemeente Brasschaat is populair bij Nederlandse geldbezitters die zich er graag vestigen ("Brasschaat", 2016). De groep vermogende Nederlanders is in Brasschaat relatief groot ten opzichte van andere gebieden. Het totale percentage buitenlanders bedroeg in 2013 8,35%. In totaal telt de gemeente Brasschaat meer dan 37.000 inwoners met een bevolkingsdichtheid van 974 inwoners per vierkante kilometer die gemiddeld bijna 20.000 euro (2011) per inwoner verdienen en waarvan ongeveer 5,16% (2009) werkloos is.

### 5.3.2 Ethiek

In AZ Klina gaf het Ethisch Comité toestemming voor het projectplan op 18 november 2015. Zie bijlage 5. In AZ St. Jozef gaf Dr. F. Leynen, operationeel verantwoordelijke acute geneeskunde, haar goedkeuring per mail op 03 december 2015.

### 5.3.3 Vragenlijst

In bijlage 2 is de gebruikte vragenlijst opgenomen. Elke vragenlijst werd vooraf voorzien van een deelnamenummer. Vragenlijsten in Malle begonnen met de letter A en vragenlijsten in Klina waren voorzien van de letter B. Beide lettercodes werden gevolgd door een driecijferig volgnummer. Door vooraf te nummeren werd het mogelijk te bepalen hoeveel vragenlijsten daadwerkelijk uitgedeeld zijn, om aan de hand van het aantal uitgedeelde vragenlijsten de respons te bepalen, naast de respons op basis van het totaal aantal zelfverwijzers volgens het ziekenhuissysteem.

De vragenlijst werd opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel, de voorzijde van de vragenlijst, werd gevraagd naar gegevens die in de literatuur geassocieerd werden met zelfverwijzend gedrag. De afstand tot het ziekenhuis werd gevraagd via de postcode van woonst. Naar leeftijd werd geïnformeerd via open vraag om keuzebias door categoriseringsfouten te voorkomen. Geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau en het wel of niet hebben van een eigen huisarts werden bevestigd via gesloten vragen omdat verwacht werd dat bias bij deze vragen minimaal is. Naar sociale invloed werd gevraagd door na te gaan wie het advies gaf om naar spoed te gaan. Verondersteld werd dat bij aankomst op de spoedgevallendienst precies dat advies werd opgevolgd en dat de aangeduide persoon op het moment van besluit de meest sociaal invloedrijke persoon was. Door naar de duur van de klacht te vragen, wordt een indruk gekregen van de spanningseffectiviteit. Met deze dataset moest het mogelijk worden de gegevens van de ondervraagde populatie te toetsen aan literatuur, waardoor uitspraken mogelijk werden over de mate waarin de deelnemers een representatieve populatie zelfverwijzers zijn ten opzichte van populaties in de literatuur.

Het tweede deel van de vragenlijst betrof de open vraag naar de belangrijkste reden om de spoed te kiezen als plaats om hulp te zoeken. Deze vraag werd bewust in open vorm gesteld om de respondent niet af te leiden van spontane gedachten. Wanneer keuzevarianten gegeven werden, bestond de kans dat men zou nadenken over welke keuze de beste is. Bovendien was er risico op bias wanneer keuzemogelijkheden ontbraken of overlaptten. De bedoeling was te proberen de respondent de spontane reden te laten noteren zoals hij of zij die beleefde in het moment van het vertonen van het zelfverwijzend gedrag. Uitgangspunt was dat het perspectief van de zelfverwijzer, zoals bedoeld in paragraaf 4.6 Aanbevelingen zich uit in de vorm van de eerste reden die wordt opgegeven. Gevonden redenen werden tijdens analyse gegroepeerd naar focus en gezocht werd naar wetmatigheden.

Het derde deel van de vragenlijst bestond uit de GSES. De GSES werd zonder inhoudelijke wijzigingen gedownload van de website van de auteur van de GSES en geplaatst in de vragenlijst conform voorschrift van de auteur (Schwarzer, 2012). De lettergrootte werd aangepast om de leesbaarheid voor respondenten te vergroten. Zo nodig was de GSES beschikbaar in 31 verschillende talen, gedownload van dezelfde website.

#### 5.3.4 Analyse

Tijdens de duur van de gegevensverzameling werden antwoorden door een derde, onafhankelijke persoon ingevoerd in Excel. Na afloop van de meetperiode werden de ingevoerde gegevens door middel van steekproef (N=150) gecontroleerd door een vierde, onafhankelijke persoon. Randomisatie van de controlesteekproef (N=150) gebeurde via de ASELECT-functie van Excel. Formulieren waarvan duidelijk was dat deze waren ingevuld door patiënten die niet aan de inclusiecriteria voldeden, bijvoorbeeld minderjarig zijn, werden alsnog uit de steekproef verwijderd. Onvolledig ingevulde formulieren werden in de steekproef gehouden. Tijdens analyseren van de gegevens werd vervolgens rekening gehouden met een variërend aantal respondenten in de steekproef. Zo konden analyses met de factor leeftijd als variabele enkel uitgevoerd worden met die vragenlijsten waarop de leeftijd werd ingevuld. Bij analyses met de GSES als variabele werden enkel die formulieren geïncludeerd met zeven of meer geldige antwoorden.

#### 5.4 Resultaten

In Klina werden tijdens de kerstdagen en de jaarwisseling gegevens verzameld. In Malle niet. Tijdens de meetperiode deden zich geen bijzondere gebeurtenissen voor binnen de setting van de het onderzoek. Er waren geen extreme weersomstandigheden, calamiteiten mediaberichten die van invloed waren op aard en omvang van het spoedbezoek door zelfverwijzers. De onthaalmedewerkers reflecteerden dat het selectieprotocol duidelijk en werkbaar was, evenals de instructie om bij twijfel aan te sluiten bij het registratieprotocol van het ziekenhuissysteem. Twijfel rond in- of exclusie ontstond bij patiënten die zonder verwijsbrief van een huisarts of telefonisch contact toch aan de onthaalmedewerker meldden dat zij door de huisarts waren doorverwezen. In het ziekenhuissysteem worden deze mensen geregistreerd als "op eigen initiatief", omdat er geen bewijs is van juistheid van de stelling én er geen controle plaats vindt op de juistheid van de uitspraak. Deze mensen werden dus als zelfverwijzer geregistreerd. In dit onderzoek werden zij dan ook als zelfverwijzer geïncludeerd, mits voldaan werd aan overige criteria conform beslisboom. De anderstalige versies zijn niet gebruikt.

##### 5.4.1 Respons

Er werden 566 formulieren uitgedeeld. Totaal konden 450 formulieren in de analyse betrokken worden. Oorzaken voor verlies van respons zijn weigering bij mondelinge vraag voor deelname, het niet in staat zijn de vragenlijst in te vullen, jonger dan 18 jaar, uitgiftEVERZUIM door onoplettendheid, tijdgebrek bij overmatig aanbod van patiënten aan het onthaal, niet terug inleveren, niet ingevuld wel ingeleverd, ingevuld met ongeldige waarden ingevuld of ingevuld door respondenten die geëxcludeerd hadden moeten worden. Tabel 1 geeft een overzicht van de respons. In Malle ontvingen 181 zelfverwijzers een vragenlijst. Hiervan werden 144 formulieren geïncludeerd (79,6%). In het ziekenhuisinformatiesysteem waren tijdens de meetperiode 641 zelfverwijzers geregistreerd. Een 90% betrouwbaarheidsniveau werd niet gehaald omdat hiervoor een steekproefgrootte van 190 formulieren nodig was ("Steekproefcalculator", 2015). De respons in vergelijking met het ziekenhuissysteem bedraagt in Malle 28,2%. In Klina ontvingen 385 zelfverwijzers een vragenlijst. Hiervan werden er 306 geïncludeerd (79,5%). In het ziekenhuisinformatiesysteem waren tijdens de meetperiode 3061 zelfverwijzers geregi-

streerd. Een 90% betrouwbaarheidsniveau werd gehaald omdat hiervoor een steekproefgrootte van 249 formulieren nodig was, maar de benodigde 342 formulieren voor een 95% betrouwbaarheid werd niet gehaald ("Steekproefcalculator", 2015). De respons in Klina in vergelijking met het ziekenhuissysteem is 10%.

Tabel 1. Respons

	Malle		Klina		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Aantal uitgedeelde fomulieren	181	100	385	100	566	100
Inclusie tov uitgedeeld	144	79,6	306	79,5	450	79,5
Aantal zelfverwijzers in zkh-systeem	641	100	3061	100	3702	100
Inclusie tov zkh-systeem	144	28,2	306	10,0	566	15,3
Benodigde steekproefgrootte bij 90% betrouwbaarheid, 5% foutenmarge en spreiding van 50%	190	29,6	249	8,1	253	6,8
Benodigde steekproefgrootte bij 95% betrouwbaarheid, 5% foutenmarge en spreiding van 50%	241	37,6	342	11,2	349	9,4

De steekproefgrootte is vergelijkbaar met de steekproefgrootte in het onderzoek van De Valk et al., (2014) en groter dan de steekproefgrootte in het onderzoek van Charante et al. (2008).

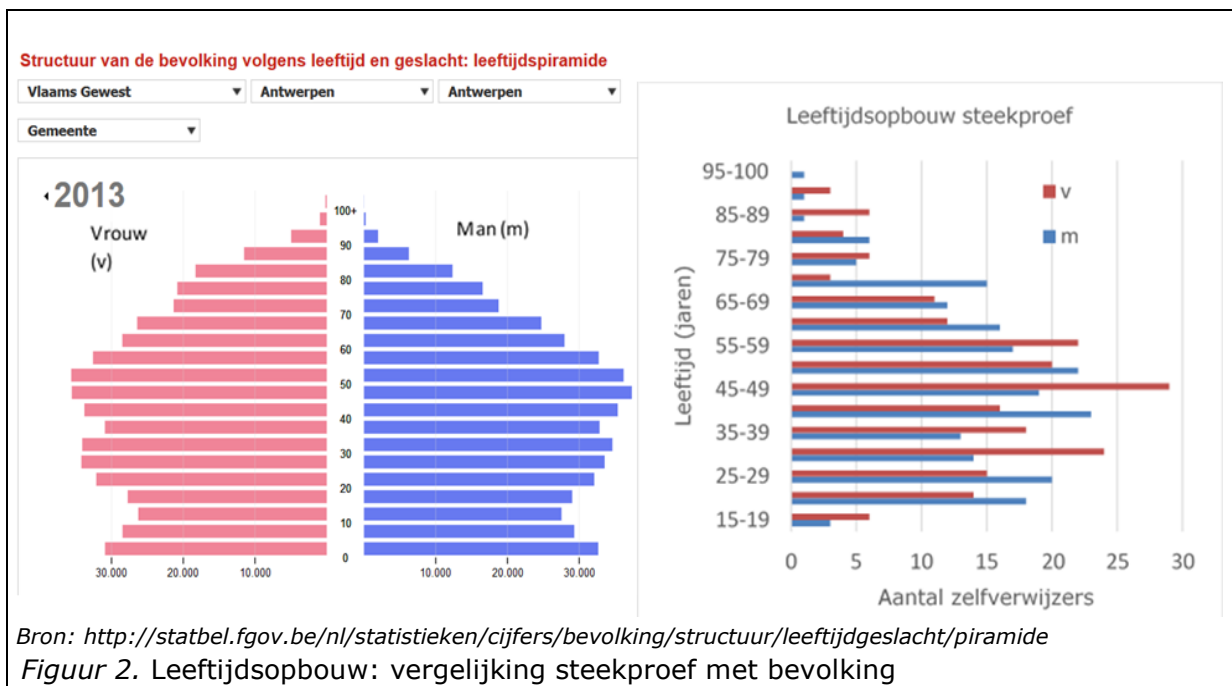
#### 5.4.2 Literatuur geassocieerde factoren

Hieronder volgen resultaten van in literatuurstudie genoemde factoren.

##### Leeftijd (N=415)

De leeftijdsopbouw van de steekproef werd, gegroepeerd per vijf jaar, vergeleken met de leeftijdsopbouw voor het arrondissement Antwerpen in 2013 ("Leeftijdspiramide", 2013) en is weergegeven in Figuur 2. De leeftijdsopbouw blijkt overeen te komen, ook wanneer per gemeente, Brasschaat en Malle, vergeleken wordt. De steekproef weerspiegelt de verdeling in leeftijd van de bevolking. Er is geen associatie tussen leeftijd en zelfverwijzend gedrag, wat overeenkomt met de vaststelling van Uscher-Pines et al., (2013).





Van de totale populatie is gemiddelde leeftijd van de mannen 48,2 jaar en van de vrouwen 47,2 jaar. De gemiddelde leeftijd is iets ouder dan de gemiddelde leeftijd van de vlaamse bevolking in 2010, respectievelijk 40,5 en 42,7 jaar (Statistics Belgium, 2010). Jonger dan 65 jaar is 82,2%. Zij bevinden zich in het arbeidzame deel van hun leven. Onbekend is of deze groep zelfverwijzers daadwerkelijk werk hebben. Opvallend is wel dat het aandeel vrouwen van 30-40 jaar, 45-49 jaar en 55-59 jaar in bijzonder groot aantal aanwezig zijn. Zij combineren vaak de zorg voor kinderen met werk. De mannen zijn oververtegenwoordigd in de leeftijdscategorieën 20-30 jaar en 60-70 jaar. Op jonge leeftijd ligt mogelijk risicovol gedrag zoals sportblessures hieraan ten grondslag zoals De Valk et al. (2014) rapporteren.

Geslacht (N=450)

Totaal hebben 225 (50,1%) mannen en 223 (49,9%) vrouwen een geïncludeerde vragenlijst ingevuld. In Klina waren dit 147 mannen (48,0%) en 159 vrouwen (52,0%), en in Malle 78 mannen (54,6%) en 65 vrouwen (45,5%). Het totaal van >100% in Malle ontstaat door afronding. Vergelijken met de bevolkingsopbouw in 2013 per gemeente en het arrondissement Antwerpen, is vast te stellen dat geen relevante associatie is vast te stellen. Zie tabel 2.

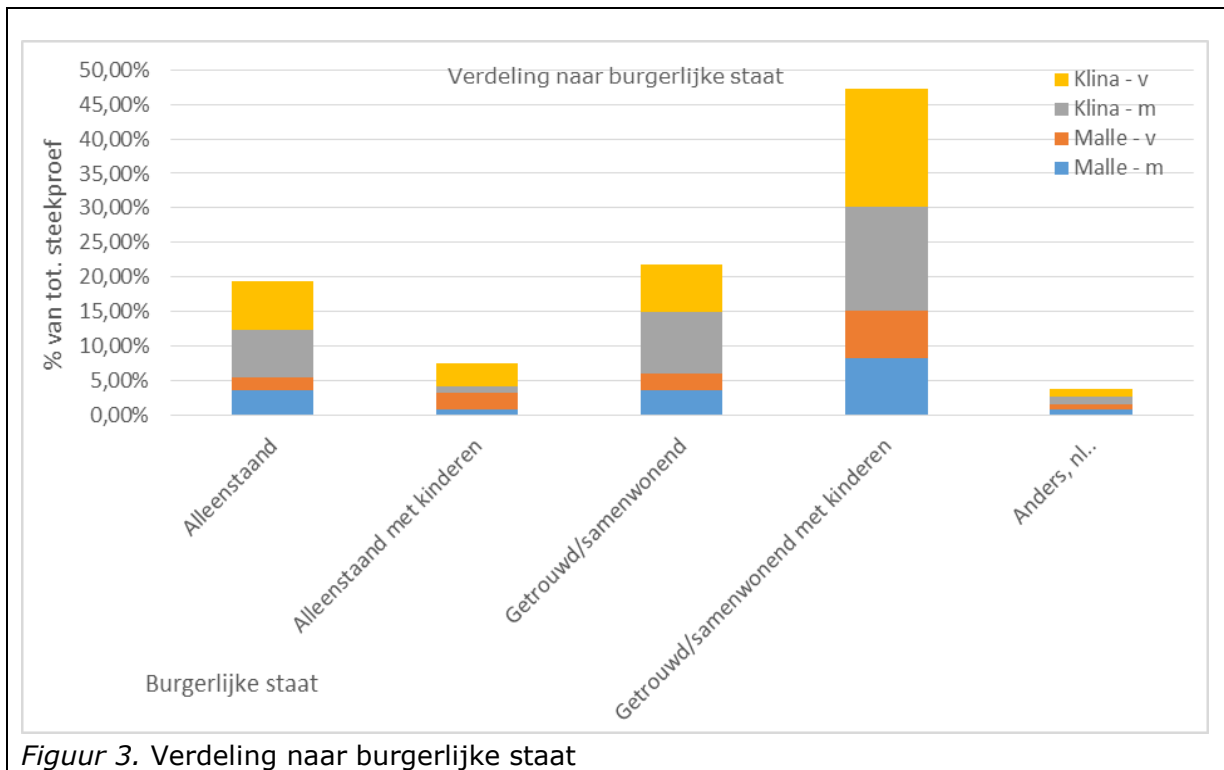
Tabel 2. Verdeling naar geslacht

	Malle		Klina		Totaal	
	abs.	%	abs	%	abs	%
Man	78	54,6	147	48,0	225	50,1
Vrouw	65	45,5*	159	52,0	223	49,9

Opmerking.\* >100% door afronding

Burgerlijke staat (N=448)

Bijna de helft (47,3%) van de steekproef waren zelfverwijzers uit gezinnen met kinderen. Het aandeel getrouwden of samenwonenden zonder kinderen bedroeg 21,9%, gevolgd door alleenstaanden (19,4%) en alleenstaanden met kinderen (7,6%). Malle en Klina vertonen een relatief overeenkomstige verdeling. De groep "anders" betroffen weduwen en meerderjarige, nog thuiswonende jongeren. Figuur 3. Verdeling naar burgerlijke staat geeft de verdeling naar burgerlijke staat grafisch weer.



