

Bruxelles , le 25 janvier 2017

A l'attention du Directeur Général, Mr. Decoster,

A l'attention de Mme. Liesbeth Dedroog

A l'attention du Dr Reper, Dr Perissino et Dr Haelterman,

Concerne : Rapport d'activités du Collège des Médecins d'Urgence pour la fonction «soins urgents spécialisés», année 2016.

Notre Collège a vécu une année pleine d'actions et a pu assumer les tâches et mener les missions qui font partie de son fonctionnement et de son développement.

En effet, malgré le contexte financier très restreint, notre Collège a pu lancer et avancer, avec un respect strict aux calendriers pré-établis, dans tous les projets annoncés au début de l'année.

Au vu, d'une part, des difficultés et du manque d'outils nécessaires à son fonctionnement et, d'autre part, en s'inspirant des expériences des autres Collèges de Médecins, tels que celui du Collège de médecine intensive de Belgique, notre Collège a trouvé des sources d'éclaircissements et des modèles de fonctionnement inspirant son action.

Cette collaboration continue notamment avec le Collège des soins intensifs ce qui s'avère être une collaboration très constructive avec des projets communs.

D'autre part, ces contacts nous ont également montré à quel point une mailing-list était importante pour le fonctionnement du collège.

En effet, le constat cette année 2016 est, d'une part, que le Collège avait besoin d'un support logistique pour le soutien des études et, d'autre part, force est de constater qu'en l'absence d'une mailing-list actualisée le Collège perdait beaucoup d'énergie et d'efficacité dans l'accomplissement de ses missions.

En effet, la spécialité étant neuve, il n'existe pas de cadastre des urgentistes et autres médecins travaillant aux urgences. Le collège a cherché par tous les moyens de mettre fin à cette situation et se donner un outil que s'avérait déterminant pour son fonctionnement.

En effet, une première tâche de recueil des mails des acteurs de la médecine d'urgence a été faite afin de pouvoir mener à bien ses missions, nous permettant de lancer nos études de façon indépendante sans devoir faire appel à la bonne volonté,

au temps et à l'énergie des autres entités médicales.

Finalement, on constate également que le budget alloué à son fonctionnement reste largement insuffisant afin de pouvoir prétendre fonctionner à l'hauteur de l'étendue des missions qui lui sont propres: vu les chiffres disponibles pour son fonctionnement, ainsi plus de la moitié du budget est utilisé pour les frais de secrétariat et de présence des membres ce qui ne laisse pas une marge bien importante pour les études et projets.

PROJETS REALISES PENDANT L'ANNEE 2016

1.- Projet Avis au KCE concernant l'organisation et le financement des urgences en Belgique

Il s'agit d'une invitation provenant du KCE afin que le Collège donne son avis consultatif concernant des pistes de révision de l'organisation et du financement des urgences en Belgique.

Nous avons assisté aux réunions de présentation du projet le 26 janvier 2016 et, également, étudié la littérature à ce propos (dont le document est en annexe) et nous avons préparé et donné notre avis sur une trentaine des points exposés qui mettait la médecine d'urgence au centre de la qualité.

Vous trouverez le document en question en annexe1

2.- Etude USI avec le Collège de soins intensifs.

Groupe de travail composé du Dr. Adeline Higuet et Dr. Luc Huyghens.

Ce projet analyse la « précharge » d'admissions aux soins intensifs du patient stabilisé aux urgences.

En concret, le projet est construit et élaboré en 2016 et l'enquête aura lieu pendant le mois de février 2017.

Comme nous pouvons constater, de nombreux sujets sont à la frontière de nos deux spécialités. Et, en effet, ce travail traduit concrètement la ferme volonté de deux collèges d'établir une réelle collaboration scientifique.

En annexe 2, vous trouverez les documents concernant le projet en question.

3.- Projet KPI

Groupe de travail composé des docteurs Barbara Vantroyen, Bart Lesaffre et Thierry Schissler.

L'objectif est de suivre deux critères de qualité annuellement.

De plus de 350 critères de qualité, nos experts ont établi une *short-list* de 50 indicateurs.

Le projet **KPI1**, concernant la gestion de la douleur aux urgences a déjà été réalisé et les résultats sont contenus dans les documents en annexe 3.

4.- Projet Fin de carrière des urgentistes

Groupe de travail : Dr. Adeline Higuet, Dr. Vanessa Wauters.

Tel qu'annoncé, le projet a été réalisé pendant l'année 2016 et il a eu une grande réception de la part des urgentistes du pays.

Vous trouverez en annexe 4 les résultats de ce projet.

5.- Etude Stroke:

Groupe de travail composé de médecins urgentistes et de neurologues, mené par le professeur Saïd Idrissi.

L'Arrêté Royal sur la prise en charge qualitative du Stroke étant déjà publié dans le Moniteur Belge, les hôpitaux sont amenés à y participer à la demande du Collège qualité. Cette étude permettra l'établissement d'un Bench-marking anonyme entre les hôpitaux et permettra à ceux-ci d'identifier leurs points sensibles pour améliorer la qualité de leur prise en charge.

6.- Etude Satisfaction:

Groupe de travail composé des Dr. C. Depuydt et Prof. Idrissi

Le but est d'objectiver le burn-out des urgentistes.

Le questionnaire concernant l'enquête («satisfaction survey») a été envoyé à tous les médecins urgentistes du pays avec plusieurs rappels.

La collecte des données est en cours et les résultats seront transmis en 2017.

7.- Cadastre

Le projet consistait à faire un cadastre des urgentistes dans tous les hôpitaux du pays afin d'établir une mailing-list complète de cette spécialité.

Nous constatons également qu'il est primordial d'élaborer cette liste et de réactualiser constamment au vu de la grande mobilité du personnel médical des services d'urgence.

Le projet a été réalisé et à l'heure actuelle nous disposons d'un cadastre de plus de 700 médecins travaillant en urgences et de près de 300 infirmiers.

Cette liste trouvera sa place sur le site internet du Collège avec un code d'accès pour les membres du Collège.

8.- Site Internet

Comme tout Collège professionnel nous avons besoin d'un support IT pour nous aider dans nos études et pour gérer le cadastre des médecins et la mailing-list actualisés.

Pour l'instant nous avons réussi à mettre en place un projet de site internet de base, malgré les faibles moyens octroyés à cet effet. Mais malgré cet handicap nous pouvons maintenant commencer à gérer notre cadastre via notre site.

9.- Action de sensibilisation

Actions pour sensibiliser les urgentistes à l'importance de quantifier la qualité par nos études dans un but de comparaison entre hôpitaux anonyme (bench-mark anonyme) ayant comme but majeur pour chaque structure de se situer par rapport aux autres et de s'améliorer par rapport à elle-même.

Ainsi le Dr. Schissler et le Dr. Lesaffre ont notamment adressé à tous les urgentistes un power-point de vulgarisation sur les KPI, leur définition et leur utilité. (en annexe..)

Un coin corner a également vu le jour lors du congrès de la Besedim, ce 14 janvier 2017, pour exposer les projets futurs d'études en général et, aussi, ceux pilotés par le collège.

Diverses actions visent aussi à stimuler les équipes pour augmenter le niveau de réponses aux études.

PROJETS EN COURS.

a) Projet KPI2 : Existence ou non d'un protocole douleur

Groupe de travail composé des docteurs Barbara Vantroyen, Bart Lesaffre et Thierry Schissler.

Ce projet concerne l'existence et utilisation des protocoles douleur dans les services d'urgence du pays.

Voir les documents de description du projet et autres en annexe 5.

b) KPI3 : Sepsis

Groupe de travail composé des docteurs Barbara Vantroyen, Bart Lesaffre et Thierry Schissler.

Le projet est en cours de définition et sera lancé en 2017.

Voir les documents de description du projet et autres en annexe 6.

c) Etude Triage

Groupe de travail composé par le Dr. Stroobant et Dr. Philippe Meert

Photo de l'implémentation des systèmes de triage dans les services d'urgences belges, analyse de l'existence du triage et appréciation de ses acteurs.

L'étude tente via ce questionnaire de récolter les avis d'experts qui, quoique subjectives, ont une valeur dans la littérature.

Le questionnaire est prêt et sera envoyé fin janvier 2017.

d) Projet USI-Urgences

Groupe de travail composé du Dr. Adeline Higuet et Dr. Luc Huyghens.

Ce projet analyse la « précharge » d'admissions aux soins intensifs du patient stabilisé aux urgences.

L'étude se déroulera du 1 au 28 février 2017.

RAPPORT FINANCIER 2016

Le rapport complet et détaillé sera transmis au ministère par la Responsable du service comptabilité de l'hôpital Sint Maria Halle, Mme. Vicky Besbrugge.

ANNEXE 1

**Projet Avis au KCE concernant l'organisation et le
financement des urgences en Belgique**

Remarques et position du collège Qualité par rapport aux informations reçues (slides) lors de la réunion au KCE le 26 janvier 2016 relative à une proposition ou piste de révision de l'organisation et du financement des soins d'urgence.

D'un point de vue scientifique: il est difficile de comprendre la question posée de cet exposé:
Que se pose-t-on comme question? Que cherche t'on à prouver?
Qu'il faille faire des économies, on le comprend. Mais, après...?
Que compare t'on? Et en fonction de quelle littérature scientifique?
Quelles sont les conclusions?

Les conclusions, répondent-ils à la question posée?