Figuur 3. Verdeling naar burgerlijke staat

De gegevens zoals gevraagd in de vragenlijst bleken niet overeenkomstig met categorieën van Statistics Belgium waardoor toetsing naar bevolkingsopbouw niet mogelijk was. Door het ontbreken van vergelijking met de totale bevolkingsopbouw in de regio, is het niet mogelijk vast te stellen of burgerlijke staat geassocieerd is met zelfverwijzend gedrag.

#### Opleidingsniveau (N=434)

Het opleidingsniveau is verdeeld als weergegeven in Tabel 3. Statistische informatie over verdelingen in opleiding voor de bevolking van Malle en Brasschaat werd niet gevonden. Gegevens van de gehele Belgische bevolking werden daarom gebruikt om de meetgegevens te vergelijken.

Tabel 3. Verdeling opleidingsniveau

Opleidingsniveau	Statistics Belgium (ISCED1997) lft 15-64 jaar (%)	Totaal (%)	Malle (%)	Klina (%)
Laag (LO)	29,5	11,1	11,4	10,9
Midden (ASO, TSO, BSO)	37,8	60,4	60,0	60,5
Hoog (HBO, WO)	32,6	28,6	28,6	28,6
Totaal	99,9*	100,1*	100	100

*Opmerking:*\* ≠100% vanwege afronding

Opvallend is, zowel in Malle als in Klina, het grote aandeel zelfverwijzers met het opleidingsniveau "midden". Dit resultaat wijkt duidelijk af van de verdeling onder de gehele bevolking. De correlatiecoëfficiënt is 0,74, wat betekent dat een hoge positieve correlatie gevonden is. Binnen deze steekproef neemt de kans op zelfverwijzing toe, naarmate iemand hoger is opgeleid. Het gebruik van landelijke gegevens waarmee de steekproef wordt vergeleken, is om twee redenen discutabel. Ten eerste werd slechts globaal inzicht verkrijgen in het ISCED classificatiesysteem ("ISCED", 2014). De interpretatie van dit classificatiesysteem, in vergelijking met de gevraagde categorieën, resulteerde in de

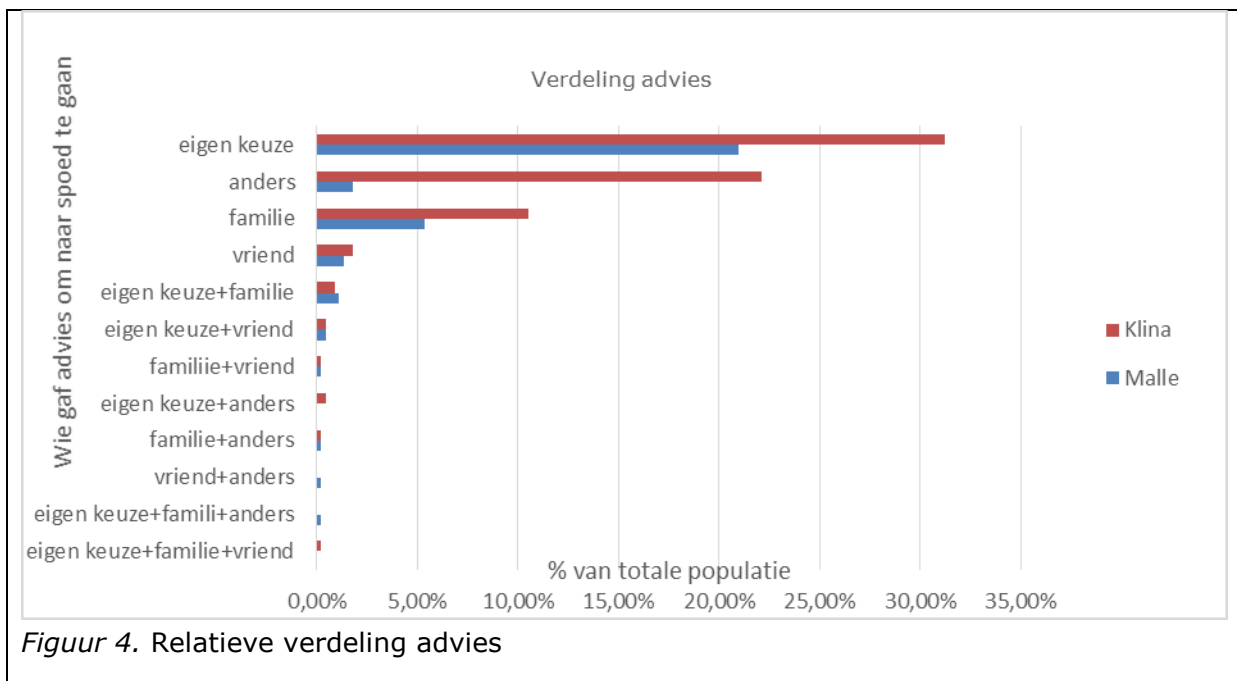
indeling zoals gebruikt in Tabel 3. Onduidelijk is of deze indeling geheel juist is. De tweede bedenking betreft het landelijke karakter van de ISCED gegevens. Onduidelijk is of de verdeling van de landelijke populatie op basis van opleiding per gewest evenredig is.

#### Eigen huisarts

Van de 448 mensen die hebben ingevuld of ze wel of geen eigen huisarts hadden, waren er zeven (1,6%) zonder eigen huisarts, waarvan een in Malle en zes in Klina. Het al dan niet hebben van een eigen huisarts is in deze steekproef geen associërende factor.

#### Wiens advies (N=448)

Figuur 4 toont een grafische weergave van de relatieve verdeling van de antwoorden op de vraag op wiens advies men naar spoed kwam. Tabel 4 toont de absolute verdeling.



*Figuur 4. Relatieve verdeling advies*

Tabel 4. Absolute verdeling advies

Advies	Aantal zelfverwijzers		
	Malle	Klina	Totaal
eigen keuze+familie+vriend	0	1	1
eigen keuze+familie+anders	1	0	1
vriend+anders	1	0	1
familie+anders	1	1	2
eigen keuze+anders	0	2	2
familie+vriend	1	1	2
eigen keuze+vriend	2	2	4
eigen keuze+familie	5	4	9
vriend	6	8	14
familie	24	47	71
anders	8	99	107
eigen keuze	94	140	234
Eindtotaal	143	305	448

In Malle kwamen 102 (70,8%) personen op eigen keuze naar spoed. 8 (4,16%) personen daarvan duiden, naast eigen keuze, ook de opties familie of vrienden aan. Bij advies van tenminste familie kwamen 26 personen (18,0%) en 7 (4,76%) personen kwamen op advies van vrienden. Van de 10 zelfverwijzers die, afzonderlijk of naast andere opties, de optie "andere" benutte, gaven acht personen aan op advies van de huisarts te komen. In Klina antwoordden 150 (49,2%) personen dat zij op eigen keuze naar spoed waren gekomen. 9 (3,0 %) personen daarvan duiden, naast eigen keuze ook de opties familie of vrienden aan. Op advies van familie kwamen 49 personen (16,1%) en 8 (2,6%) personen kwamen op advies van vrienden. Van de 102 zelfverwijzers die de optie "andere" invulden, gaven 82 (80,4%) personen aan op advies van een arts te komen, waaronder de huisarts of specialist. Nog 20 (9,8%) zelfverwijzers kwamen op advies van andere gezondheidswerkers zoals verpleegkundigen, consultatiemedewerkers, medewerkers medische beeldvorming, paramedici en rusthuispersoneel. Op advies van personen uit de eigen werkomgeving kwamen 6 (5,8%) zelfverwijzers en 4 (3,5%) zelfverwijzers kwamen op advies van activiteitenbegeleiding. Tabel 5 geeft de specificatie weer van de antwoorden gegeven in de optie "anders, nl....".

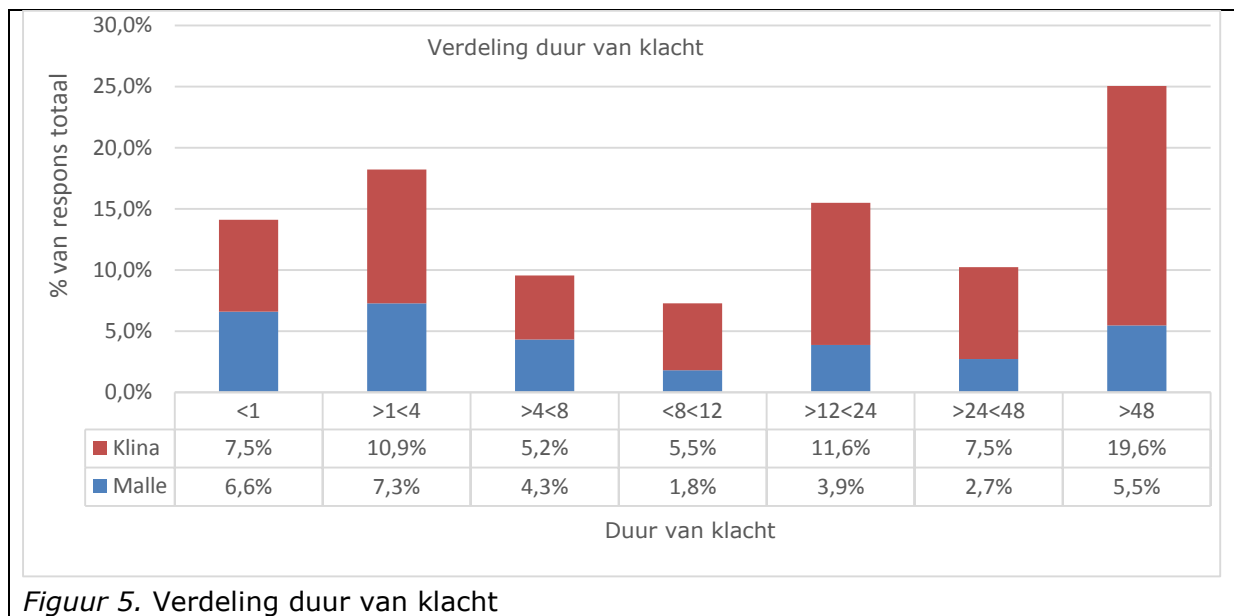
Het valt op dat bijzonder veel zelfverwijzers hebben aangeduid dat zij op advies van een arts naar spoed kwamen. Als zij de waarheid hebben genoteerd, zijn zij administratief wel zelfverwijzer, maar in werkelijkheid geen zelfverwijzer. Deze groep mensen beïnvloeden mogelijk de data rond onderzoek onder zelfverwijzers.

Tabel 5. Specificatie "anders, nl..."

Specificatie van antwoord "anders, nl"	Malle		Klina		Eindtotaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Op advies (huis)arts/specialist	8	80,0	78	75,0	86	75,4
Advies van zorgmedewerkers/ verpleegkundigen/paramedici	1	10,0	13	12,5	14	12,3
Op advies sportbegeleiding	1	10,0	3	2,9	4	3,5
Op advies van arbeidsrelaties	0	0	6	5,8	6	5,3
familieleden	0	0	1	1,0	1	0,9
partner	0	0	1	1,0	1	0,9
politie	0	0	2	1,9	2	1,8
Eindtotaal	10	100,0	104	100,0	114	100,0

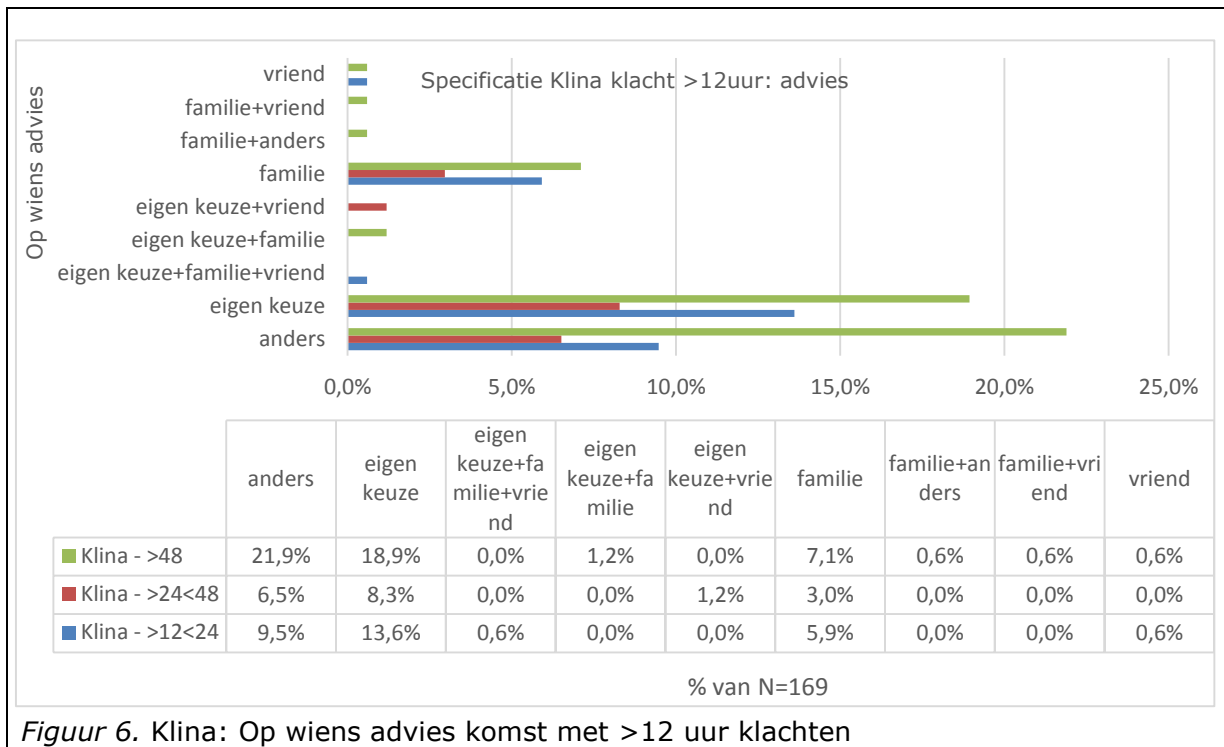
Duur van klacht (N=439)

Figuur 5 geeft de verdeling naar duur van klacht per ziekenhuis. In Malle komt 56,7% van de eigen populatie zelfverwijzers binnen acht uur na het ontstaan van de klachten naar de spoedgevallendienst, terwijl in Klina 57,1% van de eigen zelfverwijzers naar de spoedgevallen als de klachten 12 uur of langer aanwezig zijn. Van de totale populatie zelfverwijzers kwam 25,1% naar spoed met klachten die langer dan 48 uur aanwezig waren.



Figuur 5. Verdeling duur van klacht

Van de zelfverwijzers in Klina met klachten die langer dan 12 uur aanwezig waren (N=169), werd gekeken op wiens advies zij besloten om naar spoed te komen. 40,8% gaf aan volledig op eigen initiatief te komen, 16% kwam op advies van familie. In totaal kwam 61,0% op eigen initiatief, al dan niet met advies van familie. Van de 65 zelfverwijzers die de optie "anders" hadden ingevuld, hadden 64 enkel de optie "anders" aangegeven, en van die groep gaven 60 zelfverwijzers aan op advies van (para-)medicus of verpleging te zijn gekomen.

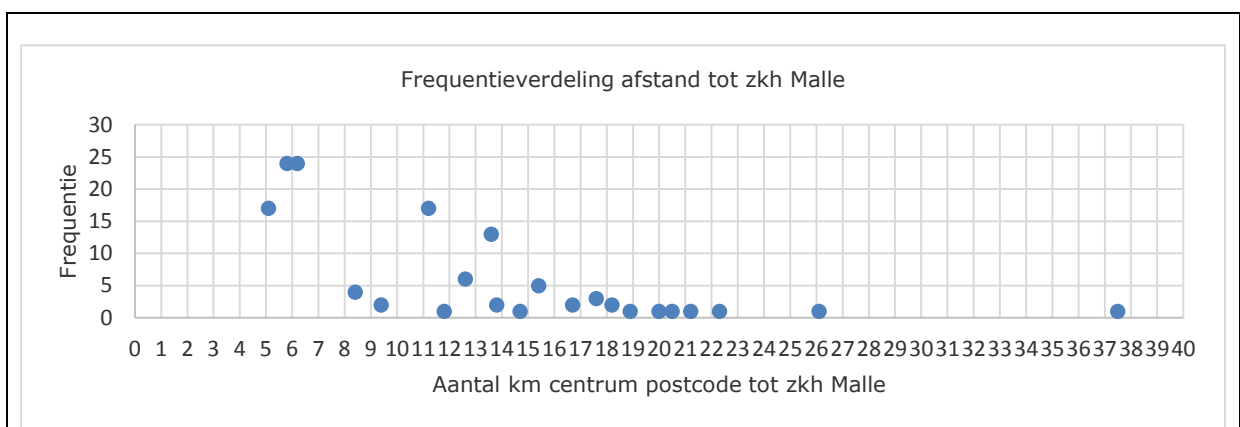


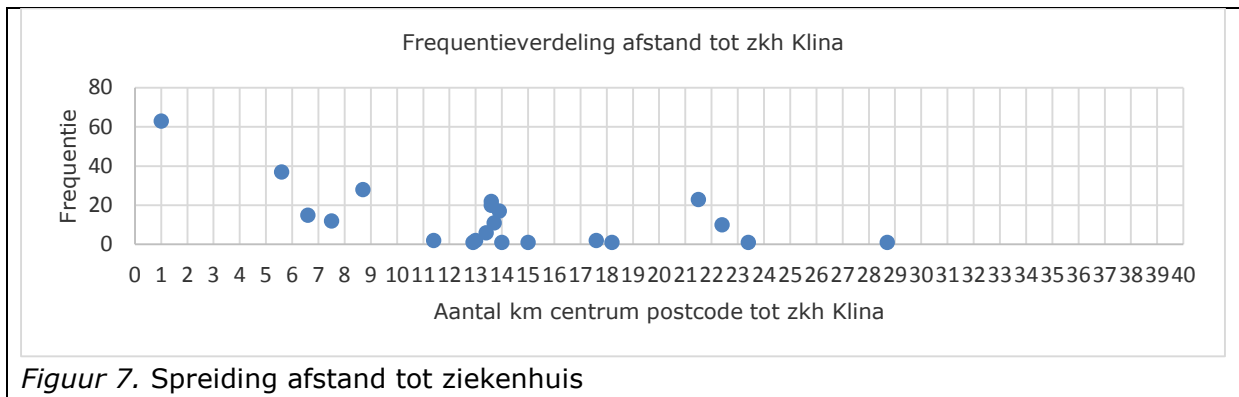
Figuur 6. Klina: Op wiens advies komt met >12 uur klachten

Zelfverwijzers in Klina lijken langer te wachten met het besluit om naar spoed te komen dan in Malle. Onduidelijk is of het moment van de steekproef op dit resultaat van invloed is geweest. In Klina werd reeds vlak voor de kerstdagen begonnen met de meting, terwijl in Malle pas na de jaarwisseling gestart werd. Denkbaar is dat de feestdagen het moment van hulp zoeken heeft beïnvloed.

#### Afstand

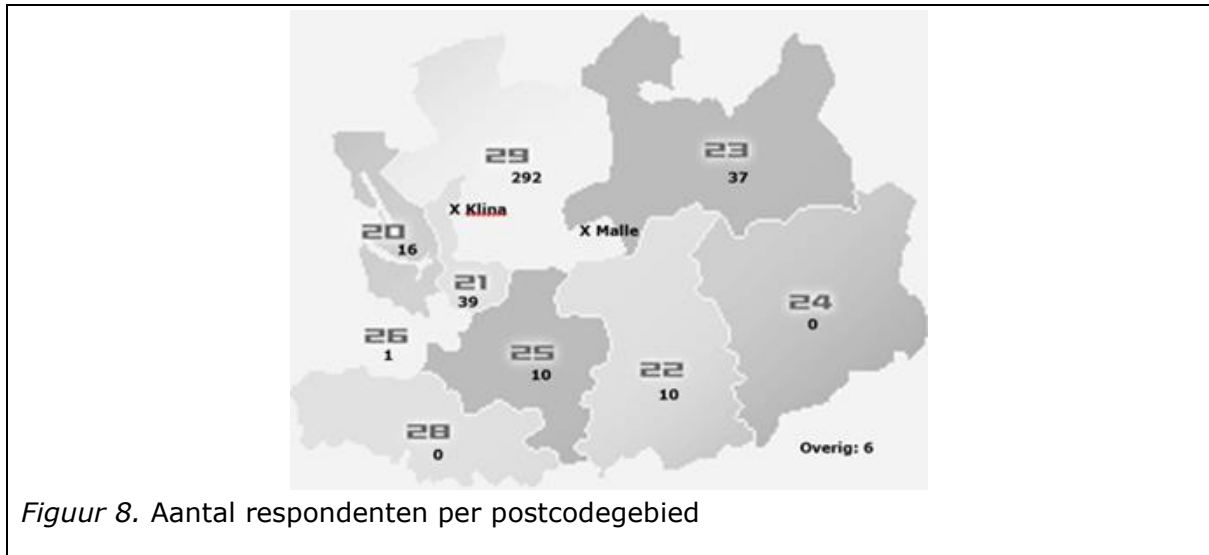
Per ziekenhuis werden spreidingsgrafieken gemaakt door van elke ingevulde postcode de afstand vanaf het centrum van de postcode tot het bezochte ziekenhuis, Klina of Malle, te bepalen. Vervolgens werd de frequentie van voorkomen uitgezet tegen de afstand. Zie Figuur 7.





Figuur 7. Spreiding afstand tot ziekenhuis

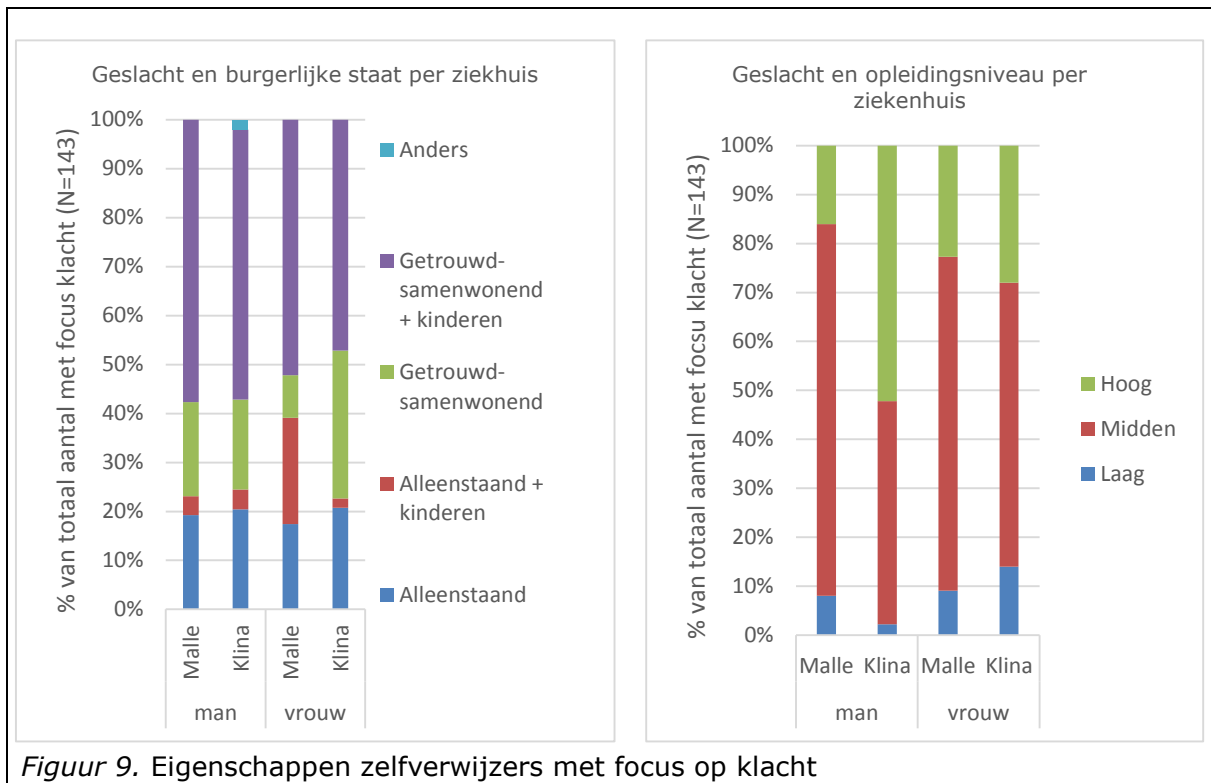
Een negatieve trend viel op waarna besloten werd de correlatie te berekenen tussen het aantal zelfverwijzers per postcode en de afstand tot het ziekenhuis. Voor Klina werd een correlatie van  $-0,32$  gevonden, en voor Malle een correlatie van  $-0,63$ . De gevonden correlaties voor afstand tot het ziekenhuis en het aantal zelfverwijzers is laag tot matig te noemen. Wel lijkt het in beide negatieve karakter van de correlatie erop te wijzen dat het aantal zelfverwijzers toeneemt naarmate de afstand tot het ziekenhuis kleiner wordt. Deze vaststelling is om vier redenen echter geen bruikbaar argument voor conclusies. Ten eerste is niet duidelijk of respondenten van thuis naar spoed kwamen. Omdat zelfverwijzers van elders konden komen en vervolgens de thuispostcode hebben genoteerd, mogen geen conclusies getrokken worden over de relatie tussen gemeten afstand tot ziekenhuis op basis van postcode en zelfverwijzend gedrag. Een tweede reden is dat er geen duidelijke getalsmatige correlatie is gevonden. Ten derde omvatten postcodegebieden, zelfs per gemeente, grote oppervlakten waardoor er een grote onnauwkeurigheid ontstaat bij het bepalen van de afstand van centrum gemeente tot het ziekenhuis, ten opzichte van de concrete woonplaats van de zelfverwijzer. Straatnamen zouden bekend moeten zijn om afstanden nauwkeuriger te bepalen, maar dan komt de privacy van de patiënt ter discussie te staan. Tot slot is er geen rekening gehouden met de bevolkingsdichtheid in de verschillende postcodegebieden. Een grotere bevolkingsdichtheid in een bepaald gebied schept de verwachting dat uit dat gebied ook relatief meer zelfverwijzers komen. Met name bij Klina, waar de bevolkingsdichtheid uitgesproken toe neemt naarmate de afstand tot het ziekenhuis kleiner wordt, speelt deze factor een belangrijke rol. Een poging om te corrigeren op deze kritiek werd gedaan door de postcodegebieden te vergroten door te groeperen naar de eerste twee cijfers van de postcode. Figuur 8 geeft per postcodegebied het aantal respondenten. Verdere analyse leverde echter geen bruikbaar resultaat.



#### 5.4.3 Redenen voor komst naar spoed

In bijlage 6 zijn door de respondentent genoteerde redenen weergegeven. Een algemeen overzicht gaf de indruk dat zelfverwijzers zijn in te delen zijn naar focus van waaruit zij hun besluit nemen. Zelfverwijzers waren gericht op de klacht, negatief gericht op de eerste lijn of positief gericht op de spoedgevallendienst. Om hier beter zicht op te krijgen, werd aan alle redenen een kernwoord toegekend. Deze kernwoorden zijn eveneens te vinden in Bijlage 6 Overzicht categorisering van redenen voor komst naar spoed en verdeeld in een positieve focus naar Spoed en negatieve focus naar de huisarts. De termen "incident", "acute klacht" en "ongerust" vormde samen de derde focus. Vervolgens werd per ziekenhuis de focus uitgezet naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Zelfverwijzers (N=143) die redenen formuleerden in bewoordingen die wijzen op ongerustheid, drang naar zekerheid, wens voor snelle diagnose en klachtenbeschrijving, maakten zich zorgen over hetgeen er aan de hand is en willen van de klachten af. De besluitvorming werd gebaseerd vanuit een focus op de klacht. Figuur 9 geeft eigenschappen van deze groep grafisch weer.

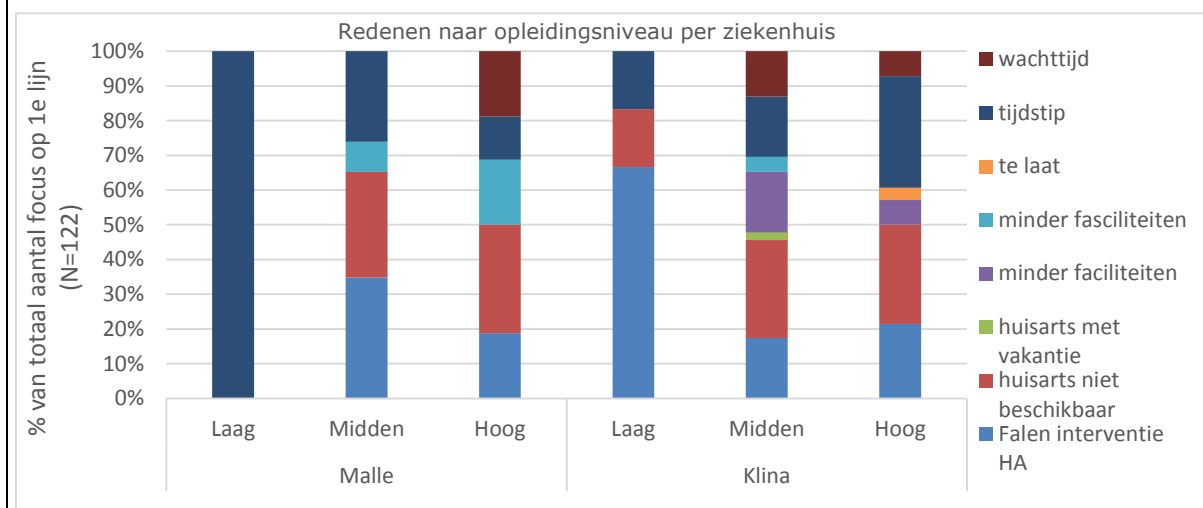
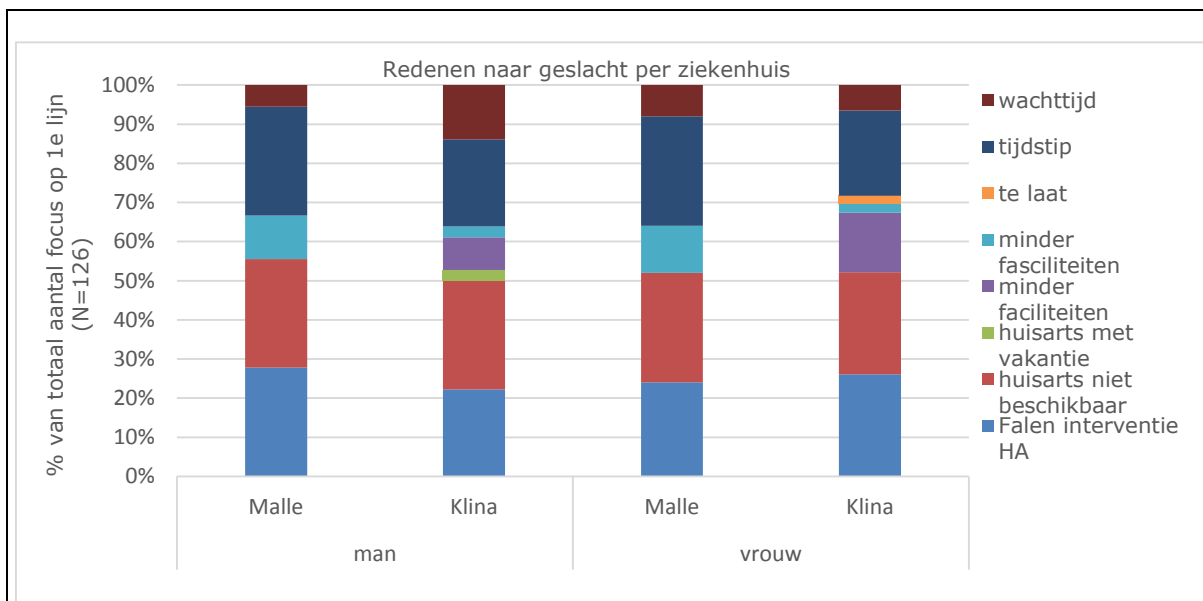




Figuur 9. Eigenschappen zelfverwijzers met focus op klacht

Ongeveer de helft van de totale groep zelfverwijzers die gefocust waren op de klacht bestond uit gezinnen met kinderen. Opvallend is het kleine aandeel alleenstaanden met kinderen, met uitzondering van de groep vrouwen in Malle (3,3%). Ook is ruim de helft van deze groep van middelbare opleiding, behalve de grootste groep mannen in Klina (16,8%), die hoog geschoold zijn.

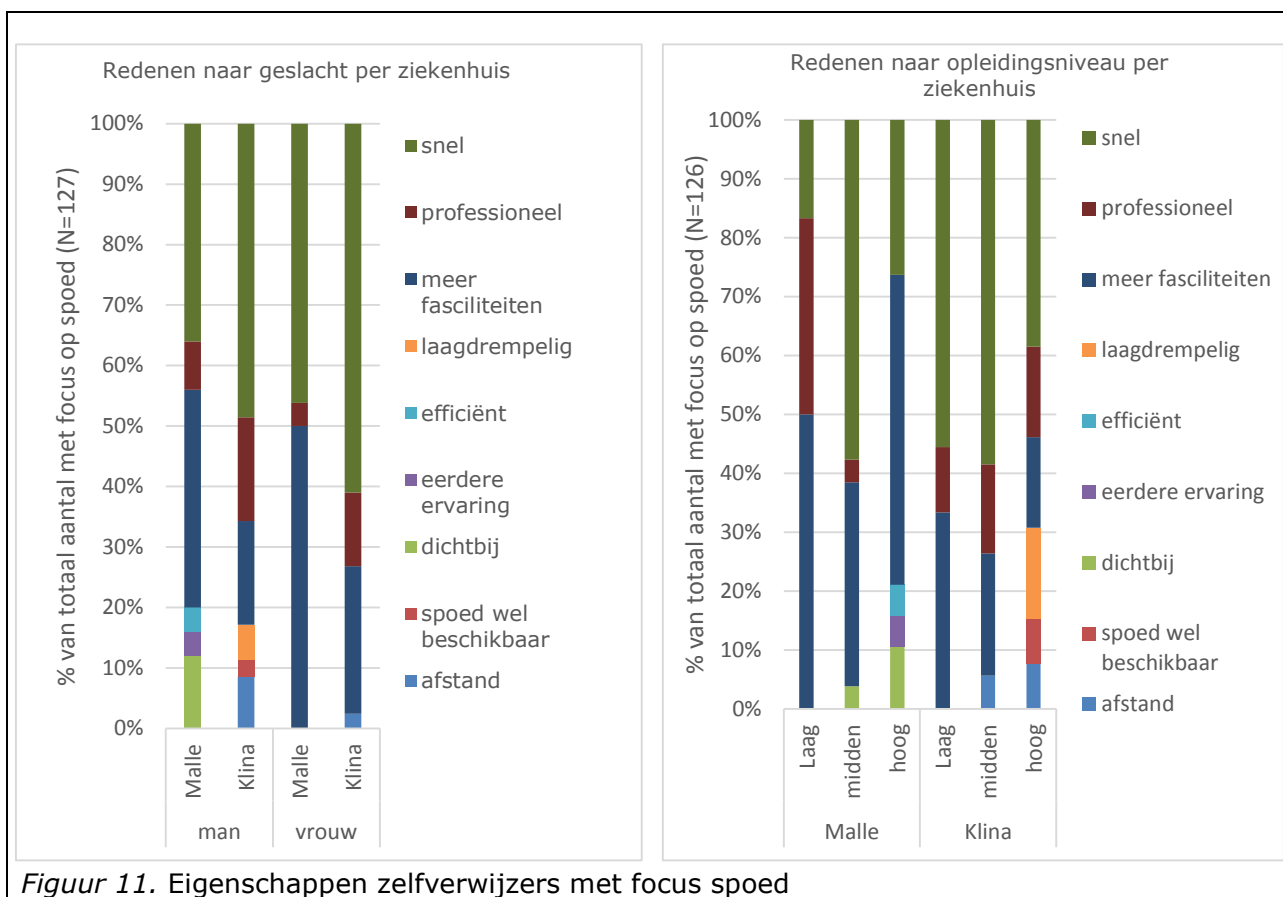
Zelfverwijzers (N=126) die negatief gericht waren op de eerste lijn, verlegden de focus van de vraagstelling, de spoedgevallendienst, naar de eerste lijn. Dit is een intrinsieke actie waaruit de auteur veronderstelde dat de zelfverwijzer bij de besluitvorming betrokken is vanuit een focus op de eerste lijn. Figuur 10 toont karakteristieken van deze groep zelfverwijzers. Negatieve redenen werden aangevoerd om niet naar de huisarts te gaan, zoals falen van eerdere huisartsinterventies of de verwachting dat de huisarts geen succesvolle interventie kan uitvoeren, niet beschikbaar zijn van de huisarts of het niet terecht kunnen vanwege het tijdstip, een verwacht gebrek aan faciliteiten en te lang moeten wachten op een afspraak. Genoemde redenen zijn nagenoeg gelijk verdeeld onder mannen en vrouwen. Beschikbaarheid en falen van eerdere interventie zijn de belangrijkste redenen. Wanneer impliciet er vanuit gegaan wordt dat de reden "tijdstip" eveneens een veronderstelling inhoudt dat de huisarts niet bereikbaar zal zijn, dan is beschikbaarheid van de huisarts bij ca. 60% van de respondenten de reden om naar spoed te komen. Gerangschikt naar opleidingsniveau is dezelfde trend ook duidelijk waarneembaar bij de laag opgeleiden. Bij midden en hoog opgeleiden speelt daarnaast ook de afwezigheid aan faciliteiten een grotere rol bij de besluitvorming.