D'autre part, les termes évoqués sont vaguement définis, voire, pas du tout. Les termes comparés ne sont pas comparables. D'ailleurs, on a vu que des chiffres sont exposés sans nous communiquer les références exactes à une littérature scientifique et objective (en faisant les mêmes recherches, nous trouvons d'autres conclusions, d'autres chiffres que ceux exposés...).

Il nous semble qu'il y a clairement un problème de méthodologie qui nous empêche de donner des commentaires plus approfondies aux informations reçues via un exposé powerpoint.

Egalement, le temps très réduit pour donner un avis sur l'exposée en question, empêche tout effort pour donner nos remarques de façon plus documentée.

Dans ces circonstances il est, donc, difficile sinon impossible de donner une vision finie et cohérente vu le caractère approximatif de certains concepts et sans avoir accès à l'étude en elle-même, aux sources et aux références scientifiques, mais juste sur base des slides aux chiffres ainsi "affirmés" ce qui nous laissent *in fine* la sensation d'avoir plus de questions que de réponses.

Organisation et financement des soins d'urgence?

Qu'est-ce qu'on comprend par "soins d'urgence"...? Comme on défini ce concept...?
Pourtant, ce sont des notions clés sur base desquelles les propositions de révision de l'organisation seront faites.

De même, qu'est-ce qu'on comprend par soins non urgents? Et par TRIAGE?

Nous observons qu'il y a une confusion et/ou une imprécision des termes que, pourtant et au préalable, devraient être clairement définis afin qu'ils soient compris pour toutes les parties prenantes de la même façon, vu que ce sont les termes sur lesquels on est censé travailler. A savoir:

Soins "urgents" reconnus par tous (danger de vie/mort)

Soins nécessitant sans discussion la prise en charge qualifiées d'urgentiste (souvent via les samu, voire les PIT)

Soins moyennement urgents nécessitant une technicité supplémentaire (labo, radio..) pour statuer sur le côté grave ou pas, urgent (à traiter de suite) ou qui peut être référé.

La décision de renvoyer un patient à la maison (traduite, ensuite, comme "*ambulatoire*" dans le slide exposé) n'est -jusqu'à preuve du contraire et sauf rares exceptions- jamais définie à 100% comme ambulatoire, au départ.

Et sur ce point il existe un raccourci naïf de penser que les 68% des patients venus spontanément aux urgences et qui sont rentrés chez eux, auraient pu aussi, sur simple examen clinique au poste de garde de médecine générale, rentrer chez eux: il faut une étude qui delimite ce point-là, autrement on extrapole des chiffres et on essaie de croire que les 70% des patients ambulatoires pourraient être ambulatoires **sans** passer, même en référé, au service d'urgence.

Il n'est pas rare de voir la même salle d'attente du poste de garde devenir celle des urgences quelques heures plus tard (et quelques euros plus tard), car il faut, soit un avis expérimenté soit des examens complémentaires.

Soins "urgents" pour le patient nécessitant, au vu de son angoisse à lui, une prise en charge rapide en ne pouvant pas attendre.

Restent, alors, les soins non urgents non programmés pour lequel, soit et dans de très faibles cas (mal aux dents, mal à la gorge, par exemple, et encore..) **quelqu'un** (qui? et avec quelle formation? et à quel coût supplémentaire?) pourra affirmer que ce patient ne doit pas se rendre aux urgences mais dans une structure de garde de médecine générale.

Quelle responsabilité sans examen clinique? Qui peut avoir l'audace (irresponsabilité...?) de définir à la place du médecin expérimenté au triage, sans examen clinique et sans anamnèse complète, **ce que sont des soins non urgents?**

D'autre part, on a l'impression qu'il y a une confusion dans les diapositives car on compare **des offres de soins qui ne sont pas comparables**.

Pour toutes ces questions, il est très intéressant tenir compte de l'étude "*Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands*", Sybilla van Gils-van Rooij, Yzermans, Broekmans, Meijboom, Welling, de Bakker, Journal of The American Board of Family Medicine, Novembre 2015, pp 807-815.

En effet, l'étude en question compare deux systèmes :

- D'un côté, le système séparé "*usual care setting*" dans lequel le médecin généraliste (GP) et le médecin urgentiste (ED) travaillent de façon séparée (GP seul, GP + renvoi au ED, ou ED directement) ;

- et, de l'autre côté, un système de collaboration intégré appelé *UCC (Urgent Care Collaboration)*, dans lequel le GP et le ED collaborent en gardant une certaine autonomie mais avec un même triage (système de triage Manchester) qui décide, ensuite, si le patient va chez le GP ou le ED (2 départements différents au sein des urgences)

Il ne faut pas oublier qu'il existe aussi, comme évoqué par Bosmans (réf 7) et Ward (réf.8), la possibilité du généraliste totalement intégré au service d'urgence, mais on ne l'étudie pas en profondeur dans cet article. Cela pourrait être intéressant d'explorer cette troisième voie : économique, mais selon Westert (réf.9) le comportement du généraliste changerait au

contact de l'urgentiste. Cette troisième possibilité n'étant pas étudiée ici, je reprendrai le sujet de l'étude qui vise à comparer un système "libre" d'un système plus dirigé avec un triage commun et une collaboration GP/ED au sein de l'hôpital mais en autonomie.

Dans le « *usual care setting* », système dans lequel les deux parties travaillent de façon géographiquement séparée (mais à une distance de < 5km), il existe un triage tenu par un assistant médical qui trie suivant le système de triage néerlandais (14). Le modèle intégré (UCC), lui, utilise un triage suivant le système Manchester réalisé par un infirmier.

Ces deux modèles semblent bien fonctionner. Cela dit, il est bien précisé que l'on manque de données pour conclure une efficacité et une qualité de ces systèmes.

Donc, dans l'optique d'une simplification de la voie d'entrée et, surtout, dans un but d'économie d'échelle, axée en grande partie sur les coûts structurels et de personnels, on pourrait considérer, effectivement, que le modèle UCC présente des aspects positifs.

On ne parle pas ici d'une full-intégration des généralistes au sein même du service des urgences évoquées au début, qui l'on pourrait considérer aussi –pourquoi pas– comme une alternative.

Cette collaboration accrue entre GP et ED, outre l'économie du bâtiment, du personnel, de chauffage, etc., pourrait aussi faire une économie d'un pré-triage, type 1733.

Sur le fond, néanmoins, la différence en termes de patients finalement référés au GP (et pas vus par un urgentiste) est, donc, de 6%. **6% seulement.** Dès lors, on soulignera qu'entre un système libre et un système de tri commun obligé, ce ne sont que 6% de malades qui auraient choisi une porte trop qualifiée (on suppose aussi car aucune donnée sur le *outcome* qualitatif de ce modèle).

Argument majeur pour stopper cet adage sans cesse répété qu'il y a abus du service d'urgence, que de 20 à 68% des patients se présentant aux urgences n'auraient pas dû y être. Eh bien : si!.

Hormis 6% de la population ayant recours à un médecin en *out-of-hours*, seuls 6% d'entre eux sont redirigé vers le généraliste de l'UCC.

Les auteurs de l'article s'étonnent eux-mêmes de ce résultat et évoquent une absence de backflow, une grande hétérogénéité d'arrangement *out-of-hours* en fonction des régions et des pays (idem chez nous, peu de reproductibilité des modes de fonctionnement des postes de garde et la grande subjectivité sensible du triage (sous ou overtriage)).

Ce sont des beaux modèles pour gérer le *flow-in* selon une porte de triage donnée et intensifier la collaboration entre GP et ED, mais il faudra démontrer par des études outre la diminution probable de coûts (d'exploitation) si la qualité des soins quant à elle est préservée. Donc, l'étude nous montre bien que, tel que nous le soulignons depuis des années, effectivement les patients ne se trompent pratiquement pas à l'heure de choisir où ils doivent aller.

La preuve : 94% des soins sont tout à fait appropriés. Car il n'y a que 6% des soins inappropriés !

Ainsi, le recours à l'urgentiste ne constitue pas du tout une surconsommation. Mise en évidence de toute la problématique, sensibilité et responsabilité du triage (personne /qualification dépendante)

Que si elle n'est pas réalisée par un médecin qui assume ses actes, la personne qui fait le triage aura tendance à «*over-trier*», afin de se protéger (et on la comprendrait) et, aussi, suivant l'adage *qui peut le plus peut le moins*.

Dès lors, on peut considérer que ce modèle, en effet, peut apporter une économie de structures, via un partage des moyens, de bâtiment, de logistique et de personnel, par exemple, plutôt qu'une économie d'échelonnement médical qui ne semble pas apporter une grande différence en termes de consultation GP ou ED.

Ensuite, comme indiqué dans le slide 19, une “*telle réforme exigera une information claire aux citoyens sur le rôle et la disponibilité des généralistes et des services d'urgences*”.

De toute évidence on est bien loin de cette affirmation. En effet, comment donner à la population un message clair si déjà entre nous on ne s'y retrouve pas?

On soulignera aussi la réaction appuyée des généralistes en séance pour **ne pas** prendre en charge des pathologies relevant de l'urgence et, d'autre part, se trouvent très mal payés pour une nuit, alors que leur journée continue demain.

Pourquoi, sincèrement, apporter des offres médicales supplémentaires qui ne réduisent en rien les coûts (cf, la littérature), alors que la garde de l'hôpital a toujours été d'accord d'être là, à toute heure du jour et de la nuit, et pour toutes les éventualités.