Opmerking: de waarden van de categorieën "minder faciliteiten" en "minder faciliteiten" mogen gecumuleerd worden. Door een opmaakfout in taalspelling zijn twee afzonderlijke categorieën ontstaan. Beide categorieën samen vormen de totale groep respondenten die "minder faciliteiten" als reden noemden.

**Figuur 10.** Eigenschappen zelfverwijzers met focus eerstelijns

Een positieve focus op de spoedgevallendienst (N=118) uit zich in positieve redenen om wel naar de spoedgevallendienst te gaan. Zelfverwijzers met deze focus benoemden positieve eigenschappen van de spoedafdeling, al dan niet in vergelijking met de eerste lijn. Snelheid ( $\pm 50\%$ ) en meer faciliteiten ( $\pm 30\%$ ) zijn de belangrijkste redenen, boven professionaliteit, laagdrempeligheid en beschikbaarheid. Ook eerdere ervaring en fysieke afstand werden benoemd. Figuur 11 is een grafische weergave van de verdeling van deze redenen naar geslacht en opleidingsniveau.



Figuur 11. Eigenschappen zelfverwijzers met focus speed

#### 5.4.4 GSES

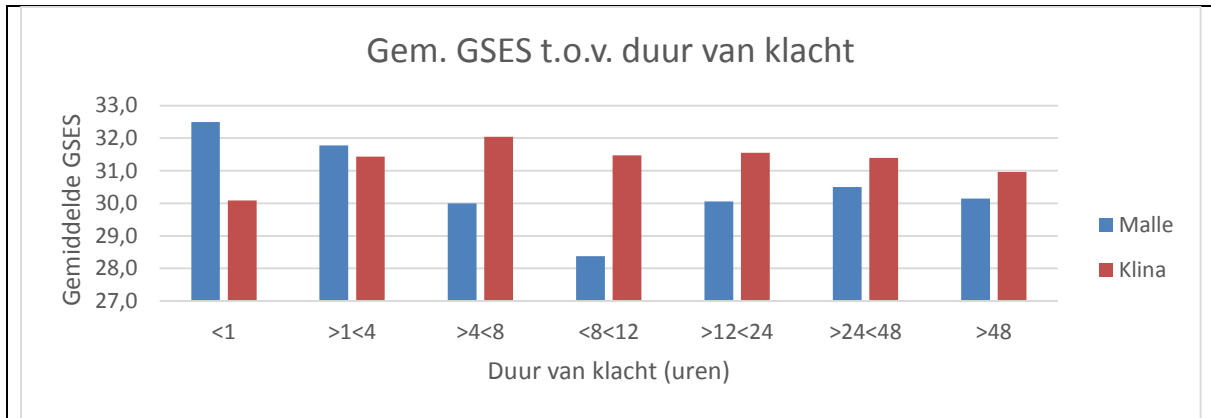
Tabel 6 geeft een overzicht van de resultaten van statistische verwerking van de steekproef. De gemiddelde GSES voor de totale populatie is 31,0 en komt overeen met het populatiegemiddelde (Dijcks et al., 2012) van 911 Nederlandse respondenten. De Cohnbach's Alpha is 0,88, wat betekent dat de steekproef betrouwbaar is.

Tabel 6. Analyse GSES populatie Zelfverwijzers

Test results	Klina	Malle	Totaal
Mean	31,13	30,77	31,0
SD	5,26	5,07	5,20
Crohnbach's alpha	0,89	0,87	0,88
SEM	1,79	1,80	1,79
aantal items	10	10	10

Het populatiegemiddelde van de GSES is hoger dan verwacht, zowel in Malle als in Klina. Een gemiddelde GSES van 31,0 betekent dat zelfverwijzers vinden dat zij over het vermogen beschikken een vraagstuk of opdracht op te lossen op basis van informatie uit eerdere succes en faalervaringen, sociale invloed, kennis rond fysiologische reacties en inhoudelijke kennis van de materie.

Om te zien of de duur van de klacht invloed heeft op de GSES werden per ziekenhuis beide variabelen tegen elkaar uitgezet en weergegeven in Figuur 12. Opvallend is dat de GSES in Klina een stijgende trend toont wanneer de klachten minder dan 8 uur bestaan, terwijl dit in Malle een dalende trend is. Ook valt op het grote verschil in GSES tussen beide ziekenhuizen bij klachten die meer dan 8 uur maar minder dan 12 uur aanwezig waren.



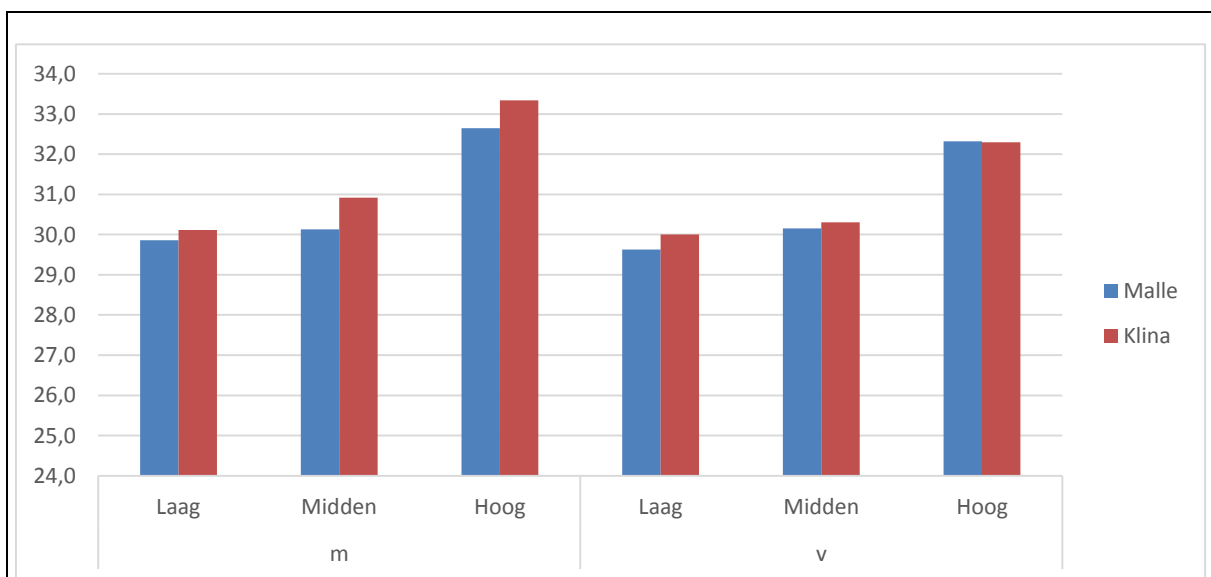
Figuur 12. Gemiddelde GSES naar duur van klacht

Tabel 7 bevat een overzicht van de gemiddelde GSES van de verschillende focusgroepen. Opvallend is dat de groep met focus op de klacht de laagste GSES heeft. Een mogelijke verklaring zijn de aanwezigheid van pessimistische gedachten die leiden tot stress waardoor de spanningseffectiviteit af neemt. Bovendien valt op dat de groep met een positieve focus op spoed een hogere GSES heeft dan beide andere, meer vanuit negatieve gedachten vertrokken focussen. Deze vaststelling lijkt erop te wijzen dat een positieve focus geassocieerd is de optimistische overtuigingen die ten grondslag liggen aan de GSES.

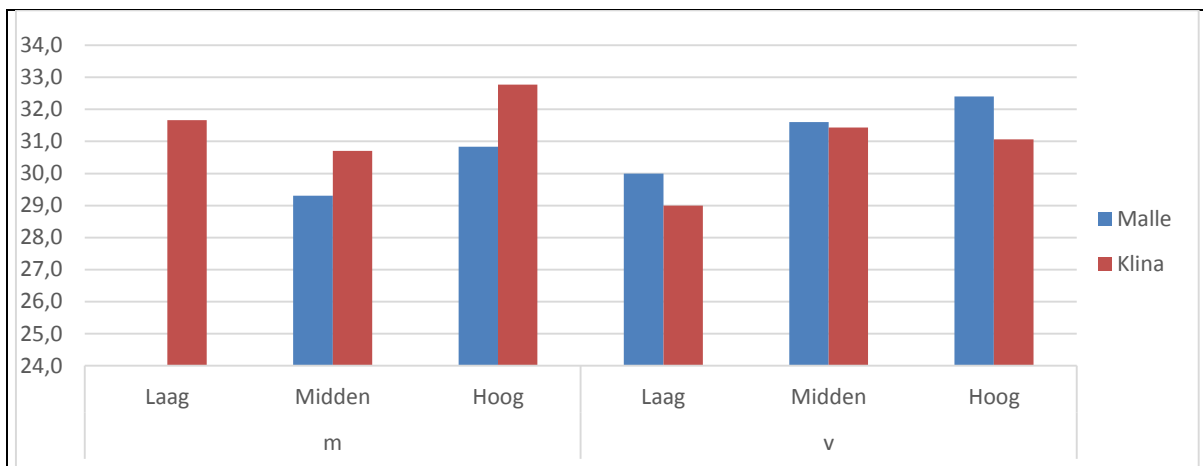
Tabel 7. Gemiddelde GSES Focusgroep

Gemiddelde GSES	Malle	Klina	Totaal
Focus op klacht	30,5	31,2	30,9
Focus op eerstelijns	30,9	31,4	31,2
Focus op spoed	31,7	31,6	31,6

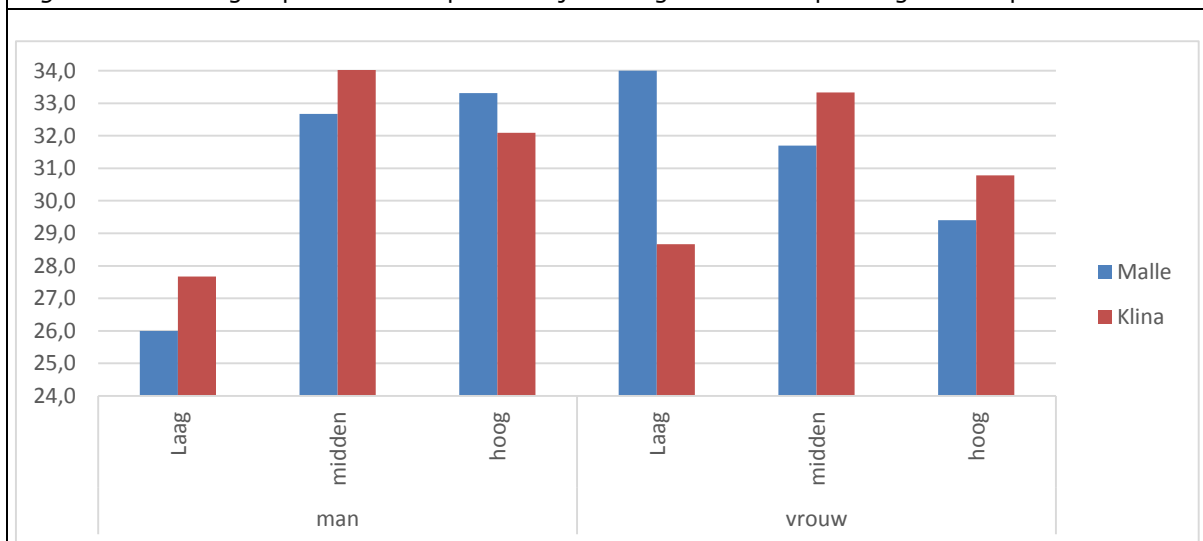
Per focus, zoals uitgewerkt in 5.4.3 Redenen voor komst naar spoed, is de verdeling van de GSES-score opgemaakt en weergegeven in Figuur 13. GSES groep met focus op klacht naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis, Figuur 14. GSES groep met focus op eerstelijns en Figuur 15. GSES groep met focus op Spoed.



Figuur 13. GSES groep met focus op klacht naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis



Figuur 14. GSES groep met focus op eerstelijns naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis



Figuur 15. GSES groep met focus op Spoed naar geslacht en opleidingsniveau per ziekenhuis

Zowel bij mannen als bij vrouwen die gefocust zijn op de klacht, neemt de GSES toe naarmate men hoger is opgeleid. Bij de focus op eerste lijn is er geen duidelijke trend vast te stellen. Hoger opgeleide mannen en vrouwen met een positieve focus op de spoed een lagere GSES score dan personen met het opleidingsniveau Midden. In de meeste subgroepen hebben vrouwen een lagere GSES dan mannen.

## 5.5 Conclusies

In het eerste deel van deze praktijkstudie stond de vraag centraal in hoeverre in de literatuur geassocieerde eigenschappen van zelfverwijzers voor komt in de steekproefpopulatie zelfverwijzers. Conform hypothese en in overeenstemming met de literatuur kan geen eenduidig beeld van karakteristieken van zelfverwijzers geformuleerd worden. Er werd geen associatie gevonden tussen zelfverwijzend gedrag en leeftijd, geslacht, afstand tot ziekenhuis, het al dan niet hebben van een eigen huisarts en burgerlijke staat. De steekproefpopulatie is gemiddeld ca. 5 jaar ouder dan de regionale bevolkingsgroep. Met betrekking tot het opleidingsniveau heeft een opvallend grote groep zelfverwijzers een secundair opleidingsniveau als hoogst genoten opleiding. Gegroepeerd naar structuur van het ASE-model, kan geconcludeerd worden dat geen van de onderzochte externe factoren geassocieerd kunnen worden met zelfverwijzend gedrag. Sociale invloed is

voornamelijk aanwezig bij langer durende klachten en komt vanuit gezinsleden, familie en gezondheidswerkers.

In het tweede deel stond de vraag centraal waarom zelfverwijzers de spoedgevallendienst kozen als hulpbron. De redenen die worden genoemd zijn te groeperen tot een van drie focussen van waaruit zelfverwijzers hun besluit vormen. Besluitvorming voor zelfverwijzend gedrag vertrekt vanuit een focus op de gezondheidsklacht zelf, een positief beeld van spoedgevallen of juist vanuit een negatief beeld van de eerstelijns.

In het derde deel stond de algemene eigen effectiviteit centraal. Onderzocht werd hoe groot de algemene eigen effectiviteit is van de populatie zelfverwijzers ten opzichte van de gemiddelde populatie en of er verschillen in de eigen effectiviteit zijn op basis van in de literatuur beschreven geassocieerde factoren voor zelfverwijzend gedrag. Het populatiegemiddelde van de GSES bedraagt 31,0, komt overeen met het vergeleken algemene populatiegemiddelde en is hoger dan verwacht. Op basis van in literatuur beschreven factoren werden geen associaties gevonden. Ook een verband tussen GSES en duur van klacht werd niet gevonden. Een lagere GSES werd wel vastgesteld bij zelfverwijzers met een focus op klacht of eerstelijns, die beide negatief getinte focussen zijn.

## 5.6 Discussie

Zwakke punten van dit onderzoek bevinden zich in de methodiek van selectie van de doelgroep en de gegevensverwerking van de praktijkstudie. Het selectieprotocol werkte naar verwachting. Opvallend is echter het hoge percentage zelfverwijzers dat aangeeft op advies van een arts te komen. Deze situatie ontstaat wanneer een ziek persoon contact zoekt met een huisarts en advies krijgt om naar Spoed te gaan, zonder dat een verwijsbrief wordt meegegeven of er telefonisch contact is met de Spoedgevallendienst. Wanneer bij inschrijving het de onthaalmedewerker niet gekend is of er contact is geweest, wordt de patiënt ingeschreven als gekomen op eigen initiatief. Reden is dat de kans bestaat dat de patiënt zegt dat hij werd doorverwezen maar dat er in werkelijkheid geen contact met de eerste lijn is geweest. Controle vanuit het ziekenhuis op juistheid van de bewering wordt in beide ziekenhuizen niet gedaan. De populatie zelfverwijzers, zoals geregistreerd in het ziekenhuisadministratiesysteem én zoals geformuleerd in deze bachelorproef, bevat dus waarschijnlijk een groep mensen die eigenlijk geen zelfverwijzer zijn. Het is aan te bevelen in toekomstig onderzoek deze populatie te controleren en zo nodig te elimineren.