Voici d'autres remarques plus limitées au contenu de slides reçus:

Dia2: augmentation des coûts des urgences: 4,6%/an: cf la littérature mondiale: vieillissement, augmentation des coûts.

Difficile, pour la même qualité, de rester dans l'enveloppe fermée, alors que tout un chacun sait que le vieillissement et l'augmentation de la population amène des surcoûts.

L'organisation actuelle fournit-elle une réponse efficace à la demande croissante: la porte des urgences reste la solution la moins chère pour régler toutes les demandes et toute rajoute d'intermédiaire devant cette porte ne font qu'augmenter les coûts sans les réduire.

Dia 5: SCOPE de l'étude:

FOCUS relation généraliste-urgentiste la nuit et le week-end: si toute l'étude ne se concentre que sur cette partie là , il s'agit d'un pourcentage anodin et faible par rapport à l'ensemble de la population passant par les urgences. Et si ces pathologies relèvent néanmoins de l'urgence, il n'est pas rare de déplacer... avec retard dans le temps et, donc, doublement des honoraires et un surcoût d'un tarif de nuit qui aurait pu être évité par la double consultation(il faudra des études pour le prouver activement, mais la pratique actuelle le démontre déjà).

Je vous renvoie pour les chiffres à l'étude hollandaise “*Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands*”, Sybilla van Gils-van Rooij, Yzermans, Broekmans, Meijboom, Welling, de Bakker, Journal of The American Board of Family Medicine, Novembre 2015, pp 807-815.

Dia 9. Qu'il ait trop de services d'urgence, en tout cas la nuit?

Densité : en relation avec la population qu'y séjourne: profil citadin, centre ville: population urbaine, jeune, pauvre et nocturne, population âgée dans certaines régions en quid de la langue, pour certains arrondissements.

Dia 10: Profil d'activité des urgences: 68% viennent de leur propre initiatives et sont jeunes: les plus âgés très vite sont amenés en ambulance.(plus pour une question de mobilité que de gravité). Les études montrent que l'on ne changera pas le comportement humain.

Dia 13: postes de garde—couverture non homogène et fonctionnement interne non homogène difficile dès lors de comparer et d'imposer des règles nationales:les objectifs de ces poste de garde: améliorer les conditions de généralistes (prouvé?), diminuer les coûts des urgences (les études montrent le contraire. Il faut éviter l'apparition d'une nouvelle offre intermédiaire: les gardistes généralistes?). Activité minime la nuit.

Dia 16. Tous les patients aux urgences ne sont pas des cas urgents: quid chiffres, études qui peut décider de ce qui est urgent et de ce qui ne l'est pas?

Dia 17: Rationalisation de l'offre des services d'urgences et des poste de garde ..offre de qualité ' sur quels facteurs de qualité? ..demande de soins aigus non planifiés:: Cf la définition des rôles de l'urgentiste cf le conclave: les soins aigus non planifiés sont du ressort des urgentistes car ils sont aigus. On ne peut comparer les deux systèmes de prise en charge: l'aigu planifié ou non planifié (acr souvent l'aigu est non planifié) relève de la compétence de l' urgentiste et on en peut rationaliser en comparant deux services totalement différents. Après qu'il faille 1 rationaliser les services d'urgence entre eux, d'une part, oui et, d'autre part, optimaliser la collaboration MG/urgences pour le faible pourcentage de population commune et pour la période de nuit, nous semble une bonne piste.

D18: modèle intégré des soins non planifiables avec les MG pour utiliser de manière efficace les soins existants: ce sont deux offres différentes, l'urgentiste peut faire face à tout, l'autre non : on ne peut donc substituer l'un à l'autre ou sinon dans un seul sens seulement .

Dia 19: information claire aux citoyens sur le rôle et la disponibilités des services des généralistes et des urgences: difficile de donner un message clair au vu de la difficulté de définir, déjà entre nous, les concepts, sans compter la grande variété.

Dia 20

1733 Quelques questions nous viennent à l'esprit: quelle responsabilité? Et quel coût? Pour gagner quoi?

D30 2 structures financières compréhensibles avec un faveur pour le 2 afin d'éviter une politique de recrutement et d'incitants à venir aux urgences pour augmenter les marches. Pourquoi 80% pour la structure et pas plus en faveur de l'activité même ? **Toujours dans un souci de qualité.**

Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands

Elisabeth Sybilla Johanna van Gils-van Rooij, MSc, Christoffel Joris Yzermans, PhD, Sjoerd Michael Broekman, MSc, Berthold Rudy Meijboom, PhD, Gerben Paul Welling, MHA, and Dingenuis Herman de Bakker, PhD

Objective: In the Netherlands, general practitioners (GPs) and emergency departments (EDs) collaborate increasingly in what is called an Urgent Care Collaboration (UCC). In UCCs, GPs and EDs share 1 combined entrance and joint triage. The objective of this study was to determine if GPs treat a larger proportion of out-of-hours patients in the UCC system, and how this relates to patient characteristics.

Methods: This observational study compared patients treated within UCCs with patients treated in the usual care setting, that is, GPs and EDs operating separately. Data on the characteristics of the patients, their consultations, and their health problems were derived from electronic medical records. We performed χ^2 tests, independent sample *t* tests, and multiple logistic regression analyses.

Results: A significantly higher proportion of patients attended their on-call GP within the UCC system. The proportion of ED patients was 22% smaller in UCCs compared to the usual care setting. Controlled for patient and health problem characteristics the difference remained statistically significant ($OR=0.69$; CI 0.66–0.72) but there were substantial differences between regions. Especially patients with trauma were treated more by general practitioners. Controlled for case mix, patients in the largest UCC-region were 1.2 times more likely to attend a GP than the reference group.

Conclusion: When GPs and EDs collaborate, GPs take a substantially higher proportion of all out-of-hours patients. (J Am Board Fam Med 2015;28:807–815.)

Keywords: Efficiency, Emergency Medicine, Health Care Systems, Primary Health Care

Out-of-hours emergency care in the Netherlands is provided by ambulant emergency services, emergency psychiatric departments, emergency departments (EDs), and general practitioners (GPs). In this article we focus on the latter 2 items: EDs and

GPs. Emergency health care in the Netherlands is briefly described in the Box 1.

GPs take care of patients with urgent primary care needs. EDs are geared toward patients who urgently need specialized care or diagnostic tests. Ideally, both methods of care should complement each other. In daily practice, however, Dutch EDs have to deal with numerous patients who refer themselves. These amount to more than 40% of the total ED population.^{1,2} This seems appropriate from a patient's perspective, yet a large proportion of these demands could be managed by a GP or do not need urgent care at all. An international systematic review by Carret et al³ indicated that 20%

This article was externally peer reviewed.
Submitted 4 September 2014; revised 1 July 2015; accepted 7 July 2015.

From Scientific Center for Transformation in Care and Welfare (Tranzo), Tilburg University, Tilburg, the Netherlands (ESJvG-vR, BRM, DHdB); GP Cooperative Zuidoost Brabant, Eindhoven, the Netherlands (ESJvG-vR, GPW); and The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, the Netherlands (CJY, SMB, DHdB).

Funding: This research was financed by ZonMW, The Netherlands Organisation for Health Research and Development, The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), the Scientific Centre for Transformation in Care and Welfare (Tranzo, Tilburg University), and the GP Cooperative Zuidoost Brabant.

Conflict of interest: ESJvG-vR performed this research as a science practitioner at Tranzo, Tilburg University. ESJvG-vR and GPW are employed by one of the study subjects.

Corresponding author: Elisabeth Sybilla Johanna van Gils-van Rooij, MSc, Scientific Center for Transformation in Care and Welfare (Tranzo), Tilburg University, Postbus 90153, Tilburg 5037 AB, the Netherlands (E-mail: l.vanrooij@spoedpost.nu).

to 40% of all ED consultations were inappropriate. In a Dutch study by Yzermans et al,⁴ 21% of the ED contacts were labeled “inappropriate” by the emergency physician and 29% as “inappropriate but understandable.” In addition, Jaarsma-van Leeuwen et al¹ determined the incidence of inappropriate ED attenders as 60%. This places a burden on emergency health care: It causes inappropriate use of services, high costs, and overcrowding,^{5,6} leading to lengthening queues and possibly lower standards of care.

Innovations

A few organizational innovations have been introduced to try to break through this status quo. These accept the challenge of organizing emergency care more efficiently while at the same time preserving its accessibility. Such innovations all require more collaboration between GPs and EDs.

One of the innovations being introduced is GPs working within EDs. Previous studies show that this innovation leads to reduced rates of medical examinations, therapeutic interventions, and hospital follow-up. It also seems to be cost-effective.^{7,8} A possible disadvantage of this innovation is that GPs who work directly within an ED may adjust their own medical practice to fit in with common ED practices. Westert⁹ showed that specialists choose different lengths of stay when working in different hospitals, thereby demonstrating that setting affects behavior.

Another option is greater collaboration between GPs and EDs within what we call an “urgent care collaboration” (UCC). Here, GPs and EDs each have their own department, while sharing 1 combined entrance and joint triage. In UCCs, patients

are allocated to either the GP or the ED based on a system of triage. A possible advantage of this innovation is that, rather than GPs working within an ED, both parties preserve their own identity, philosophy, and specialism. GPs adhere to a philosophy with a greater focus on health promotion and a wait-and-see approach, whereas EDs are more medically focused and reliant on examinations and medical interventions. There is now a growing tendency toward implementing UCCs.^{10,11} This is intended to provide patients with the most suitable treatment and improve the efficiency of emergency care. Some evaluations and studies, though scarce, suggest that UCCs could improve efficiency in emergency care by encouraging a shift from EDs to GPs.^{12,13}

There is a compelling need for studies of the effect of UCCs since little specific research has been carried out on this subject and information is still neither complete nor conclusive. This is particularly true given the growing tendency toward the cooperation or integration of EDs and GPs and encouragement by the Dutch government.