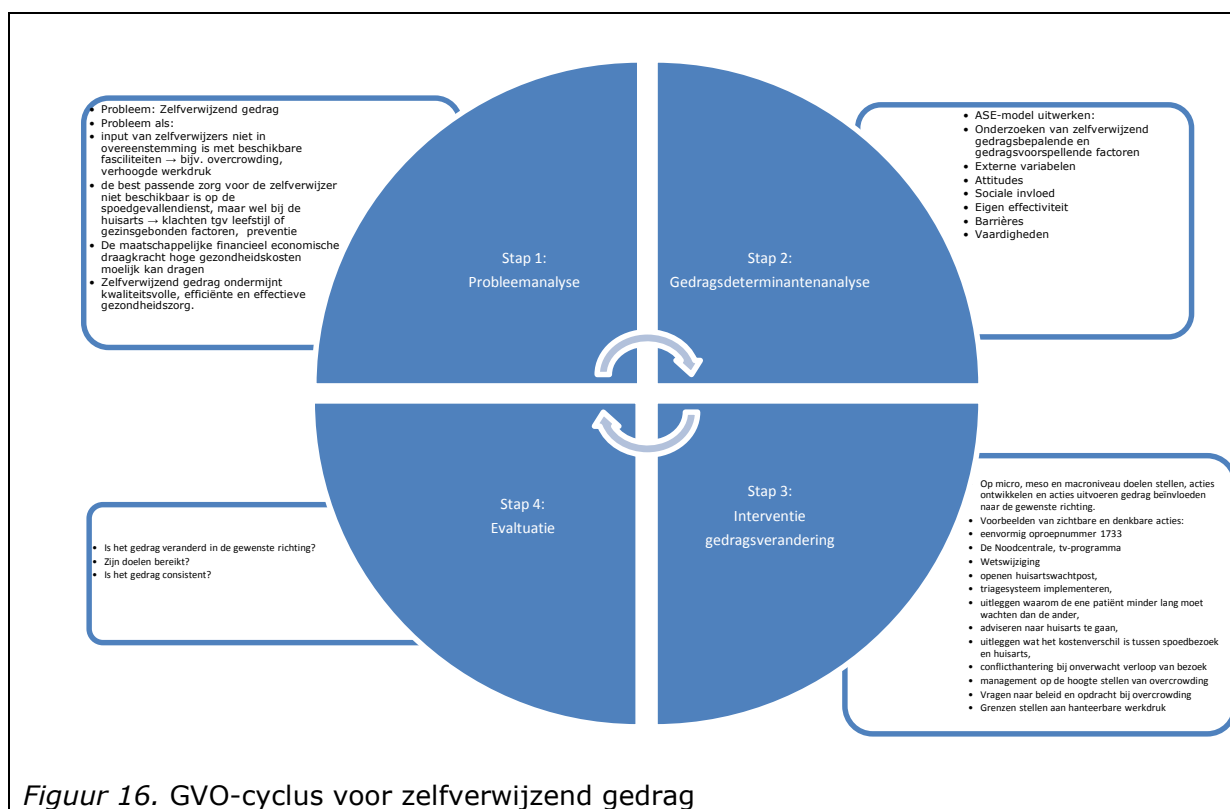
Ten aanzien van de gegevensverwerking bleek dat alle informatie uitwerken niet realiseerbaar was binnen de beschikbare tijd waardoor eventuele verborgen kansrijke associaties over hoofd zijn gezien. De analyse van de factoren afstand en opleidingsniveau, het risico op keuzebias bij de vragen naar burgerlijke staat en opleidingsniveau zijn voor verbetering vatbaar. Ook het toekennen van kernwoorden aan de gevraagde redenen is eerder op basis van empathisch vermogen dan objectief vastgesteld. In toekomstig onderzoek is een nauwkeurigere omschrijving aangewezen.

Sterke punten van dit onderzoek zijn de populatieomvang en methodiek. De steekproefomvang raakt aan betrouwbaarheidsgrenzen en de onderzochte groep blijken een goede afspiegeling van de plaatselijke bevolking binnen de setting. De methodiek van toepassing van de GVO-cyclus en het ASE-model op wetenschappelijke informatie over zelfverwijzers overbrugt de kloof tussen academische wetenschap en de bruikbaarheid ervan door praktijkgerichte professioneel bachelor verpleegkundigen. In hoofdstuk 7 Aanbevelingen zal hierop nader worden ingegaan.

## 6 Algemeen Besluit

Bedoeling was objectieve informatie te genereren over zelfverwijzend gedrag. Enerzijds is de zelfverwijzer gerechtigd de beslissing te nemen hulp te zoeken bij de eerste lijn of bij spoedgevallen. Anderzijds is het aan het ziekenhuismanagement te beslissen hoe om te gaan met de input van zelfverwijzers op spoedgevallen. Een probleem ontstaat wanneer aard en/of omvang van input niet in overeenstemming is met het ziekenhuisbeleid en de daaruit voortvloeiende faciliteiten. Als uitvoerder van het ziekenhuisbeleid én als uitvoerder van patiëntgerichte zorg hebben verpleegkundigen een taak bij het signaleren van problemen en binnen eigen vermogens gepaste actie te ondernemen. Communicatie en voorlichting zijn daarbij belangrijke middelen.

Vertrekkend vanuit dit perspectief is het voor de praktijkgerichte professioneel bachelor verpleegkundigen mogelijk wetenschappelijke informatie over zelfverwijzers te objectiveren door het toepassen van de GVO-cyclus en het ASE-model. Figuur 16 is een grafische weergave van de GVO-cyclus, toegepast op zelfverwijzend gedrag. De stappen 3 en 4 maakten geen onderdeel uit van deze bachelorproef waarmee de beschreven voorbeelden suggestief zijn.



Figuur 16. GVO-cyclus voor zelfverwijzend gedrag

Informatie uit de literatuur werd in het verleden vooral gegenereerd vanuit een medisch perspectief op zelfverwijzers. Uitspraken werden gedaan in functie van terechtheid van het spoedgevallenbezoek of de urgentiegraad van de gezondheidsklacht. Recent verschijnen er in toenemende mate cohortstudies waarbij, net als in deze bachelorproef, de zelfverwijzer centraal staat en het medische perspectief is losgelaten.

In de literatuur beschreven onderzochte variabelen zijn meestal externe variabelen zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en SES. Deze variabelen zijn onderdeel van de externe variabelen in het ASE-model en zijn moeilijk of niet beïnvloedbaar via communicatie en voorlichting. In de literatuur worden geen significante, noch causale variabelen ge-

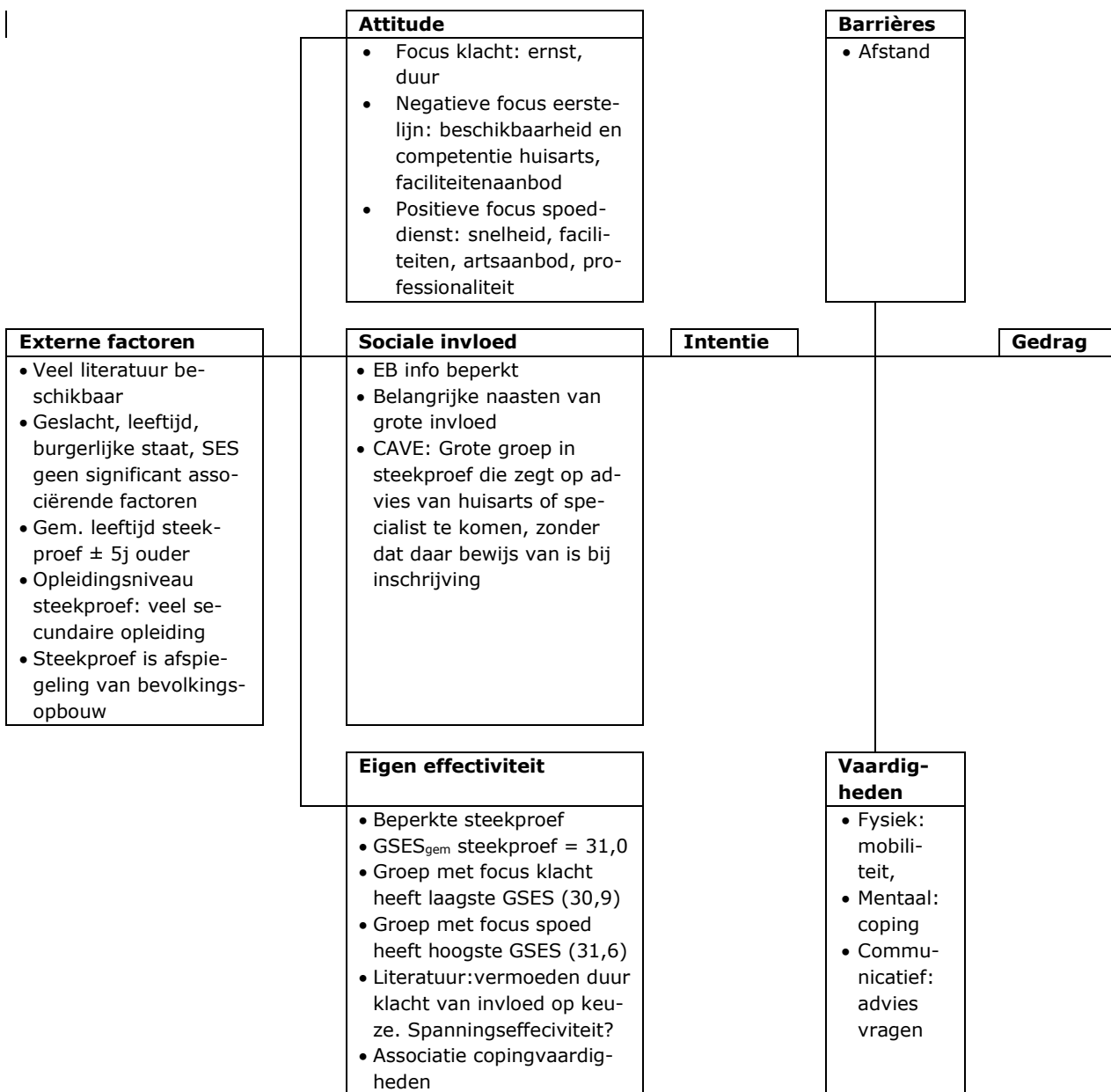
vonden die zelfverwijzend gedrag voorspellen of verklaren. Deze bevinding werd bevestigd in de praktijkstudie. De onderzochte populatie zelfverwijzers bleek voor alle externe variabelen een afspiegeling van de bevolkingsopbouw in de regio.

Redenen voor de keuze om naar de spoedgevallen te gaan zijn in de literatuur meermaals beschreven, meestal in inventariserende vorm. In de praktijkstudie zijn deze redenen eveneens geïnventariseerd en geven een beeld van de attitudes van zelfverwijzers. Gevonden redenen komen overeen met de literatuur en zijn in drie groepen te verdelen. Ten eerste kan de zelfverwijzer gericht zijn op de klacht, waarvan hij inschat dat deze ernstig is of van dien aard dat het gezien moet worden op de spoedgevallen. De tweede mogelijkheid is een negatief beeld van de eerstelijns waardoor het vertrouwen ontbreekt dat de eerstelijns het probleem kan oplossen. Het negatieve beeld uit zich in attitudes over beschikbaarheid, wachttijd, faciliteiten en competentie en bevoegdheden. De derde groep omvat zelfverwijzers die een positief beeld hebben van de spoedgevallen. Een positief beeld komt tot uiting via attitudes over professionaliteit, faciliteiten, aard en omvang van zorgaanbod, snelheid. Ook in de praktijkstudie werd niet gezocht naar verbanden tussen externe variabelen en attitudes, wat wel interessant is voor vervolgonderzoek.

Sociale invloed is in de literatuur beperkt beschreven. In de praktijkstudie wordt de theoretische informatie bevestigd dat belangrijke naasten een grotere invloed hebben op de zorgkeuze van de zelfverwijzer dan invloed van overige derden.

De eigen effectiviteit is in de literatuur niet eerder in verband gebracht met eigen effectiviteit. De enige gevonden relevante informatie in deze context is een beschreven vermoeden dat de duur van klacht van invloed is op de keuze om naar spoed te gaan. Eigen effectiviteit werd in praktijkstudie gemeten via de GSES. Er kon geen verband aangetoond worden tussen GSES en duur van de klacht. Ook werd geen verband gevonden tussen externe variabelen en GSES. Figuur 17 geeft een overzicht van de informatie, gerangschikt volgens ASE-model. Verder onderzoek is nodig om gedragsdeterminanten van de populatie zelfverwijzers nauwkeuriger te beschrijven. Het verder onderbouwen van de gevonden focussen op eerstelijns, klacht en spoedgevallen vraagt nader onderzoek. Ook zijn uitdagingen te vinden op psychosociaal gebied. Het verder uitdiepen van de saillant beliefs die ten grondslag liggen aan de waargenomen attitudes en het ontwikkelen van een specifiek instrument dat de eigen effectiviteit bij zelfverwijzend gedrag meet verdienen de voorkeur. Voor verpleegkundigen is het interessant zich de gedragsdeterminantenanalyse eigen te maken en op zoek te gaan naar handvatten waarmee zij patiëntgericht en objectief zelfverwijzers op spoed kunnen begeleiden tijdens hun bezoek op spoed, of, waarmee zij met het ziekenhuismanagement effectief kunnen communiceren over knelpunten die ontstaan ten gevolge van de aanwezigheid van zelfverwijzers. In hoofdstuk 7 wordt een aanzet gegeven tot het formuleren van handvatten.





Opmerking: EB=Evidence Based

Figuur 17. ASE-model van zelfverwijzend gedrag

## 7 Aanbevelingen

Hoe de verpleegkundige verder kan met de resultaten van de bachelorproef staat centraal in dit hoofdstuk. Deze bachelorproef biedt verpleegkundigen de kans verder onderzoek te doen naar zelfverwijzend gedrag. Bovendien is het mogelijk meer evidence based te beginnen met stap drie van de GVO-cyclus, de ontwikkeling van interventies om zelfverwijzend gedrag te beïnvloeden. Met het oog op verdere ontwikkeling van de GVO-cyclus zijn in Tabel 8 enkele do's en don'ts geformuleerd die de verpleegkundige op weg helpt te komen tot patiëntgerichte omgang met zelfverwijzers.

Tabel 8. Do's en don'ts interventie-ontwikkeling

	<b>Do's</b>	<b>Don'ts</b>
1	Zelfverwijzers zijn een heterogene groep. Benader ze met individuele aanpak.	Generaliseren. Bevolkingsgroepen verantwoordelijk stellen.
2	Vraag naar visie en beleid inzake zelfverwijzers bij ziekenhuismanagement.	Oordelen over terechtheid of urgentie van het bezoek als het ziekenhuis laagdrempelig wil zijn.
3	Communiceer met management en zelfverwijzers over knelpunten, zoals overcrowding.	Verwachten dat management en zelfverwijzers problemen kunnen voorspellen of spontaan kunnen overzien en er rekening mee houden.
4	Achterhaal focus tijdens anamnese. Gerichtheid op klacht, eerstelijns of Spoed? Vertrek vanuit deze focus om zelfverwijzend gedrag te bespreken.	Gedragsaspecten bespreken die geen deel uitmaken van de beleving van de zelfverwijzer. Bijv. de bereikbaarheid van de huisartsenpost benadrukken wanneer de patiënt de klacht ernstig vindt.
5	Achterhaal saillant beliefs. Corrigeer waar nodig denkfouten, geef positieve feedback bij correcte inschatting en besluit.	Oordelen over denkfouten.
6	Achterhaal hoe groot de sociale invloed is geweest. Betrek, met goedvinden van patiënt, deze persoon indien mogelijk en corrigeer denkfouten/adviesfouten. Geef positieve feedback bij correcte inschatting en besluit.	Sociale druk uitoefenen op de patiënt.
7	Schat de eigen effectiviteit in. Werk bij hoge eigen effectiviteit aan kennisvermeerdering. Werk bij lage eigen effectiviteit aan positieve bekrachtiging van zelfredzaamheid.	Generaliseren van eigen effectiviteit van zelfverwijzers. Hoge eigen effectiviteit bestempelen als narcistisch. Lage eigen effectiviteit relateren aan intelligentie.
8	Wees alert bij zelfverwijzers die naar spoed komen vanuit de attitude dat het een snelle weg is. Communiceer benodigde minimale wachttijden voor onderzoeksresultaten, wijs erop dat urgentere patiënten voorrang krijgen, laat tijdig weten dat het niet in uw vermogen ligt om aan de verwachtingen van snelle hulp te voldoen. Biedt in geval van overcrowding alternatieve hulpbronnen aan.	Uzelf laten opjagen in een poging te voldoen aan verwachtingen.
9	Maak zelfverwijzers, waarvan u de denkt dat zij elders beter passende hulp gaan vinden, duidelijk welke gevolgen dit gedrag mogelijk heeft op hun gezondheid.	Meegaan met inadequate coping zonder het bespreekbaar te maken. Bijv. het medisch blijven benaderen van wat een psychologisch probleem lijkt te zijn.
10	Accepteer dat zelfverwijzing een maatschappelijk verschijnsel is.	Proberen te veranderen wat u niet kunt veranderen.

Besluitvorming rond hulpzoekend gedrag is een actueel onderwerp, mede gevoed vanuit de gezondheidsorganisaties zelf. Drie initiatieven vielen op ten tijde van afronding van deze bachelorproef. Het eerste initiatief is een persbericht (''Spoed en huisarts best op één locatie' | VTM NIEUWS'', 2016) waarin het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ervoor pleit de verantwoordelijkheid voor keuze van zorglocatie te verleggen van patiënt naar een samenwerkingsverband tussen huisarts en spoedgevallen-

dienst. Dit standpunt is ontstaan naar aanleiding van aanhoudende problemen met patiënteninput op spoed. Daarnaast startte begin maart de Vlaamse tv-zender Eén met het wekelijkse programma De Noodcentrale ("De Noodcentrale", 2016). Erwin Hertens, directeur 112 Algemene Directie Civiele Veiligheid, en hoofdcommissaris Federale Politie Jean-Claude Gunst geven in een commentaar aan het programma te steunen in de hoop dat burgers meer begrip krijgen voor het werk van acute hulpverlening en dat zij een beter beeld krijgen van wanneer wel of niet te bellen. Een derde initiatief is het symposium over project 1733 op 26 maart 2016 ("project 1733", 2016). Het project 1733 wil de burger ertoe bewegen om via een eenvormig oproepnummer de juiste plaats voor hun zorgvraag te zoeken. Wanneer 1733 gebeld wordt, wordt na triage advies gegeven om naar spoed te gaan of naar een andere hulpverlener. Dergelijke initiatieven zijn voorbeelden van interventies die evidence based onderbouwd en kritisch beschouwd kunnen worden met onder andere de resultaten van deze bachelorproef. Door sensibilisering van de burger kan de verpleegkundige op spoed in toenemende mate verwachten dat patiënten kritische vragen stellen rond zelfverwijzend gedrag, vooral als zij willen weten of de juiste keuze werd gemaakt. Dit zijn kansrijke momenten voor verpleegkundigen om een bijdrage te leveren aan het beïnvloeden van zelfverwijzend gedrag.

## Bijlage 1 Data-extractietabel

Auteur	jaar	Type	n=	focus	Externe factoren	Attitude	Sociale invloed	Eigen effectiviteit	Barrières	Vaardigheden	Redenen keuze Spoed
(Padgett & Brodsky, 1992)	1992	Review		Niet-urgent medisch, psychiatrie=exclusie Formulering model factoren niet-urgent bezoek Spoed	-:Geslacht, lft, it, opleiding, burg. staat, psych. staat, +:ras/ethniciteit		sociale steun is in interactie met ervaren zorgbehoefte	Psychische gesteldheid, stressniveau, coping	+ : afwezigheid alternatieven	Symptoomherkenning, inschatting ernst,	
(Uscher-Pines et al., 2013)	2013	Review	26 art.	Enkel USA Niet-urgent vs urgent	Lft: 6/9 jong volw; 3/9 - Ras: 4/9 zwart; 5/9 - Geslacht:4/10 vrouw; 2/10 man; 4/10 - Inkomen: 2/4 laag Verzekering:2/13 onverzekerd = invers+; 2/13 onverzekerd+, 5/13 - Geen assoc. persoonlijkheidsfactoren	Gezondheidsstatus: 2/4 laag; 2/4 - Eerdere ervaringen gezondheidszorg: ½ eerdere opname= invers; meer freq+; aantal HA bezoeken -; ½ freq SEH heeft ook freq HA bezoek Ervaren ernst: 4 art. "kan niet wachten", overtuigingen over alternatieven: 1/3 betere zorg op SEH, 1/3 SEH goedkoper dan elders; 1/3 ontevredenheid HA	Burg. staat = sociale steun = 0 artikelen vinden associatie		Gemak: 3/3 Kosten: geen artikel vergelijkt, maar 1 art geeft kostenflexibiliteit als belangrijkste reden Toegankelijkheid HA/ED: 4+; 1-Onmogelijkheid afspraak te maken		Wachttijden voor afspraak, beschikbaarheid in weekend, 2 art. doorverwijzing door eerstelijns
(Carret et al., 2009)	2009	Review	31 art. 1971-1997	Oneigenlijk gebruik: div. criteria	Tijd: vm/nm+, weekend -; afstand-; geslacht-, lijkt v↑; lft:15-49; financieel +/-, SES +, opleidingsniveau -, huiseigenaren + (↑), partimewerkend/huisvrouwen (↓) dan full-time werkend	Zelfverwijzing wel, eerder contact HA +/-, hebben HA +/-, ervaren gezondheid +/-, comorbiditeit +/-; vertrouwen ED (↑), wantrouwen HA (↑)		Duur klachten + (↑)	Afstand (is incidenteel vastgesteld, maar vaker niet bevestigd.		Bereikbaarheid /beschikbaarheid HA
(Liggins, 1993)	1993	Review	Art. van 1849-1990	Oneigenlijk gebruik: noodzaak zkh-treat = non-urgent = misuse = abuse	Gratis zorg (misbruik door wie wel zorg kan betalen) +, 24-uur open SEH +,	Ervaren ernst klacht op basis van klinisch uitzicht en lft pt +, onwetendheid diagnose +, ervaren urgentie laag inschatten, geen HA hebben +,	Besluit tot zelfverwijzing door iemand anders uit omgeving werk, school, bij incident in openbare plaats,	Duur klachten meestal <1 uur of >48 uur	Ontbreken medische beeldvorming bij HA		Bereikbaarheid HA, maar meeste SEH tijdens kantooruren, beschikbaarheid HA, afspraak HA moeten maken, second opinion willen, uit eigen regio zijn, gemak =laagdrempel, al bij specialist in behandeling,

											wantrouwen HA, vertrouwen SEH,
(Henson et al., 2015)	2015	Review		Kankerpatiënten in laatste levensmaand	Man, zwart ras, longkanker, lage SES		Geen mantelzorg en/of palliatieve zorg				
(de Valk et al., 2014)	2014	Cross-sectioneel	436	Nederland, SEH bezoekers, geïncludeerd als zelfverwijzers	Geslacht/lft (jonge mannen met musculoskeletale letsels), urbanisatie, nationaliteit, opleiding, burg. Staat, tijdstip,	Geen HA hebben, ervaringen HA, locatie HA onbekend, ervaren urgentie, wantrouwen HA ,	Op advies van anderen,		Beschikbaarheid faciliteiten SEH die HA niet kan, SEH dichtbij+HA verder weg		
(Kraaijvanger et al., 2015)	2015	prospectief observatief enquête	1563	Zelfverwijzers Terechtheid SEH bezoek							Verwachting snellere hulp SEH, verwachting noodzaak medische beeldvorming, ernst klacht
(Charante et al., 2008)	2008	Retro-spectief enquête	224	In ziekenhuissysteem geregistreerde zelfverwijzers	Geslacht, lft, soort ziekteverzekering, tijdstip, SESregio,	Aard klacht, best gevonden plaats voor klacht,			Afstand HAP, wijze van vervoer		+:Direct specialistische hulp, verwachte noodzaak faciliteit, toegankelijkheid SEH, HA niet willen storen buiten kantooruren, HAP wantrouwen -: kennisgebrek alternatieven, kortere wachttijden, HA wantrouwen
(Lippens, 2011)	2011	Review +interview	47	patiënten	↓ SES	↓SES≈kennisgebrek, laag gezondheidsbesef + geen eigen HA			↓ SES≈ taalbarrière	Ptn kunnen gz-probleem + zorgkeuze niet inschatten	Intrinsieke persoonlijk Organisatorisch: Financieel

Bijlage 2 Algemene vragenlijst voor bezoekers spoedgevallendienst

Uw postcode		Deelnamenummer:
Uw leeftijd		
Geslacht	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw	
Burgerlijke staat	<input type="radio"/> Getrouwd/samenwonend met kinderen <input type="radio"/> Alleenstaand met kinderen <input type="radio"/> Getrouwd/samenwonend <input type="radio"/> Alleenstaand <input type="radio"/> Anders, namelijk: ...	
Uw hoogst afgeronde opleiding?	<input type="radio"/> Lager onderwijs <input type="radio"/> ASO <input type="radio"/> TSO <input type="radio"/> BSO <input type="radio"/> HBO <input type="radio"/> WO,(bachelor/master)	
Heeft u een eigen huisarts?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	
Wie gaf u het advies om naar Spoed te gaan?	<input type="radio"/> Eigen keuze <input type="radio"/> Op advies van partner/familieleden <input type="radio"/> Op advies van vrienden/kennissen <input type="radio"/> Op advies van anderen namelijk ...	
Duur van de klacht	<input type="radio"/> Minder dan 1 uur <input type="radio"/> 1-4 uur <input type="radio"/> 4-8 uur <input type="radio"/> 8-12 uur <input type="radio"/> 12-24 uur <input type="radio"/> 24-48 uur <input type="radio"/> Langer dan 48 uur	
Wat is de belangrijkste reden om de Spoed te kiezen als plaats om hulp te zoeken?		

## Dutch General Self-Efficacy Scale

**Hieronder volgen 10 stellingen over hoe u in het algemeen denkt en doet. Zou u aan willen geven in hoeverre u het oneens of eens bent met deze stellingen. Wilt u daartoe voor alle stellingen het antwoord aankruisen dat OP DIT MOMENT op u het meest van toepassing is.**

		Volledig onjuist	Nauwelijks juist	Enigszins juist	Volledig juist
1	Het lukt me altijd moeilijke problemen op te lossen, als ik er genoeg moeite voor doe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Als iemand mij tegenwerkt, vind ik toch manieren om te krijgen wat ik wil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Het is voor mij makkelijk om vast te houden aan mijn plannen en mijn doel te bereiken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ik vertrouw erop dat ik onverwachte gebeurtenissen doeltreffend aanpak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Dankzij mijn vindingrijkheid weet ik hoe ik in onvoorziene situaties moet handelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ik kan de meeste problemen oplossen als ik er de nodige moeite voor doe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik blijf kalm als ik voor moeilijkheden kom te staan omdat ik vertrouw op mijn vermogen om problemen op te lossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Als ik geconfronteerd word met een probleem, heb ik meestal meerdere oplossingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Als ik in een benarde situatie zit, weet ik meestal wat ik moet doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wat er ook gebeurt, ik kom er wel uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bijlage 3 Informed consent en toestemmingsformulier

Geachte bezoeker,

Via deze brief wordt u gevraagd deel te nemen aan een onderzoek naar zelfverwijzend gedrag. In dit onderzoek wordt informatie verzameld over algemene kenmerken van zelfverwijzers. Ook wordt gezocht naar factoren die bepalen waarom mensen juist op de Spoedgevallen hulp zoeken. Daarnaast wordt nagegaan in welke mate zelfverwijzers zichzelf in staat achten problemen op te lossen. Het onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van het afstudeerproject van mw. Vanlaerhoven, student Verpleegkunde aan Odisee Brussel.

U wordt gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer vijf minuten. Het al dan niet invullen van de vragenlijst heeft geen invloed op uw verdere behandeling. U neemt op vrijwillige basis deel aan dit onderzoek.

Eerst worden u een aantal algemene vragen gesteld. Vervolgens vragen we u de General Self-Efficacy Scale (GSES) in te vullen. De GSES is een standaard en internationaal gebruikte vragenlijst. De resultaten van de deelnemers aan dit onderzoek kunnen hierdoor vergeleken worden met de resultaten van iedereen die de GSES al eerder invulde.

De antwoorden van de vragenlijst worden anoniem verwerkt. De informatie zal niet kunnen resulteren tot het vaststellen van uw persoonsgegevens. De gevonden resultaten worden vergeleken met informatie die in eerder onderzoek werd beschreven. De ingevulde formulieren worden bij inlevering én na verwerking bewaard op een plaats die alleen door mw. Vanlaerhoven en haar begeleiders is te bereiken.

Indien u vragen heeft over dit onderzoek, kunt u contact opnemen via e-mail: [nicole.vanlaerhoven@student.odisee.be](mailto:nicole.vanlaerhoven@student.odisee.be)

Dringende vragen mag u stellen aan het onthaal.

Met vriendelijke groet,  
Nicole Vanlaerhoven  
Student Verpleegkunde, Odisee campus Brussel



## Toestemmingsformulier (Informed Consent)

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze, schriftelijk te zijn ingelicht over het onderwerp en het doel van dit onderzoek.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven.

Naam patiënt:

-----

----- (datum) ----- (handtekening)

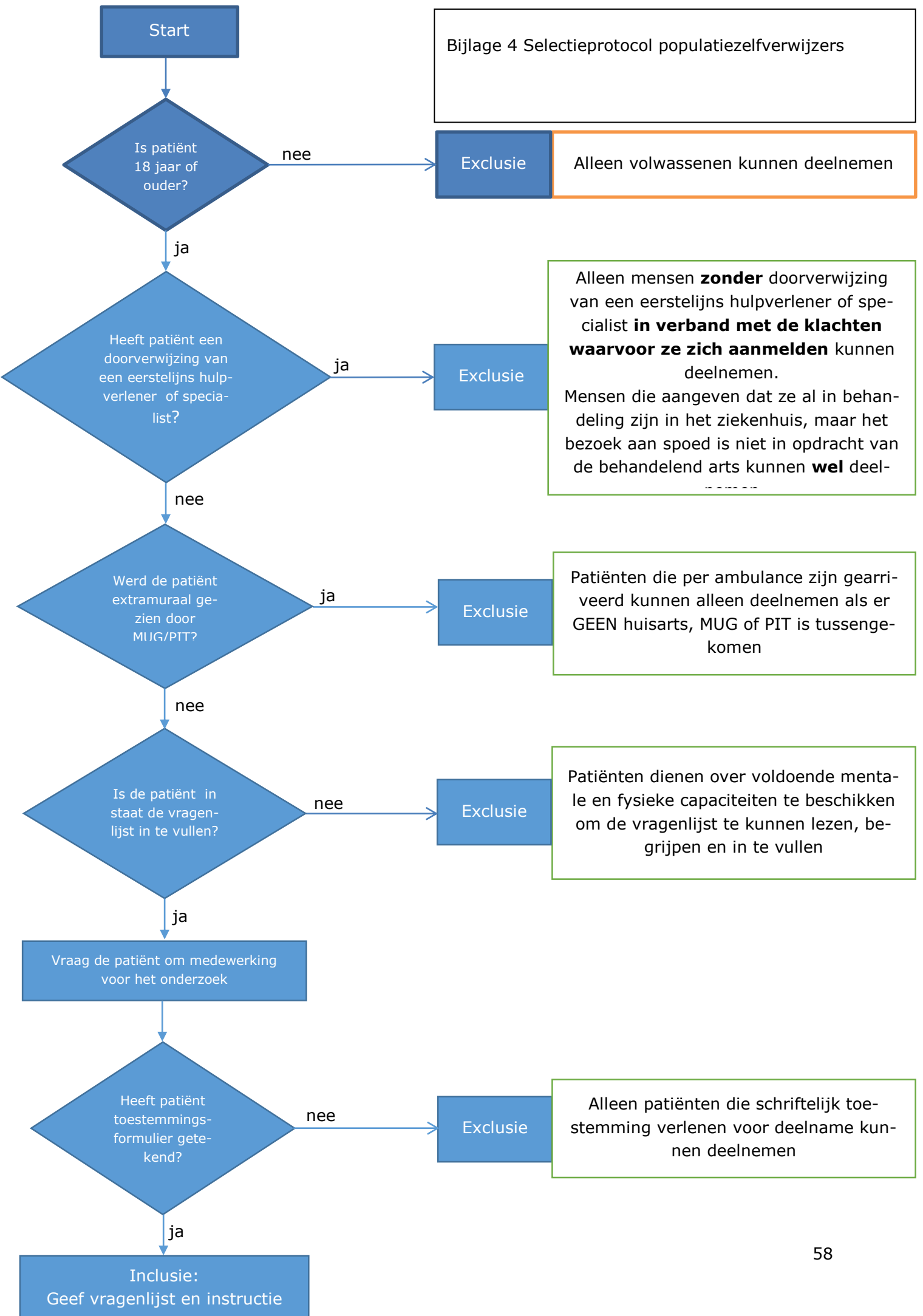
Ik heb schriftelijk toelichting verstrekt over het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Een beslissing om niet deel te nemen aan dit onderzoek zal niet van invloed zijn op de behandeling.

De gegevens die in dit onderzoek worden verzameld, zullen strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Naam onderzoeker: -----

----- (datum) -----(handtekening)



## Bijlage 5 Goedkeuring Ethisch Comite Klina

**ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA**  
Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat



Ethisch comité  
O.G. 146

Op 18/11/2015 heeft het ethisch comité (erkenning n° OG 146) van het hoger vermelde ziekenhuis de volgende bachelorproef onderzocht:

Titel protocol: Hoe scoren zelfverwijzers op de General Self-Efficacy Scale?

Coördinator: Tom Beeckmans, Odisee Brussel  
Lokale coördinator: dhr. Van Turnhout, hoofdverpleegkundige spoedgevallen AZ Klina  
Ingediend door: Antonetta (Nicole) Vanlaerhoven, student verpleegkunde Odisee Brussel

ETHISCH COMITE OPTREDEND IN ZIJN BEVOEGDHEID VAN **LOKAAL ETHISCH COMITE**

	In orde	Niet in orde	In orde onder voorbehoud
1. Bekwaamheid onderzoeker en medewerkers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kwaliteit van de installaties	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Procedure en volledigheid van de verstrekte schriftelijke informatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bedrag betaald voor Ethisch Comité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gezien deze bevindingen beslist het Ethisch Comité, optredend als **LOKAAL ETHISCH COMITE** dat

- De studie ethisch aanvaardbaar is zonder voorbehoud.
- De studie ethisch niet aanvaardbaar is.
- De studie ethisch aanvaardbaar is, rekening houdend met opmerking in bijlage

DEZE AANBEVELING BETEKENT OP GEEN ENKELE WIJZE DAT HET COMITE VERANTWOORDELIJK IS VOOR DEZE STUDIE.