Hypotheses and Research Questions

In this study we chose to compare, during out-of-hours care, settings in which EDs and GPs work separately (predominantly the usual practice) with settings in which they collaborate within UCCs. We focused on out-of-hours care because the organizational model is different during normal working hours compared with out-of-hours care (see the Box 1).

We hypothesized that UCCs promote a substitution, or switch, of patient care from EDs to GPs and that this substitution is selective. This causes

Box 1. Emergency care in the Netherlands.

Emergency care in the Netherlands is mainly provided by emergency departments (ED) and general practitioners (GP). During out-of-hours care, GPs mostly collaborate in GP co-operatives: large on-call rotations in which they take care of each other's patients. In order to have access to hospital care, including EDs, patients are obliged to have a referral from a GP or ambulant emergency service. However, in practice many patients attend the ED directly.

Attendance at a GP and GP co-operative is covered by obligatory health insurance. This is also the case with EDs. However, with EDs there is also an initial compulsory fee or deductible of at least €170 (at the moment of data collection).

GP co-operatives operate with one fixed budget, based on the catchment population, which is converted to a price per medical service (advice, consultation at care center, consultation at home). Hospital financing is based on Diagnostic-Treatment Combinations (DTCs). DTCs include the whole set of hospital services, classified according to medical specialty, type of care, demand for care, and diagnosis and treatment setting and nature. The price per medical service and DTCs is determined per urgent care provider after negotiation with health care insurers.

differences in the population characteristics of GPs and EDs in settings in which they work separately (ie, usual care) compared with UCCs. This study examined to what extent patients are treated more often by GPs in UCCs and how this relates to the characteristics of the patients, their consultations, and their health problems.

Methods

Study Design

An observational study was performed to compare settings in which GPs and EDs collaborate within UCCs with settings in which EDs and GPs work separately. We chose this type of study because the design does not require a random assignment of patients to an intervention or control group.

This study was conducted in 3 regions in which UCCs have been adopted and in 3 regions in which EDs and GPs work separately. All 6 regions are located in the southeastern part of the Netherlands.

Patients were sampled outside of normal working hours, that is, between 5:00 p.m. and 8:00 a.m. on working days and throughout the day on Saturdays, Sundays, and public holidays. Sampling was conducted between March and April 2011 and October and November 2011. These periods were determined a priori to rule out seasonal effects.

Settings: UCCs and Usual Care

The usual care group consisted of patients who attended a GP and/or an ED in the usual care setting in which both parties work separately but are located relatively close to each other (within 5 km). In this setting, patients may decide to contact a GP, by telephone if possible, resulting in medical advice about how the patient can take care of themselves. It may also lead to a consultation at the GP's practice or at the patient's home. If necessary, the GP refers patients to an ED. However, patients can also attend an ED directly. At GP practices participating in this study, triage is performed by a medical assistant (a health care professional who supports the work of a GP by performing routine tasks and procedures, triage, and patient scheduling) using the Netherlands Triage System,¹⁴ or Telephone Advice System. Within the EDs, triage is performed by nurses using the Manchester Triage System or the Emergency Severity Index. The latter two are the most frequently implemented 5-level triage systems in the Netherlands¹⁵ Triage

is used to assign a level of urgency (very urgent [U1] to less urgent [U5]).

The UCC group consisted of patients who attended a GP or ED in an UCC setting. The UCCs participating in this study were launched between December 2008 and March 2009. The UCCs share a location and have 1 telephone number, and patients check in at a single joint reception. Based on a system of triage, patients are allocated to either a GP or an ED and are assigned a level of urgency. Health problems presented by telephone are triaged by a trained medical assistant. Health problems presented on site are triaged by a trained nurse. In both cases, the Netherlands Triage System¹⁴ is used. Within the UCCs, patients cannot decide for themselves whether to contact a GP or ED because they share a location, use joint triage, and share a single entrance. After triage, GPs and EDs each have their own department. A patient's treatment is similar to that received within a usual care setting. The main difference is how the care is allocated: to either a GP or an ED.

The UCC and the usual care groups are situated in both rural as well as urban areas. Both regions have comparable numbers of inhabitants (538,000 vs 533,000).

Data

Data were obtained from electronic medical records for all patients who contacted a GP or ED during the sampling periods. For each telephone call or consultation, the relevant records were collected. Data included information about patient characteristics (sex, age); consultation characteristics (the medical service obtained, the moment of contact, region); and health problem characteristics (level of urgency and health problem). Cases that lacked ZIP code digits, patients age, patients sex, or data on the medical service obtained were excluded. In total, 5946 cases (4.6%) were excluded (see Figure 1).

The 6 regions included in this study were assigned the letters A to F; A to C were the usual care settings and D to F were UCCs. Age groups were based on different stages of life: preschool (0–4 years), school age (5–14 years), adolescence (15–24 years), adulthood (25–44 years), middle age (45–64 years), aged (64–74 years), and very old age (>74 years). The medical service obtained was subdivided into 4 categories: medical advice from a GP, consultation at a GP practice, consultation with a GP at home, and

treatment at an ED. The moment of contact corresponded to the moment of registration, which was either the time of the telephone call or check-in at the reception. The moment of contact was clustered into evening (Monday through Sunday, 5:00 to 11:00 p.m.), night (Monday through Sunday, 11:00 p.m. to 8:00 a.m.), and daytime (weekend or public holidays, 8:00 a.m. to 5:00 p.m.). The degree of urgency was one of the results obtained from the triage system and was obtained directly from the databases. It was reduced to 3 levels: very urgent (U1 and U2), medium urgency (U3), and less urgent (U4 and U5).

Health problems were registered using the International Classification of Primary Care (ICPC).¹⁶ GPs used ICPC coding to define health problems. However, they were able to skip ICPC coding and describe the health problem in a written note. In cases where the ICPC coding was missing (35.2% of all cases), trained medical students who had completed a Bachelor of Medicine degree encoded the health problem based on the aforementioned written note. EDs used diagnostic-treatment combinations (DTCs) to describe the health problem and treatment. A DTC consists of 4 aspects, including medical diagnosis. These diagnostic codes were converted to ICPC codes by a trained medical student. The ICPC codes were grouped in clusters arranged by the nature of the health problem rather than how the health problem relates to the patient's

body⁴: acute somatic, infections, trauma, chronic or long-lasting diseases, and "other." The cluster "trauma" comprised all health problems caused by physical harm from an external cause, varying from less severe to very severe.

Analysis

The variables were summarized separately for usual care and for UCCs using means and standard deviations for continuous variables. Numbers and percentages were used for categorical variables. A χ^2 test was used to test whether the proportion of patients treated by the ED in the usual care setting differed to a statistically significant degree from the proportion treated in the UCC setting.

χ^2 Tests were performed for categorical variables to test whether there was a difference in the number and characteristics of the patients who presented to GPs and EDs between usual care and the UCCs. The accompanying effect sizes (Cramer's V) were calculated. t Tests were used for continuous variables if the variables were normally distributed. If not, Mann-Whitney U tests were used. Logistic regression analysis was used to assess the association between setting or region and urgent care provider (GP or ED), controlled for case mix variables.

The data were analyzed using SPSS Statistics 20.0 (IBM, Chicago, IL). A 2-tailed P value $<.05$ was considered to be statistically significant. Effect

Figure 1. Study flow chart. ED, emergency department; GP, general practitioner; UCC, urgent care collaboration.

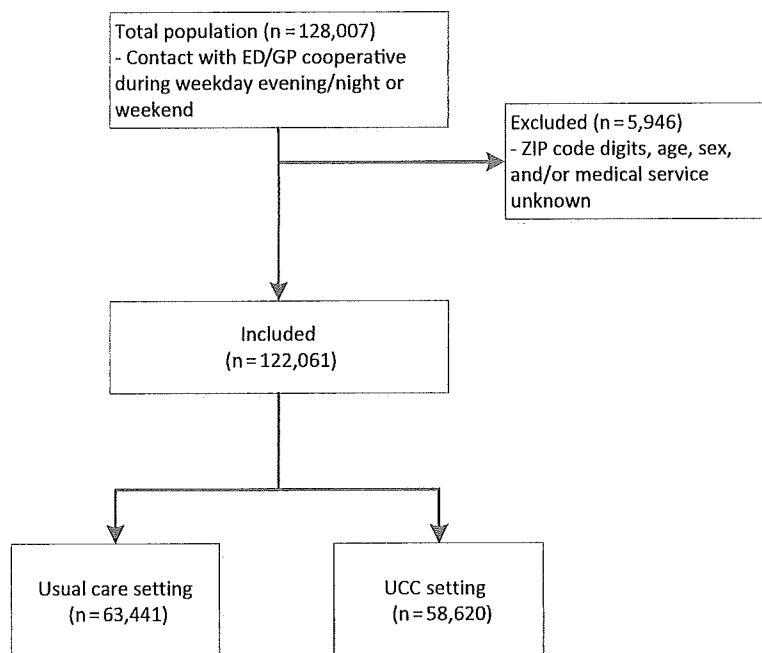


Table 1. Characteristics of Patients and Utilization Per Setting

	Total (n = 122,061)	Usual Care* (n = 63,441)	UCCs† (n = 58,620)
Sex			
Male	54.8 (48.1)	56.8 (48.2)	52.8 (48.0)
Female	59.1 (51.9)	61.1 (51.8)	57.1 (52.0)
Age, years (mean ± SD)‡	38.51 ± 26.98	38.76 ± 26.93	38.24 ± 27.03
Urgent care provider§			
GP	85.8 (75.3)	85.4 (72.4)	86.2 (78.4)
ED	28.2 (24.7)	32.5 (27.6)	23.8 (21.6)
Medical service‡			
Medical advice from GP	34.5 (30.3)	36.5 (31.0)	32.4 (29.5)
GP consultation at care centre	44.9 (39.4)	41.7 (35.3)	48.2 (43.8)
GP consultation at home	6.4 (5.6)	7.2 (6.1)	5.7 (5.1)
Treatment at ED	28.2 (24.7)	32.5 (27.6)	23.8 (21.6)

Data are the number of patients per 1000 residents (%) unless otherwise indicated.

*Includes 538,115 residents.

†Includes 533,000 residents.

‡There is a statistically significant ($P < .05$) difference between the usual care and urgent care collaboration (UCC) groups.

ED, emergency department; GP, general practitioner; SD, standard deviation.

sizes were interpreted as follows: small = 0.1, medium = 0.3, large = 0.5.

Results

Between March and April 2011, and October and November 2011, 128,007 patients contacted an ED or GP for out-of-hours care. Of these, 95% were included in this study (Figure 1).

Characteristics

The study population comprised 58,620 cases in the UCC group and 63,441 in the usual care group. Population characteristics are shown in Table 1. There were no relevant differences in patients sex and age between both settings.

Fewer Patients Attend EDs, More Patients Go to GPs

Within the UCC setting, 21.6% of all patients consulted an ED, whereas this was 27.6% in the usual care setting (Table 1). A χ^2 test showed that this proportion was significantly lower in UCCs compared with the proportion in the usual care setting. In addition, the proportion of GP consultations at home (5.1% vs 6.1%) and the number of occasions when medical advice was given (29.5% vs 31.0%) were also smaller in the UCCs, whereas more people consulted a GP (43.8% vs 35.3%) at the UCCs.

Differences in Population Characteristics of GPs and EDs: UCCs versus Usual Care

A close examination of the population characteristics (Table 2) shows that less urgent cases presented more often to GPs (90.9% vs 85.1%) in UCCs compared with usual care. Moreover, it seems that UCC patients in the age groups comprising 5 to 64 years were treated relatively more often by a GP (mean, 79% vs 69%; $V = 0.087$) than their peers in the usual care setting. The effect sizes were largest for the age groups 5 to 14, 15 to 24, and 25 to 44 years ($0.102 < V < 0.157$). During all time frames, a relatively larger number of patients was seen by GPs in UCCs compared with usual care, yet the greatest difference occurred during evening hours (77.8% vs 70.2%; $V = 0.087$).

With regard to the clusters of health problems, the data revealed a difference between settings. In UCCs compared with usual care, it stands out that patients who presented with trauma were more often treated by a GP in UCCs compared with usual care (80.3% vs 62.0%; $V = 0.200$). When looking more closely at this cluster (Table 3), it seems that the GPs working in the UCC setting had to deal with more lacerations, sprains, strains, and burns—health problems that seem to be less severe. In UCCs, patients within the cluster “other” (16.1% vs 7.3%; $V = 0.137$) and “chronic

Table 2. Comparison of Patients Consulting a GP or ED in the Usual Care and Urgent Care Collaboration Setting

Characteristics	GPs (n = 91,895)		EDs (n = 30,166)		Effect Size*
	Usual Care (n = 45,934)	UCC (n = 45,961)	Usual Care (n = 17,507)	UCC (n = 12,659)	
Sex					
Male [†]	20,918 (68.4%)	21,551 (76.5%)	9,660 (31.6%)	6,611 (23.5%)	0.091
Female [†]	25,016 (76.1%)	24,410 (80.1%)	7,847 (23.9%)	6,048 (19.9%)	0.049
Age (years)					
0–4 [†]	7,224 (89.9%)	7,012 (88.9%)	816 (10.1%)	879 (11.1%)	0.016
5–14 [†]	4,854 (70.0%)	5,260 (80.6%)	2,077 (30.0%)	1,267 (19.4%)	0.122
15–24 [†]	5,306 (63.0%)	5,781 (77.4%)	3,122 (37.0%)	1,687 (22.6%)	0.157
25–44 [†]	10,156 (73.2%)	10,761 (81.7%)	3,715 (26.8%)	2,405 (18.3%)	0.102
45–64 [†]	8,228 (69.6%)	7,721 (74.5%)	3,590 (30.4%)	2,645 (25.5%)	.054
64–74	4,024 (67.6%)	3,806 (68.5%)	1,925 (32.4%)	1,753 (31.5%)	.009
>74	6,142 (73.1%)	5,620 (73.5%)	2,262 (26.9%)	2,023 (26.5%)	.005
Moment of contact[†]					
Evening	21,298 (70.2%)	22,005 (77.8%)	9,041 (29.8%)	6,261 (22.2%)	.087
Night	8,030 (70.1%)	7,273 (72.9%)	3,431 (29.9%)	2,710 (27.1%)	.031
Daytime	16,606 (76.7%)	16,683 (81.9%)	5,035 (23.3%)	3,688 (18.1%)	.064
Urgency					
Very urgent	3,628 (64.1%)	5,625 (63.6%)	2,030 (35.9%)	3,216 (36.4%)	.005
Medium urgency [†]	13,142 (74.8%)	16,634 (71.3%)	4,544 (25.7%)	6,703 (28.7%)	.034
Less urgent [†]	29,164 (85.1%)	23,702 (90.9%)	5,126 (14.9%)	2,381 (9.1%)	.087
Symptom/disease cluster					
Acute somatic symptoms [†]	18,287 (97.2%)	19,634 (97.8%)	519 (2.8%)	436 (2.2%)	.019
Infections	8,610 (93.7%)	7,605 (92.9%)	581 (6.3%)	577 (7.1%)	.015
Trauma [†]	7,258 (62.0%)	8,178 (80.3%)	4,449 (38.0%)	2,009 (19.7%)	.200
Chronic or long-lasting diseases [†]	4,100 (75.6%)	3,110 (70.1%)	1,326 (24.4%)	1,326 (29.9%)	.061
Other clusters [†]	2,687 (92.7%)	2,304 (83.9%)	211 (7.3%)	441 (16.1%)	.137

Data are number (%) of patients per setting.

*Effect size: small = 0.1, medium = 0.3, large = 0.5.

[†]There is a statistically significant ($P < .05$) difference between usual care and urgent care collaboration (UCC) groups.

ED, emergency department; GP, general practitioner.

or long-lasting diseases" (29.9% vs 24.4%; $V = 0.061$) were more often treated by the ED compared with usual care.

Case Mix Adjustment

Regression analysis (Table 4) showed that setting, both unadjusted and controlled for case mix variables, was significantly associated with the health care provider outcome. UCC patients were less likely to be treated at the ED than their peers in the usual care setting. When controlled for patient and health problem characteristics, the odds ratio (OR) for ED treatment was 0.691 (95% confidence interval [CI], 0.662–0.721) in the UCC setting.

UCCs exist within 3 regions; therefore we could replace setting with region in the regression model.

The results showed that the effects differ per region. When controlled for patient and health problem characteristics, patients in regions B, C, and E were not more or less likely to attend an ED than the reference category (region D). However, the odds of being treated at an ED were significantly smaller in region A (OR, 0.826; 95% CI, 0.726–0.895) and significantly larger in region F (OR, 1.514; 95% CI, 1.407–1.629).

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first study to describe in depth the substitution or shift of care from EDs to GPs as a result of UCCs. In other studies^{12,13} this substitution was handled superficially as a part of patient flow. Emergency health care in the Netherlands shows a trend toward more cooperation be-

Table 3. Most Frequently Presented Symptoms in the “Trauma” Symptom/Disease Cluster

Symptom/Disease	GPs (n = 15,436)		EDs (n = 6,458)	
	Usual Care (n = 7258)	UCCs (n = 8178)	Usual Care (n = 4449)	UCCs (n = 2009)
Laceration/cut	1606 (65.5)	2401 (94.0)	846 (34.5)	154 (6.0)
Sprain/strain of joint	126 (8.9)	88 (14.6)	1293 (91.1)	515 (85.4)
Sprain/strain of ankle	495 (62.1)	500 (87.9)	302 (37.9)	69 (12.1)
Bruise/contusion	511 (100.0)	769 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Injury musculoskeletal NOS	507 (78.0)	531 (88.8)	143 (22.0)	67 (11.2)
Fracture hand/foot bone	158 (25.4)	123 (24.3)	463 (74.6)	384 (75.7)
Trauma/injury NOS	517 (97.4)	505 (97.9)	14 (2.6)	11 (2.1)
Fracture: other*	119 (20.1)	103 (25.7)	473 (79.9)	298 (74.3)
Abrasion/scratch/blister	359 (94.5)	456 (99.8)	21 (5.5)	1 (0.2)
Burn/scald	325 (88.3)	296 (96.7)	43 (11.7)	10 (3.3)

Data are number (%) of patients per setting.