Handtekening voorzitter

  
Dr. Johan Salembier  
Datum: 18/11/2015

Handtekening secretaris

  
Dr. Didier Verhoeven  
E.C. Goedkeuring n° 030/200/015

Het Ethisch Comité is samengesteld en werkt overeenkomstig de ICH-GCP richtlijnen en de toepasselijke wetten en reglementeringen. In het kader van de GCP moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen in de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.



Samenstelling Ethisch Comité:  Voorzitter: Dr. J. Salembier (ZHG);  Secretaris: Dr. D. Verhoeven (ZHG);  Dr. C. Langenaeken (ZHG);  De heer L. De Somer (Jurist);  Dr. P. Matthyssen (ZHG);  Dr. J. Vandecappelle;  Mevr. L. Vanhaute (Ethicus);  De heer G. Vinck (Adj. HVK Inzo);  Dr. J. Wens (Huisarts);  Mevr. K. Meeussen (Apotheker/diensthoofd);  Dr. P. Bogaerts (ZHG);  Mevr. L. De Pooter (Pall. VK).

= Leden die actief betrokken waren bij de beoordeling van de studie

Opmerking:

Het Ethisch Comité is samengesteld en werkt overeenkomstig de ICH-GCP richtlijnen en de toepasselijke wetten en reglementeringen.  
In het kader van de GCP moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen in de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.

## Bijlage 6 Overzicht categorisering van redenen voor komst naar spoed

<b>Belangrijkstereden</b> (HA=huisarts)	<b>Reden spoed</b>	<b>Reden niet eerstelij</b>
Snelle diagnose bij wat volgens HA miniscusscheur lijkt	snel	
Enige directe hulp	snel	
Gevallen	incident	
Vermoeden appendicitis	acute klacht	
Te laat voor regulier consult, verergering klachten	incident	te laat
Voor dringende zaken als ongeval, plotse ernstige ziekte	incident	
Acute pijn	acute klacht	
Snel terecht kunnen	snel	
Via dokter	na advies arts	
Ongeval of hevige pijn	incident	
Gezien het uur zijn er niet veel andere opties		uur
Buikloop met bloed	incident	
ski-ongeval, heel de nacht gereden	incident	
Problemen slepen langdurig aan	incident	
Gaat veel sneller	snel	
Aanhoudende pijn sinds avond voor opname, werd steeds erger	acute klacht	
werkongeval	incident	
Snel bloedonderzoek, foto's, enz.	snel	minder faciliteiten
Dringend, snede in hand	incident	
ongerust, in het verleden idem klachten gehad	ongerust	
Je wordt er snel geholpen	snel	
Meer middelen om verder te zoeken naar de oorzaak		minder faciliteiten
Na tel. onderhoud ziekenhuis Spoed	na telefoon	
HA	na advies arts	
Eventueel moeten foto's genomen worden en dat kan niet door de huisdokter		minder faciliteiten
HA met vakantie		HA met vakantie
Directe hulp	snel	
Voor een directe diagnose	snel	
Verwijzing arts	na advies arts	
Mogelijkheid tot een snel onderzoek	snel	
Doorverwijzing arts	na advies arts	
Dochter heeft pijn ..(?).. Voetknobbel- kreeg van HA zelf- dit werkt niet- pijn nu erger- problemen met het lopen. Is vermoedelijk zwaardere kneuzing/breuk		falen interventie HA
Acute pijn, snelle hulp	snel	
Aanraden HA	na advies arts	
Heeft al hulp gehad via vervangende arts en die heeft hem doorverwezen	na advies arts	falen interventie HA
Ondraaglijke pijn	incident	
Omdat het echt nodig is	acute klacht	
Pijn in hartstreek	incident	
Diepe snee	incident	
Doorverwijzing HA	na advies arts	
Omdat de gewone huisdokter niets kan doen		falen interventie HA
Huisdokter is op afspraak, kon ik niet meer terecht vandaag		uur
Effectief hulp kunnen aanbieden		falen interventie HA
Moest genaaid worden, snede invinger	incident	falen interventie HA

HA geen dienst		uur
Verwijzing HA	na advies arts	
dringend	acute klacht	
Andere diensten te lange wachttijd		wachttijd
Te veel pijn	acute klacht	
Noodzaak HA alleen op afspraak		wachttijd
Hevige pijn in borst	acute klacht	
Omdat altijd via de huisdokter naar de spoed gestuurd wordt		falen interventie HA
Omdat het vlugger is dan mijn afspraak die ik kreeg bij de dokter	snel	wachttijd
Snelle hulp	snel	
HA niet bereikbaar		wachttijd
Onzekerheid, en of accute pijn wegnemen	ongerust	
Na telefonisch contact met de dokter die niet onmiddellijk bereikbaar was werd door het dokstercentralisten besloten om direct de spoed te kiezen omdat het vermoedelijk nodig was om een foto te nemen.	na telefoon	minder faciliteiten
Probleem niet oplosbaar door HA		falen interventie HA
Permanentie	spoed wel beschikbaar	
Opdracht van cardioloog	na advies arts	
Snelste oplossing	snel	
Dichtsbij zijnd	afstand	
Dichtsbij zijnde ziekenhuis, op vraag van de arts bij terugkerede sytomen	afstand	
HA met verlof		HA niet beschikbaar
proffesioneel	professioneel	
Automatisme, lage drempel, gemakkelijk	laagdrempelig	
HA niet beschikbaar		HA niet beschikbaar
Geholpen worden tegen de hevige pijnen	acute klacht	
Om snel geholpen te worden	snel	
Als het niet beterde moest ik terug komen	na advies arts	
Omdat de pijn niet weg gaat en ik heb een gastric bypass	acute klacht	
Dossiers op spoed		reeds dossier in zkh
Omdat wij als partner of als kinderen daar niets aan kunnen doen en zelfs de huisdokter niet		falen interventie HA
Kon niet meteen bij HA terecht		HA niet beschikbaar
HA 2x bezocht die heeft mij doorverwezen	na advies arts	
Hier kon meteen een foto worden genomen	na advies arts	
Diaree	acute klacht	
Meerdere malen dokter geraadpleegd. 2x antibiotica innamen. Nog steeds koorts gevaarlijk heeft geen mild meer		falen interventie HA
Het is weekend!		uur
Doorverwijzing HA	na advies arts	
Aanwezigheid van neus, keel en oorarts + snel geholpen	professioneel	
Omdat HA in verlof is		HA niet beschikbaar
Efficientie	professioneel	
Omdat het me aangeraden is door arts buitenland	na advies arts	
Omdat ze niet meteen naar arts kon en ongerust was	ongerust	falen interventie HA
Advies RVT	na advies arts	
Grote ongerustheid	ongerust	
Uitputting na 1e chemo + armtrombose	incident	
Dan weet je snel wat je hebt	snel	
Mij snel laten helpen (alléén voor noodgeval) NIET voor	snel	

griep of valing en zo		
Psychiatrie patient bij dr X	incident	reeds dossier in zkh
Nodig bij eventuele breuken /of verstuiking, indien nodig kan men onmiddellijk foto's nemen.	snel	incident
Voet al dan niet gebroken RX toch noodz.	incident	minder faciliteiten
Omwille van de hevige reactie van mijn dochter, geschrokken, beschik niet over de juiste middelen/ kennis om haar te helpen	incident	
Doorverwezen door HA	na advies arts	
Indien er röntgen genomen moeten worden + vele dokters ter plaatse	professioneel	minder faciliteiten
Omdat ze dan platen kunnen nemen		minder faciliteiten
Dringende redenen	snel	
radiografie- zekerheid		minder faciliteiten
Radiografie nodig		minder faciliteiten
Hier gaat het, het snelst (meestal)	snel	
Bij dringende zaken		
HA is met verlof		HA niet beschikbaar
Voor dit soort ongevallen is dit de snelste weg om hulp te krijgen	snel	
draaiërig- gevallen- veel bloed, neem bloedverdunner, hartpatient	incident	
Hart klachten	incident	
HA verlof		HA niet beschikbaar
Ik heb de pijn zo lang mogelijk verbeterd, maar heb vanavond toch mijn zoon gevraagd om met mij naar de spoed te komen.	incident	
Verwijzing HA	na advies arts	
Omdat medische dienst op het werk bloeden niet kon stelpen	incident	
Klachten na operatie	incident	
Advies HA om plaat te laten nemen (na openingsuren medische beeldvorming +/-18u).	na advies arts	uur
Advies dokter	na advies arts	
Gevoel dat er iets mis is met pijn hart, Nooit eerder dit gevoeld, wilde niet wachten tot morgen om dit te laten nakijken.	incident	wachttijd
Omdat er een x-raygenomen zal moeten worden dit niet bij de HA kan. Deze had mij zeker doorverwezen		minder faciliteiten
Was al 3 keer bij HA geweest		falen interventie HA
Helpen onmiddellijk	snel	
Zondag		uur
pijn!	incident	
Plots opkomend abces, ondanks reeds 2 dagen antibiotica genomen te hebben-vrijdagavond	incident	falen interventie HA
weekend		uur
HA niet te bereiken		HA niet beschikbaar
zondag, iets ingeslikt dus dringend	acute klacht	uur
Ernst van de symptomen	incident	
Vermoedelijk trombose	incident	
Omdat het een spoedgeval is op zondag	acute klacht	uur
Opraad van dokter	na advies arts	
Nabijheid bij eigen huis	afstand	
Om zeker te zijn dat er inwendig geen erge schade is	incident	
Omdat ik vermoed dat letsel spoedig moet behandeld worden	incident	

Je hebt alles ter plaatsen	meer fasciliteiten	
Pijn, dokter kan mij niet ontvangen	incident	HA niet beschikbaar
Doorverwezen HA	na advies arts	
foto's kunnen onmiddellijk genomen (indien nodig)	snel	
Omdat hier meer apparatuur aanwezig is	meer fasciliteiten	
Om vlug te weten wat het is en geholpen te worden	snel	
Daar kan men meer onderzoeken	meer fasciliteiten	
Omdat pijn blijft en nu uitstraalt en ik een harde knobbel voel in mijn balzak wat me toch ongerust maakt	ongerust	
Goede hulpdienst	professioneel	
Spoed = hulp	professioneel	
Niet te houden van pijnen en het verlies van water langs haar benen	incident	
Op doktersadvies	na advies arts	
dringendheid	incident	
In 't weekend		uur
weekend, geen raadpleging HA mogelijk- veel pijn	incident	HA niet beschikbaar
Zeker zijn over aandringing op pijn	incident	
Loop er al langer mee maar gisteren is de hevige pijn opgetreden	incident	
Nog 2 dagen wachten voor bezoek dokter duurt te lang.		wachttijd
weekend, HA niet beschikbaar + kan niet op knie steunen, moet maandag werken.		HA niet beschikbaar
arbeidsongeval	incident	
Pijn + niet meer kunnen eten- niet meer kunnen slapen	incident	
Ontweningsverschijnselen vanwege alcohol	incident	
Leeftijd advies zie boven		
Om zo snel mogelijk geholpen te worden	snel	
Snelle hulp	snel	
Algemene kennis van hulp	professioneel	
Doorverwijzing HA	na advies arts	
Direct geholpen	snel	
HA niet bereikbaar		HA niet beschikbaar
Aanraden werk	na advies anderen	
Alle artsen en goed opgeleid personeel	professioneel	
Verhoogde pijn klachten buikstreek abnormale zwelling	incident	
Hevige pijn na me niersteen verbrijzeling	incident	
Kan niet meer op benen staan koorts beginnen overgeven (fluïmen)	incident	
Vermoeden van breuk - radiologie	incident	minder fasciliteiten
wooninbuitenland(gadoornaaregypte)		
Op -datum-heb ik een afspraak voor een kleine medische ingreep afspraak gemaakt op -datum- De pijn is niet meer te houden en ben op -datum- naar spoed gegaan	incident	
Via arts als het te erg word	na advies arts	
Het tijdstip - de aard van de blesure	incident	uur
Om snel geholpen te worden	snel	
Naargelang de aard van de aandoeningen mogelijke complicatie meest logische keuze	incident	
Ze kunnen verder onderzoeken (innerlijk) wat een HA niet kan	meer fasciliteiten	
zondag/specialist	professioneel	uur
Vrijdag al een dokter bezocht		falen interventie HA
Is volgens mij de enigste plaats waar ze me kunnen helpen op vrijdagavond met een gebroken vinger	meer fasciliteiten	uur



Dit is de eenvoudigste manier om in het weekend geholpen te worden	laagdrempelig	
Doorverwezen door HA	na advies arts	
Dicht bij mijn woonpl.	afstand	
Veel pijn	incident	
Ik heb al sinds dinsdagavond koorts met pieken tot 40.2. HA heeft amoxiciline zandos 1g meegegeven woensdag beginnen maar nog steeds geen verbetering nog steeds koorts deze nacht 39.1 en ochtend 38.7 + pijnbekken, onderrug, nek, hoofdpijn, buikpijn.		falen interventie HA
Te veel pijn	incident	
Omdat het heel pijnlijk is	incident	
Hevige pijn	incident	
HA was er niet		HA niet beschikbaar
Ongeval op zondagmiddag	incident	uur
Te veel pijn, HA doorverwezen	na advies arts	
Snel geholpen te worden!	snel	
Dringend (zaagwonde)	acute klacht	
Veel pijn	incident	
Het betreft een brandwonde in het aangezicht – om de kans op littekens te verkleinen	acute klacht	
Het is zondag en oogspecialist werkt niet op zondag		uur
In het weekend gaat het niet anders		HA niet beschikbaar
Bloedneus gesprongen bloedvat	incident	
Wanneer je niet meteen bij HA terecht kan en het toch dringend is	incident	HA niet beschikbaar
Onmiddellijke hulp	snel	
Voor de onderzoeken die onmiddellijk gebeuren dat de HA niet kan.	meer faciliteiten	
Om meteen geholpen te worden voor de pijn +(zwangerschap)+oogontsteking	snel	
weekend, kan niet terecht bij HA		HA niet beschikbaar
Te veel pijn	incident	
Om zeker te zijn van genezing wonde.Te zwart en mag niet uitbreiden	incident	
Omdat er foto's moeten genomen worden	meer faciliteiten	
Op raad van de dokter	na advies arts	
Altijd aangepaste hulp voor je probleem. De nodige mensen met nodige ervaring	professioneel	
Angst voor breuk	ongerust	
Direchte hulp	snel	
Ongerustheid voor hartfalen	ongerust	
Advies HA	na advies arts	
Een dokter!!	professioneel	
Dr X was zelf aan het opereren		reeds dossier in zk
Wachttijd van operatie in buitenland + lange opname		
Omdat de HA mij door verwees	na advies arts	
Reeds bij huisdokter geweest en echo laten nemen, pijn blijft in rechter been		falen interventie HA
Pijn dat niet weggaat	incident	
Mogelijkheid tot radiografie	meer faciliteiten	
Dringende klacht, bezorgdheid, snel duidelijkheid	snel	
Kan bij HA niet terecht en kon bijna niet stappen, pijn hield aan	incident	HA niet beschikbaar
Onmiddellijke geruststelling in geval van vals alarm (hart-	snel	

klachten)		
Reeds op woensdag op spoed geweest, maar na voortdurende zware pijn klachten erna raadpleging HA terug naar hier	na advies arts	
Na ongeval met fiets, vermoedelijk hand gebroken – naar spoed verwezen door verpleger op 't werk	incident	na advies werk
Omdat na dokterbezoeken medicatie pijn niet beterde		falen interventie HA
Geen doktersafpraak mogelijk – ongerust wat is er aan de hand	ongerust	HA niet beschikbaar
Wegens eerdere opname enkele weken geleden		reeds dossier in zkh
Snelle hulp, indien je HA geen spreekuur heeft	snel	HA niet beschikbaar
Snelle behandeling	snel	
Te lange wachttijd HA		wachttijd
Snel geholpen voor juiste diagnose	snel	
Keel probleem niet door HA te verhelpen Een afspraak HA niet direkt en consult specialist evenmin		falen interventie HA
Afspraak bij de HA duurt te lang heeft te veel pijn	incident	wachttijd
Te laat voor de HA		uur
Het was ook een spoedgeval (buitenbewustraken)	incident	
Hevige pijn nooit gevoeld! En geen kleinzerig persoon	incident	
Weten wat er mis is	meer fasciliteiten	
Onmiddellijke diagnose en evt behandeling om geen verdere schade te veroorzaken	snel	
Innemen van 14 antidreprecina	incident	
Hier kunnen ze platen nemen	meer fasciliteiten	
Geen tandartsen te bereiken		specialist niet beschikbaar
De doorverwijzing van medische beeldvorming	na advies medische beeldvorming	
Geen andere keuze omdat dokter niets geregeld heeft		falen interventie HA
Omdat ik dat nodig achtte	incident	
Advies HA, nadat deze met specialist had gebeld	na advies arts	
Open wonde	incident	
Snelle hulp	snel	
Zelfde symptomen als bij eerdere opname	incident	
Arts werk	na advies arts	
Aanraden van de huisdokter	na advies arts	
Vooraf gedurende weekend		uur
Pijn in buikstreek	incident	
Alles meteen bij elkaar, Goede opvolging, geen HA dus lijkt "spoed" beter	meer fasciliteiten	
Omdat de spoed gelijk helpt	snel	
Ik verga van de pijn Kan niet meer stappen	incident	
Ondragelijke pijn	incident	
Ik heb tinnitus nu hoor ik niet meer goed aan rechterkant	incident	
Doorverwezen na telefonisch contact met HA	na advies arts	
Opname Paaz nodig	incident	
Apparatuur bij de hand- dokter doorverwijzing	meer fasciliteiten	
Checkup na ongeval- weekend	incident	uur
Je ziet niet wat er aan m'n rug is		minder fasciliteiten
Ik heb al naar de HA geweest maar nu is het weekend en de dokter is niet van wacht		HA niet beschikbaar
Dokter van wacht niet beschikbaar		HA niet beschikbaar
Advies HA	na advies arts	