*Fracture other than radius/ulna, tibia/fibula, hand/foot, femur.

ED, emergency department; GP, general practitioner; NOS, not otherwise specified; UCC, urgent care collaboration.

tween EDs and GPs. This development is supported by government policy. However, thorough insights are necessary to guide national and international policymakers and to manage the consequences of such integration. We provide a new perspective on the effects of UCCs by describing the magnitude of the substitution and by characterizing the nature of this shift.

UCCs: Three Quarters of Patients Were Treated By GPs

Our study shows that a significantly lower proportion of patients attended the ED in UCCs: 21.6% as opposed to 27.6% in usual care. By extrapolating

the data, this implies that UCCs can elicit a substitution of 21.6 contacts/1000 inhabitants a year, a substantial substitution. The number of ED patients was 22% smaller (6%/27.6%) in UCCs compared with the usual care setting.

In UCCs, GPs take care of more than three quarters of all patients. This implies that UCCs are effective in intercepting patients who attend the ED. Nevertheless, these numbers seem modest if compared with international figures of inappropriate ED contacts,³ which vary between 20% and 40%. This may be explained by 3 reasons. First,

Table 4. Setting/Region and the Odds Ratios (95% Confidence Intervals) for Emergency Department as the Urgent Care Provider

	Unadjusted		Controlled for Patient Characteristics*		Controlled for Patient and Health Problem Characteristics†	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Setting						
UCC	0.655	0.629–0.681	0.655	0.629–0.681	0.691	0.662–0.721
UC	—	—	—	—	—	—
Region						
A (UCC)	0.717	0.665–0.772	0.732	0.678–0.789	0.826	0.762–0.895
B (UCC)	0.983	0.895–1.081	0.982	0.893–1.080	1.091	0.985–1.208
C (UCC)	0.883	0.818–0.954	0.891	0.824–0.963	0.948	0.873–1.030
D (UC)	—	—	—	—	—	—
E (UC)	1.049	0.964–1.142	1.050	0.964–1.144	1.039	0.949–1.138
F (UC)	1.356	1.267–1.452	1.386	1.294–1.484	1.514	1.407–1.629

*Controlled for sex and age.

†Controlled for sex, age, moment of contact, and symptom/disease cluster.

CI, confidence interval; OR, odds ratio; UC, usual care; UCC, urgent care collaboration.

studies looking at patients attending health facilities inappropriately focused only on EDs and patients who inappropriately request specialized care. They did not take into account a possible backflow of patients who are entitled to ED care but do not request it.

Second, these studies were performed in different countries with different arrangements for out-of-hours care. A study by Schoen et al¹⁷ showed that 97% of Dutch GPs have out-of-hours arrangements for their patients to see a doctor without going to an ED. By contrast, this is <50% in Canada, Australia, Norway, and the United States.¹⁷ In addition, Villani and Mortensen¹⁸ discovered that difficulty in contacting one's usual source of care is associated with more unnecessary ED visits. If out-of-hours care is already being organized efficiently, only small improvements may be expected. When viewed from that perspective it seems that UCCs are a fine-tuning of an already well-functioning emergency care organization.

Third, triage may not be as objective as desired. It is possible that an "overtriage" occurs either when a patient's wishes are granted too easily or simply because the triage nurse prefers to err on the side of safety, thus preventing any danger of "undertriage." Moreover, the triage nurse might tend to allocate patients to the ED precipitately because he or she might be more familiar with the ED since GPs work at UCCs only during out-of-hours care, or because he or she might be, to some extent, unfamiliar with the capability of the GP service.

Results Differ By Region

The regression analyses showed that regions A and F—the regions with the most patients—tower above the others in terms of visiting a GP or ED when controlled for the patient characteristics, their consultations, and their problems. Patients attending the UCC in region A are 1.2 times more likely to attend a GP than those in region D, whereas patients in region F are 1.5 times more likely to attend an ED.

Strengths and Limitations

A major strength of this study is that it was based on a large population, and sampling was conducted during 2 periods (the spring and autumn), which minimized seasonal influences and supported the degree to which we could make general conclusions. It also was improved by the selection of both rural and urban

areas. Furthermore, the extensiveness of our study was also a major strength. While other studies of substitution from EDs to GPs mainly focus on self-referrals, this study comprised the ED and GP population in total. At the same time, the differences in patient characteristics were studied and factors associated with allocation to an ED or GP identified.

The limitations are, first, that all hospitals and GPs have their own registration system. This could lead to information bias, although we do not expect this. Second, the hospitals and GPs do not all use the same triage support system and have different backgrounds regarding triage. Therefore we cannot be sure that the levels of urgency relate to similar patients. Third, although the populations attending the UCCs and the GPs were large, the sample size of this study is limited: 3 UCC regions were compared with 3 usual care regions.

Implications for Further Research and Clinical Practice

A few UCCs are now established, and several GPs and EDs are exploring the possibility of either working more closely together or integrating entirely. The results of this study may support the discussion of the organization of out-of-hours emergency care. We suggest that future research should monitor the number of patients inappropriately attending EDs as well as GPs. This should be carried out for both over- and underattendance to determine more precisely how effective UCCs are in intercepting patients inappropriately attending one or the other service. Moreover, more extensive research on triage in UCCs is necessary.

The authors thank the staff of the hospitals and GP cooperatives for the invaluable contribution of their time and effort in participating in this study. The authors also thank the medical students who encoded the health problems (based on the ICPC), especially Ties Yzermans for converting all DTC diagnostic codes to ICPC codes. We are grateful to Harald Abrahamse for his help in preparing the data set and Lucas van der Hoek for all his statistical advice.

References

1. Jaarsma-van Leeuwen I, Hammacher ER, Hirsch R, Janssens M. [Patients without referral treated in the emergency room: patient characteristics and motives]. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:428–32.
2. Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by

- general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007;8:46.
3. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* 2009;25:7–28.
 4. Yzermans CJ, Mentink S, Klaphake LM, van Grieken JJ, Bindels PJ. [Contacts outside of office hours: complaints presented to the general practitioner and to the emergency department]. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2002;146:1413–7.
 5. Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2001;8:151–5.
 6. Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003; 20:402–5.
 7. Bosmans JE, Boeke AJ, van Randwijk-Jacobze ME, et al. Addition of a general practitioner to the accident and emergency department: a cost-effective innovation in emergency care. *Emerg Med J* 2012;29: 192–6.
 8. Ward P, Huddy J, Hargreaves S, Touquet R, Hurley J, Fothergill J. Primary care in London: an evaluation of general practitioners working in an inner city accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1996;13:11–5.
 9. Westert G. [Differences in hospital use]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 1991.
 10. Moll van Charante EP, Bindels PJ. [GP cooperative and accident and emergency department: in-tegrate or not?] *Huisarts Wetenschap* 2008;51: 215–20.
 11. Vermue N. [GP cooperative and accident and emergency department come closer]. *Medisch Contact* 2007;62:1092–3.
 12. Kool RB, Homberg DJ, Kamphuis HC. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2008;8:225.
 13. Sturms LM, Hermsen LAH, van Stel HF, Schrijvers AJP. [One year urgent care collaboration (UCC) overnight in Nieuwegein]. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geesekunde; 2009.
 14. van Ierland Y, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. *Fam Pract* 2011;28:334–41.
 15. van der Wulp I. Reliability and validity of emergency department triage systems. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2010.
 16. Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press; 1987.
 17. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:w1171–83.
 18. Villani J, Mortensen K. Nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. *J Am Board Fam Med* 2013;26:680–91.

Fr : RE: Collège qualité de médecine d'urgence

higuet adeline <higuetadeline@yahoo.fr>

ven. 20-01-17 13:51

À :Esteban Paredes <osoch2012@gmail.com>; Administration Psychomed <administration@higuet.be>;

Catégories : administration@higuet.be

Envoyé depuis Yahoo Mail pour Android

Le ven. j janv. AM à 11:18, kce_projects <kce_projects@kce.fgov.be> a écrit :

Chère Madame Higuet,

Merci pour votre message.

Nous avons pris note de votre participation à la réunion relative au financement des urgences en Belgique le 26/01/2016 au KCE.

Bien à vous,

Joyce Grijseels

Administratief assistente, programmasecretariaat

Doorbuilding (9e verdieping)
Kruidtuinlaan 55 - 1000 Brussel

T +32 2 287 33 31

joyce.grijseels@kce.fgov.be – www.kce.fgov.be

Follow us on Twitter : [@KCEfgov](#)

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Belgian Health Care Knowledge Centre

From: higuet adeline [mailto:higuetadeline@yahoo.fr]
Sent: zondag 8 november 2015 20:09
To: kce_projects <kce_projects@kce.fgov.be>
Subject: Collège qualité de médecine d'urgence

Chère Mme. Mangin,

Nous avons bien reçu votre communication concernant la consultation relative au financement des urgences en Belgique, organisée par le KCE et nous vous en remercions beaucoup.

Veuillez noter que le **Collège Qualité de médecine d'urgence**, représenté par sa Présidente Dr. Adeline Higuet, sera bien présente à la réunion du 26 janvier 2016.

Veuillez, également noter, que depuis le mois de janvier de cette année-ci, le Dr. Adeline Higuet a été élue Présidente du Collège Qualité de médecine d'urgence, dont les adresses e-mail sont les suivantes:

- 1) higuetadeline@yahoo.fr
- 2) administration@higuet.com

Bien à vous,

Adeline Higuet

Présidente Collège qualité de médecine d'urgence

ANNEXE 2

Etude USI avec le Collège de soins intensifs

Projet du Collège de Médecine d'urgence - 2016

CONTEXTE

L'overcrowding ou surpopulation aux urgences est un phénomène de société largement décrit dans la littérature. Les causes identifiées en sont: une augmentation croissante des entrées et une lenteur de flow-out par manque de place aux étages, par manque de place aux soins intensifs et par une lenteur administrative au sens large (lenteur des transferts, de la logistique, du nettoyage des chambres, etc). L'augmentation du temps de présence des patients aux urgences conduit à l'épuisement des ressources. Le retard de transfert conduit à une perte de qualité de la prise en charge des patients, et notamment un accroissement de mortalité pour les patients en attente de place aux soins intensifs.

BUT

Quantifier la fréquence et l'ampleur des retards de transfert vers les soins intensifs dans le système belge.

PATIENTS

- adultes se présentant aux urgences, venant de l'extérieur de l'hôpital
- indication d'admission en soins intensifs :
 - soit besoin technique : ventilation mécanique, dialyse, autre
 - soit de commun accord entre l'urgentiste et l'intensiviste

PROCEDURES

- étude observationnelle à laquelle sont conviés tous les services d'urgence belges
- dispense de consentement écrit
- pour chaque service inclus, réponse à 3 questions concernant l'organisation :
 - Existe-t-il un protocole écrit sur la gestion des lits (ou du dernier lit) à l'USI ?
 - Si non, existe-t-il des règles non écrites sur cette gestion ?
 - Existe-t-il un contrôle des échecs de transfert des urgences vers les soins intensifs ?
- pour chaque patient inclus, remplissage d'un questionnaire simple et intuitif (cf. annexe)
- recueil des données sur une période de un mois (données anonymes)

EVALUATION

- incidence et durée des retards
- clarification des circonstances

DÉROULEMENT

L'accord du comité d'éthique n'a pas lieu ici, car il s'agit d'un audit de pratique médicale à la demandé du Ministère.

Projet du Collège de Médecine d'urgence - 2016

Chers collègues,

Cette étude concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients du service d'urgences nécessitant une place au service des soins intensifs.

Votre participation est très importante et totalement anonyme.

L'étude prendra place du 1 au 28 février 2017.

S'il vous plaît, veuillez remplir :

- 1.-Le document A concernant les questions organisationnelles ; et
- 2.- Le document B : un tableau excel par patient.

Veuillez envoyer les réponses :

- par mail, à l'adresse suivante : administration@higuet.be ; ou bien
- par la poste, à l'adresse suivante : **Rue Kasterlinden, 83, à 1082 Bruxelles.**

Pour toute question complémentaire, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante :
administration@higuet.be

Nous vous remercions beaucoup de votre participation.

Cordialement,

Dr. Adeline Higuet
Présidente du Collège de Médecine d'Urgence

A

Questions organisationnelles, propres à l'institution, gérant le transfert de patients critiques du service d'urgence vers le service de soins intensifs

1. Existe-t-il un protocole écrit sur la gestion des lits (ou du dernier lit) à l'USI ?

2.- Si non, existe-t-il des règles non écrites sur cette gestion ?

3. Existe-t-il un contrôle des échecs de transfert des urgences vers les soins intensifs ?

Demande USI

Type de jour	<input type="radio"/> semaine
	<input type="radio"/> week-end
Age	<input type="radio"/> jour férié
Samu	<input type="radio"/> oui
Motif d'admission à l'USI	<input type="radio"/> 08 - 18 h
Quick SOFA	<input type="radio"/> Directeur médical <input type="radio"/> Chef USI <input type="radio"/> Spécialiste USI <input type="radio"/> Spécialiste autre <input type="radio"/> Médecin en formation USI
	<input type="radio"/> Interlocuteur
	<input type="radio"/> Place USI locale
	<input type="radio"/> Place USI autre

Info : Dr A. Higuet (administration@higuet.be)

B

Patient

ID (anonymisé)	
Sexe (M / F)	
Age	
Samu	<input type="radio"/> oui
Motif d'admission à l'USI	
Quick SOFA	<input type="radio"/> TAS <= 100 <input type="radio"/> RR >= 22 <input type="radio"/> mental aN

Timing admission URG	
Timing demande téléphonique USI	
Timing demande USI *	
Timing acceptation USI	
Timing transfert USI	

Transfert USI locale	<input type="radio"/> oui, plusieurs
Transfert USI autre	<input type="radio"/> oui, une seule
Transfert réveil / midcare	<input type="radio"/> oui, libérable
Transfert lit ordinaire	<input type="radio"/> non
Décès aux urgences	<input type="radio"/> non

* au moment où le patient est prêt à aller à l'USI

Project van het College voor Urgentiegeneeskunde - 2016

CONTEXT

Overcrowding op de spoedafdeling is een maatschappelijk fenomeen waar veel over geschreven wordt in de literatuur. Dit zijn de oorzaken die geïdentificeerd worden: een gestage toename van de instroom en een trage uitstroom wegens plaatsgebrek op de verpleegafdelingen, wegens plaatsgebrek op de intensive care en wegens een trage administratie in ruime zin (trage overplaatsingen, trage logistiek, trage schoonmaak van de kamers, enz.). De verlengde aanwezigheid van de patiënten op de spoedafdeling leidt tot een uitputting van de middelen. De vertraagde overplaatsingen leiden tot een kwaliteitsverlies van de zorg voor de patiënten en meer bepaald tot een hogere mortaliteit bij de patiënten die wachten op plaats op de intensive care.

DOEL

De frequentie en de omvang kwantificeren van de vertraging bij de overplaatsing naar de intensive care in het Belgische systeem.

PATIENTEN

- volwassenen van buitenaf die zich aanmelden op de spoedafdeling
- indicatie voor opname op de intensive care:
 - ofwel technische noodzaak: mechanische ventilatie, dialyse, andere
 - ofwel in onderling overleg tussen de spoedarts en de arts van de intensive care

PROCEDURES

- observatiestudie waarvoor alle Belgische spoeddiensten worden uitgenodigd
- vrijstelling van schriftelijke toelating
- voor elke inbegrepen dienst, antwoord op drie vragen aangaande de organisatie:
 - Is er een schriftelijk protocol wat betreft het beheer van de bedden (of van het laatste bed) op de ICU?
 - Zo nee, zijn er ongeschreven regels wat betreft dit beheer?
 - Bestaat er een controle op de mislukte overplaatsingen van de spoedafdeling naar de intensive care?
- voor elke inbegrepen patiënt, invullen van een eenvoudig en intuitieve vragenlijst (zie bijlage)
- verzamelen van gegevens gedurende een periode van één maand (anonieme gegevens)

BEOORDELING

- incidentie en duur van de vertragingen
- verduidelijking van de omstandigheden

VERLOOP

is hier niet van toepassing, aangezien het gaat om een audit van de medische praktijk op vraag van het Ministerie.

Project van het College voor Urgentiegeneeskunde - 2016

Beste collega's,

Deze studie betreft de kwaliteit van de overname van de patiënten tussen de spoedafdeling en de intensive care afdeling.

Uw deelname is zeer belangrijk en volledig anoniem.

De studie zal plaats vinden van 1 tot 28 february 2016.

Gelieve de volgende documenten in te vullen:

1. Document A betreffende de organisatie van de dienst; en
2. Document B: een Excel-tabel per patiënt.

Gelieve de antwoorden door te mailen naar het volgende adres: administration@higuet.be .

U kunt ze ook met de post versturen naar het volgende adres:
Kasterlindenstraat 83 te 1082 Brussel.

Indien u nog bijkomende vragen zou hebben, kunt u me gerust contacteren op het volgende adres: administration@higuet.be

Alvast heel erg bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Dr. Adeline Higuet
Voorzitster College van Geneesheren
Gespecialiseerde Spoedgevallenenzorg

A

Organisatie van de spoedgevallen.

1.- Is er een schriftelijk protocol wat betreft het beheer van de bedden (of van het laatste bed) op de ICU?

2.- Zo nee, zijn er ongeschreven regels wat betreft dit beheer?

3.- Bestaat er een controle op de mislukte overplaatsingen van de spoedafdeling naar de intensive care?

Patiënt

ID (anoniem gemaakt)	
Geslacht (M / V)	
Leeftijd	
MUG	<input type="radio"/> Ja
Opnamereden ICU	
Quick SOFA	<input type="radio"/> sBD <= 100 <input type="radio"/> AF >= 22 <input type="radio"/> BWZ Verandering

Tijdstip opname SPOED	
Tijdstip aanvraag telefonish IZ	
Tijdstip aanvraag IZ *	
Tijdstip aanvaarding IZ	
Tijdstip overplaatsing IZ	

Overplaatsing lokale IZ	<input type="radio"/>
Overplaatsing andere IZ	<input type="radio"/>
Overplaatsing recovery / midcare	<input type="radio"/>
Overplaatsing gewoon bed	<input type="radio"/>
Overlijden op de spoedafdeling	<input type="radio"/>

Aanvraag ICU

Soort dag	<input type="radio"/> weekdag <input type="radio"/> weekend <input type="radio"/> feestdag
Uur	<input type="radio"/> 08 - 18 u <input type="radio"/> 18 - 08 u
Gesprekspartner	<input type="radio"/> medisch directeur <input type="radio"/> diensthoofd IZ <input type="radio"/> specialist IZ <input type="radio"/> andere specialist
	<input type="radio"/> arts in opleiding IZ <input type="radio"/> andere arts in opleiding
Beschikbaar bed	<input type="radio"/> ja, meerdere <input type="radio"/> ja, enkel één <input type="radio"/> ja, kan worden vrijgemaakt <input type="radio"/> nee
Plaats andere ICU	<input type="radio"/> ja, meerdere <input type="radio"/> ja, enkel één <input type="radio"/> ja, kan worden vrijgemaakt <input type="radio"/> nee

B



Info: Dr A. Higuet (administration@higuet.be)

* op het moment wanneer de patiënt is om naar de ICU te gaan

ANNEXE 3

Projet KPI 1

Au Directeur médical

Au médecin Chef de service d'urgence

Cher collègue,

Le service d'urgence, comme les autres services, a un but de prodiguer des soins de qualité.