Foto's worden genomen- eerstehulp gezocht	meer fasciliteiten	
Dringendheid doorverwijs HA-specialist	na advies arts	
Het feit dat ik oncopatient ben en dat men hier mij kent		reeds dossier in zkh
foto's	meer fasciliteiten	
Pijn op de borst	incident	
Om geneeskundige redenen	incident	
Als het echt dringend is	acute klacht	
Dringende hulp	acute klacht	
Hoge pijn + snelheid	snel	incident
Als MS patiente in behandeling bij Dr X Niet uit te houden pijn in linkerbeen-lies-		reeds dossier in zkh
Verwachting dat er foto's getrokken moeten worden voor diagnose	meer fasciliteiten	
Weten ze sneller de oorzaak doorbloed af te nemen of dergelijke	snel	
Opgevolgd te worden met spoed	snel	
Plots bewustzijn verlies	incident	
Huisdokter zal je toch doorsturen kan geen foto's nemen	meer fasciliteiten	falen interventie HA
Erge pijn	incident	
Geen andere mogelijkheid		HA niet beschikbaar
Erge pijn, waarbij HA hoogst waarschijnlijk doorverwijst	incident	falen interventie HA
Veel pijn	incident	
Vrij snel hulp	snel	
Verontrustend veel pijn voor een kleine zaak	incident	
HA	na advies arts	
HA op reis		HA niet beschikbaar
Sneller dan HA	snel	
Te veel pijn om nog eerst langs de HA te gaan om dan waarschijnlijk toch doorgestuurd te worden om een foto van mijn rug te laten nemen.	meer fasciliteiten	falen interventie HA
Op advies verpleging na ontslag daghospitaal		reeds dossier zkh
Dringende redenen	acute klacht	
Snellere analyse v/d pijn om later geen verwickelingen te hebben	snel	
HA kan door "kijken" naar pijnlijke voet geen diagnose stellen, hij zou toch doorverwezen hebben	meer fasciliteiten	falen interventie HA
Niet meer kunnen stoppen, dus HA kan hier ook niets aan doen.		falen interventie HA
Er was geen huisdokter ter beschikking		HA niet beschikbaar
HA onbevoegd, immobiel en veelpijn	incident	falen interventie HA
Juiste behandeling	professioneel	
Reeds langs HA geweest. Klachten verergeren. Partner is zorgkundige.	incident	falen interventie HA
Plotse pijn, Eens toel op voet krijgen.	incident	
Urgentie	snel	
HA niet meer bereikbaar. Via arts van wacht	na advies arts	
Urgentie	snel	
Vrij ernstige brandwonde, zelf niet weten hoe dit te behandelen	incident	
De beste plaats bij veel pijn	incident	
Zeer hevige pijn	incident	
Weet hoe het werkt + vriendelijke hulpverleners	eerdere ervaring	
Hooge bloeddruk	incident	
Bloeding na operatie (neus)vandaag13u	incident	
Afspraak op maandag, wegens te veel pijn vrijdag vandaar		wachttijd

naar de spoed		
Foto's echo	meer fasciliteiten	
Kneuzing / RX wijst uit wat er gaat zijn	meer fasciliteiten	
Radiologie	meer fasciliteiten	
Geen andere hulp beschikbaar		HA niet beschikbaar
gebetendoorhand,uitvoorzorg	ongerust	
Daar word je geholpen	professioneel	
Ernstige gevallen, iets waarbij een huisdokter niet meteen zou kunnen helpen		falen interventie HA
Omogelijkheid tot onderzoek met gespecialiseerde medische apparatuur		minder fasciliteiten
Dat ze meteen zoeken wat de oorzaak is	snel	
In mijn geval is er iets aan mijn ribbe waardoor er platen moeten worden genomen vandaar om beslissing om naar de spoed te gaan	meer fasciliteiten	
Moest toch platen laten plakken	meer fasciliteiten	
Snel helpen en foto's van ongeval	snel	minder fasciliteiten
Als het om een accuut geval /probleemgaat	acute klacht	
Nachtelijk uur		uur
Dichtbij, in consultatie bij dr.X	dichtbij	reeds dossier in zkh
Directe opvolging van de klacht	snel	
ouderdom	incident	
sneller	snel	
ongeval	incident	
Had geen andere keuze		HA niet beschikbaar
Omdat het dringend is	acute klacht	
Aanhoudende pijn en in de blaas		
Mogelijk gebroken arm!	incident	
Hevig pijn in zij / rug na val van trap	incident	
Het tijdstip 5u30 s'morgens		uur
Om breuk uit te sluiten	meer fasciliteiten	
Letsel dat moeilijk door HA te beoordelen is (=toch doorverwijzing spoed)		falen interventie HA
Snelste oplossing	snel	
Pijnniveau /ernst verwonding, gaat vermoeden HA toch doorverwijzen	incident	falen interventie HA
Huisdokter was pas om19.30u vrij		wachttijd
Op de spoed is er meestal de juiste diagnose waardoor je snel behandeld kan worden	snel	
Uur van de dag, nabijheid	dichtbij	uur
Omdat mijn teen gebroken en zeer pijnlijk is en dit op spoed direct kan behandeld worden	snel	
Hevige pijn en geen doktersraadpleging meer	incident	HA niet beschikbaar
Erge pijn	incident	
Daar mijn HA niet werkt in het weekend en de pijn te erg is	incident	HA niet beschikbaar
Spoed snelle diagnose van mijn medische toestand, inschatting van de ernst door profesional	professioneel	
Dringend hulp nodig op zaterdag, veel pijn	incident	uur
Omdat er platen moesten genomen worden	meer fasciliteiten	
Was het korst bij op deze moment	dichtbij	
Zaterdag oogarts was niet te bereiken		uur
schouderbreuk?	incident	
Omdat de wond open staat	incident	
pijn	incident	
Voor de hartslag, aan monitor + specifieke medicatie	meer fasciliteiten	

zondag		uur
Zondag geen andere arts bereikbaar		HA beschikbaar
weekend, waarschijnlijk gebroken moeten foto's genomen worden	meer fasciliteiten	uur
zondag, HA niet te bereiken		HA niet beschikbaar
röntgenfoto's te kunnen maken	meer fasciliteiten	
Advies HA	na advies arts	
Gespecialiseerd hulp (radiografie)	meer fasciliteiten	
Bij verwonding te ernstig zou zijn en waar van ik denk dat verzorging direct nodig is, en als geruststelling	snel	
snelstgeholpen	snel	
HA had dit aangeraden indien pijn/klacht niet zou beteren. Mogelijkheid tot RX. Aangestuurd door collega's (verpleegkundigen)	meer fasciliteiten	
pijn, geen voorschrift	incident	
Huisdokter stuurt mij, zowiezo naar ziekenhuis voor xr	meer fasciliteiten	falen interventie HA
Iets efficients	efficiënt	
Het is weekend en dokter heeft geen bezoeker en het is mogelijk dat er iets stuk is in mijn knie	incident	HA niet beschikbaar
Men kan direct foto's laten maken	meer fasciliteiten	
Dringende gevallen	acute klacht	
Je wordt er vrij snel geholpen	snel	
Geen dokter van wacht		HA niet beschikbaar
Pijn bij stappen	incident	
Breuk? Week-end	incident	uur
Weekend rechtstreeks bij scans en platen daar den docter da niet kan	meer fasciliteiten	uur
Innerlijke van voet, dokter heeft hiervoor de middelen	incident	minder fasciliteiten
Zekerheid	ongerust	
Enorme pijn en het duurt al 2 weken, gevolg na operatie	incident	
Vermoedelijk hecting lip	incident	
Bloeding neus welke niet te stoppen was	incident	
Medisch verleden		dossier in zkh
Snel hulp voor onverwachte omstandigheden	snel	
Vrijdagavond 11h30		uur
HA kan niet exacte diagnose stellen van mijn pijn, echo of dergelijke nodig	meer fasciliteiten	falen interventie HA
Weekend op de moment niet ter plekke kunnen bij HA		HA niet beschikbaar
Omdat het weekend is en er een vermoeden is van een ernstiger probleem	incident	uur
Open wonde in vinger dient gehecht	incident	
Na bezoeken HA. Snijwonde blijft bloeden, op spoed word je hopelijk snel geholpen	snel	HA niet beschikbaar
Is voor spoed (naaien)	incident	
ongevallen, noodgevallen	incident	
Blijvende pijn van de pols	incident	
Om radiografie te nemen? Gevallen HA niet te bereiken	meer fasciliteiten	HA niet beschikbaar
Ongerustheid buiten zittijd HA	ongerust	HA niet beschikbaar
Direct geholpen worden	snel	
Hartproblemen	incident	
Terug uit vakantie Egypte(zondag)		uur
Vermoeden breuk. HAenwachtpost kunnen geen RX nemen	incident	minder fasciliteiten
Pijn verergert met de dag vooral 's nachts en inrust. Ik	incident	

weet niet of ik nog mag bewegen of moet rusten		
Wegens immunitetsproblemen en bloedplaatjesstoornis	incident	
noodzaak	incident	
weekend, snelle behandeling Reeds bij HA geweest en had geen doeltreffende behandeling. Onuithoudbare pijn die niet over gaat	incident	falen interventie HA
2 dagen ontslagen met verblijfsonde. Nu klachten	incident	
Snelle hulp voor noodgevallen	snel	
Snellere procedure - deskundigheid - ernst van de klacht	snel	
Acute ooginfectie + lange tijdsduur oogarts	incident	wachttijd
Onmiddellijke hulp	snel	
Doorverwijzing van HA	na advies arts	
Omdat ze hier foto's trekken	meer faciliteiten	
Het is nacht, HA te weinig middelen (toestellen) om acuut iets te checken		minder faciliteiten
Hier word ik snel geholpen	snel	
De kans was groot dat er een foto moest genomen worden, het ongeval is ook op het werk gebeurd	meer faciliteiten	
Uitgebreide uitrusting aan apparatuur	meer faciliteiten	
Te veel pijn	incident	

## Bronvermelding

- Abraham, C., Norman, P., & Conner, M. (2013). *Understanding and Changing Health Behaviour: From Health Beliefs to Self-Regulation*. Psychology Press.
- Bolman, C. A. W. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Bonemeyer, A., Smet, F., Ennekens, T., Decoster, T., Moni, D., Dagnelie, P., ... Naeyaert, S. (2013). Strategieën ter optimalisatie van het zorgproces op de spoedgevallenafdeling van het AZ Monica Campus Deurne: Wat zegt de literatuur? *Spoedgevallen*, 32(2), 6–15.
- Brug, J., Van Assema, & Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering* (5de ed.). Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos De Saúde Pública*, 25(1), 7–28.
- Charante, E. P. M. van, Riet, G. ter, & Bindels, P. (2008). Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics. *Patient Education and Counseling*, 70(2), 256–265.  
<http://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.012>
- Chen, E., & Miller, G. E. (2013). Socioeconomic Status and Health: Mediating and Moderating Factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 723–749.  
<http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185634>
- Claesens, T. (2006). *GVO en communicatie in de gezondheidszorg* (2de ed.). Garant.
- De noodcentrale: een unieke blik achter de schermen van de 100 en 101. (2016, februari 11). Geraadpleegd 26 april 2016, van <http://communicatie.een.be/de-noodcentrale-een-unique-blik-achter-de-schermen-van-de-100-en-101#>
- de Valk, J., Taal, E. M., Nijhoff, M. S., Harms, M. H., Lieshout, E. M., Patka, P., & Rood, P. P. (2014). Self-referred patients at the Emergency Department: patient characteristics, motivations, and willingness to make a copayment. *International Journal of Emergency Medicine*, 7(1). <http://doi.org/10.1186/s12245-014-0030-7>
- Dijcks, B., Joeris, S., & Van Engelen, E. (2012, april). General Self-efficacy Scale (GSE Scale), uitgebreide toelichting van het meetinstrument. Geraadpleegd van [http://www.meetinstrumentenzorg.nl/portals/0/bestanden/211\\_1\\_n.pdf](http://www.meetinstrumentenzorg.nl/portals/0/bestanden/211_1_n.pdf)
- Diserens, L., Egli, L., Fustinoni, S., Santos-Eggimann, B., Staeger, P., & Hugli, O. (2015). Emergency department visits for non-life-threatening conditions: evolution over 13 years in a Swiss urban teaching hospital. *Swiss Medical Weekly*.  
<http://doi.org/10.4414/smw.2015.14123>
- Domus Medica - Symposium geeft aftrap project 1733 Leuven-Tienen. (2016, maart 31). Geraadpleegd 2 mei 2016, van <http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/congresverslagen/6507-symposium-geeft-aftrap-project-1733-leuven-tienen.html>
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2015, juli 7). Wet Rechten van Patiënt. Geraadpleegd 8 februari 2016, van <http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/BillRightsPatient/index.htm#.Vrhcd-bpW24>
- Geurden, B., & van Hemel, L. (2012). *De verpleegkundige als organisator van zorg*. Garant.
- Henson, L. A., Gao, W., Higginson, I. J., Smith, M., Davies, J. M., Ellis-Smith, C., & Davieson, B. A. (2015). Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 33(4), 370–376. <http://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.3568>

- Hogeschool Zuyd. (z.d.). Meetinstrumenten in de zorg. Geraadpleegd 31 maart 2016, van <http://meetinstrumentenzorg.nl/>
- ISCED: International Standard Classification of Education. (2014). Geraadpleegd 18 maart 2016, van <http://www.uis.unesco.org/Education/Pages/international-standard-classification-of-education.aspx>
- John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (2008). *Handbook of Personality, Third Edition: Theory and Research*. Guilford Press.
- Klandermans, B., & Seydel, E. (Red.). (1996). *Overtuigen en activeren* (4e ed.). Uitgeverij Van Gorcum.
- Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., van Leeuwen, H., & Edwards, M. (2015). Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first—a questionnaire study. *International Journal of Emergency Medicine*, 8. <http://doi.org/10.1186/s12245-015-0096-x>
- Kvarme, L. G., Haraldstad, K., Helseth, S., Sørnum, R., & Natvig, G. K. (2009, september 23). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. Geraadpleegd 2 maart 2016, van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757020/>
- Liggins, K. (1993). Inappropriate attendance at accident and emergency departments: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 18(7), 1141–1145. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18071141.x>
- Lippens, A. (2011). Zorggebruik tijdens de wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost /.
- Malle. (2016, februari 22). In *Wikipedia*. Geraadpleegd van <https://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Malle&oldid=46081734>
- Morrison, V., & Bennett, P. (2006). *An Introduction to Health Psychology*. Pearson Education.
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2009). *Gezondheidsvoorlichting en ziektepreventie*. (M. Adriaansen, Vert.) (5de ed.). Pearson Education.
- Oktay, C., Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M., & Gunerli, A. (2003). Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croatian Medical Journal*, 44(5), 585–591.
- Padgett, D. K., & Brodsky, B. (1992). Psychological factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science and Medicine*, 35(9), 1189–1197.
- Philips, H., Mahr, D., Remmen, R., Weverbergh, M., Graeve, D. D., & Royen, P. V. (2010). Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), e3–e3. <http://doi.org/10.1136/qshc.2007.024299>
- Philips, H., Remmen, R., De Paepe, P., Buylaert, W., & Van Royen, P. (2010). Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Family Practice*, 11(1), 88. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-11-88>
- Schwarzer, R. (2012, februari 14). General Self-Efficacy Scale (GSE). Geraadpleegd 17 maart 2016, van <http://userpage.fu-berlin.de/%7Ehealth/selfscal.htm>
- Schwarzer, R. (2014, mei 30). Documentation of the General Self-Efficacy Scale. Geraadpleegd van [http://userpage.fu-berlin.de/%7Ehealth/faq\\_gse.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/%7Ehealth/faq_gse.pdf)



- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1999, december 13). Self-Efficacy and Health Behaviours. Geraadpleegd 1 maart 2016, van <http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>
- Sharp, A. L., Chang, T., Cobb, E., Gossa, W., Rowe, Z., Kohatsu, L., & Heisler, M. (2014). Exploring Real-time Patient Decision-making for Acute Care: A Pilot Study. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(6), 675–681. <http://doi.org/10.5811/westjem.2014.5.20410>
- “Spoed en huisarts best op één locatie” | VTM NIEUWS. (2016, maart 29). Geraadpleegd van <http://nieuws.vtm.be/binnenland/184661-spoed-en-huisarts-best-op-een-locatie>
- Statistics Belgium. (2010). Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: indicatoren per gewest. Geraadpleegd 31 maart 2016, van <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/indicatoren/>
- Steekproefcalculator. (2015, september 26). Geraadpleegd 16 maart 2016, van <http://www.steekproefcalculator.com/steekproefcalculator.htm>
- Stordeur, S., Keppens, K., & D’hoore, W. (2006, maart). Aantrekkingskracht, behoud en betrokkenheid van verpleegkundigen en kwaliteit van zorg. Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Geraadpleegd van <http://www.patientrights.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/18094849.pdf>
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *The American journal of managed care*, 19(1), 47–59.
- van der Bijl, J. J., & Shortridge-Baggett, L. M. (2001). The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15(3), 189–207.
- van der Linden, M. C., Lindeboom, R., van der Linden, N., van den Brand, C. L., Lam, R. C., Lucas, C., ... Goslings, J. C. (2014). Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. *International Journal of Emergency Medicine*, 7, 28. <http://doi.org/10.1186/s12245-014-0028-1>
- Van der Mauten, F., Martens, L., Fornaciari, D., & Van der Elst, C. (2011). *Gezondheidszorg in een notendop*. (S. Callens, Red.) (2de ed.). Brugge: die Keure.
- Van Vugt, P. J. H. (2007). *Beslissen is menselijk*. Eburon Uitgeverij B.V.
- Young, G. P., Wagner, M. B., Kellermann, A. L., Ellis, J., & Bouley, D. (1996). Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED Study Group. *JAMA*, 276(6), 460–465.