En marge de l'accréditation, on constate qu'il reste difficile de définir le niveau de qualité au travail des urgences.

Une publication récente dans le European Journal of Emergency Medicine démontre qu'il n'existe en ce moment aucun groupe d'indicateurs de performance qui soient "evidence-based".

(The level of evidence for emergency department performance indicators: systematic review, Michael Madsen et al., EJEM 2015, 22: 298-305).

Le Collège qualité de médecine d'urgence souhaite utiliser l'information provenant de dossiers médicaux que vous pourriez nous adresser, afin de faire de la recherche sur certains indicateurs. Le but est de vérifier si ces indicateurs sont en rapport avec des soins de qualité.

Le début de ce travail de recherche se traduit par une enquête concernant 6 indicateurs à propos de la douleur en l'analgésie.

En annexe, vous trouvez un formulaire (MS Excel), qui nous permettra d'identifier ces six indicateurs utiles pour votre service.

Cet enregistrement a été approuvé par le Comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Gand, le 2 décembre 2016.

Les 6 indicateurs sont les suivants:

1 : Y a-t-il un protocole qui rend possible que tous les patients ou un groupe défini de patients se présentant au service d'urgence, puissent recevoir un analgésique d'une ou autre forme?

Y a-t-il un protocole?	Oui	Non
Pour adultes?	Oui	Non
Pour enfants?	Oui	Non
Pour un trauma ?	Oui	Non
Pour un patient de médecine?	Oui	Non

Commentaires

2 : Pourcentage de tous les patients avec une douleur VAS>2 se présentant aux urgences, ayant reçu un analgésique effectif/efficace (diminution du VAS ou explication orale du patient)

L'analgésie est de sorte médicamenteuse et peut être iv, im ou po; Le médicament peut être de niveau 1, 2 ou 3 ou une variante (anesthésie locale de l'oeil, antispasmodique).

L'anesthésie locale injecté et les attelles sont exclues (de ce sujet). Seul l'analgésie effectuée aux urgences est incluse. Le VAS doit être noté dans le dossier ou il doit être mentionné que la douleur s'est apaisée.

3 : Pourcentage de tous les patients se présentant aux urgences avec de la douleur, qui reçoivent un analgésique pendant la prise en charge, c'est à dire, dans la première demi-heure.

4 : Pourcentage de tous les patients se présentant aux urgences avec une douleur VAS>2 qui ont reçu un analgésique, chez qui la douleur est recontrôlée après maximum une heure.

5 : Pourcentage de tous les patients se présentant aux urgences avec une douleur, chez qui la gravité de la douleur est notée dans le dossier médical (VAS, noté, autre score, ..)

6 : Le laps de temps du début de la prise en charge jusqu'à la procuration du premier analgésique.

Nous vous demandons de remplir ce formulaire **pour dix patients consécutifs le 1er septembre, à partir de 12.00h et pour dix patients consécutifs le 2 septembre, à partir de 0:00h.**

S'il vous plaît, pouvez-vous nous renvoyer ce document **avant le 2 mars 2016?**

Nous aimerais aussi savoir quelle est la fonction de la personne qui aura rempli ce formulaire et combien de temps cela lui aura pris.

Vous recevrez un rapport avec l'analyse nationale de ce sujet.

Cela sera, évidemment et comme toujours, totalement anonyme.

Merci d'avance pour votre collaboration.

Cordiales salutations,

Dr. Adeline Higuet et les membres du collège Qualité

Littérature:

International Federation of Emergency Medicine, Framework for Quality and Safety in the Emergency Department, 2012

Guidance on Developing Key Performance Indicators and Minimum Data Sets to Monitor Healthcare Quality, February 2013, Health Information and Quality Authority, Ireland

Development of a Consensus on Evidence-Based Quality of Care Indicators for Canadian Emergency Departments, ICES Investigative Report, March 2010

Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review, Welch SJ., Am J Qual. 2010;25:64-72

A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine; E Beattie, K Mackway-Jones; Emerg Med J 2004;21:47-50

A&E Clinical Quality Indicators Data Definitions; DH Urgent & Emergency Care; 17 Dec 2010

Agency For Healthcare Research and Quality, US department of Health and Human Services,

Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators
Mazen J. El Sayed; EMS and Prehospital Care Program, Department of Emergency Medicine, American University of Beirut Medical Center, Accepted 15 August 2011

Guidelines for trauma quality improvement programmes, WHO, 2009

Identification of performance indicators for emergency centers in South Africa: results of a Delphi study, David Maritz et al; Int J Emerg Med, 2010; 3:341-349

Development of key performance indicators for emergency departments in Ireland using an electronic modified- Delphi consensus approach, Abel Wakai et al; EJEM, vol. 20, number 2, april 2013

Geachte collega,

U ontving per mail via het Collége Kwaliteit van de Urgentiegeneeskunde een uitnodiging om deel te nemen aan het ontwikkelen van kwaliteitsparameters.

Binnen het Collége Kwaliteit werd door een groep artsen (diensthoofden, urgentisten, acutisten van zowel universitaire als niet- universitaire centra) een 40tal parameters geselecteerd uit een totaal van 350tal uit de internationale literatuur.

Deze parameters werden geselecteerd op basis van validiteit, betrouwbaarheid, accepteerbaar zijn en haalbaarheid in 8 grote deeldomeinen van ons werk op spoed (pijnbeleid, protocollen, werking van de dienst, hart en longziekten, sepsis, zorg voor kinderen, CVAzorg en traumazorg).

Een eerste groep parameters over pijnbeleid werd reeds doorgestuurd en tot op vandaag hebben 19 diensten in België geantwoord.

Mogen wij u vragen, indien u de vragenlijst nog niet ingevuld heeft, de nodige gegevens in te vullen en terug te sturen voor 1 november 2016 via 1kpipijn@gmail.com.

De door u doorgestuurde gegevens zullen gebruikt worden in een positieve feedback cultuur (dus niet berispend) om zo ons werk te optimaliseren.

Extra inbreng is altijd welkom en zal met veel aandacht binnen het Collége kwaliteit behandeld worden.

Collegiale groeten,

Dr. Adeline Higuet, voorzitster College Kwaliteit

Dr. Saïd I. Idrissi, voorzitter BeSEDiM

Dr. Jan Stroobants, voorzitter BeCEP

Is er een protocol voor massa-transfusiebeleid?	nee
Zijn er reanimatiertijlijnen?	nee
up to date (ERC 105)	nee
BLS	nee
ALS	nee
postresuscitation care	nee
beëindigen van reanminate	nee
andere	nee
is er een protocol voor 'de moeilijke luchtweg'?	nee
is er een protocol voor procedurele sedatie?	nee
met beeld en klink?	nee
kalinox of ander	nee
is er een protocol voor opiaten toediening door verpleegkundigen?	nee
per os op voorschrijf	nee
per os staand order	nee
IV op voorschrijf	nee
IV staand order	nee
is er een protocol voor aanpak van infectieziekten?	nee
zo ja, welke infectieziekten?	nee
Is er een protocol voor de aanpak van sepsis?	nee
is er een protocol voor de aanpak van de acuut psychotische patiënt?	nee
is er een protocol voor de aanpak van de agressieve patiënt?	nee
is er een protocol voor rampenmanagement?	nee
interne ramp	ja
externe ramp	ja
oefenbeleid	ja

Conclusies na reeks KPI's met betrekking tot pijn.

1. Uitnodiging tot deelname studie en verzamelen van gegevens.

We merkten weinig weerstand vanuit lokale ethische comités. Sommige actoren waren gerustgesteld na een telefonisch overleg met één van de medewerkers en uiteindelijk heeft geen enkel ethisch comité deelname geweigerd.

Het versturen van uitnodiging en van de herhaling gebeuren vlot, maar het is moeilijk om een database te hanteren die gebruiksvriendelijk is. We hebben een aanzet gegeven in het aanleggen van een kadastrer met de goede contactgegevens voor de volgende reeksen KPI's. Het kan nuttig zijn dat we dit op eigen kracht doen via onze lokale contacten, via LOK-groepen etc.?

2. De gegevens en data-verwerking.

Uiteindelijk ontvingen we gegevens van 19 spoeddiensten, allen waren bruikbaar en van goede kwaliteit. Dit is ongeveer 15% van de Belgische spoeddiensten (19/131).

Uit deze gegevens konden we volgende conclusies distilleren:

- 95% van de spoeddiensten hanteert een pijnprotocol, ook voor kinderen.
- 79% van de spoeddiensten heeft een pijnprotocol dat ook voor interne pathologie gebruikt wordt
- gegevens over VAS-scores zijn van te povere kwaliteit om nuttige analyses over te maken

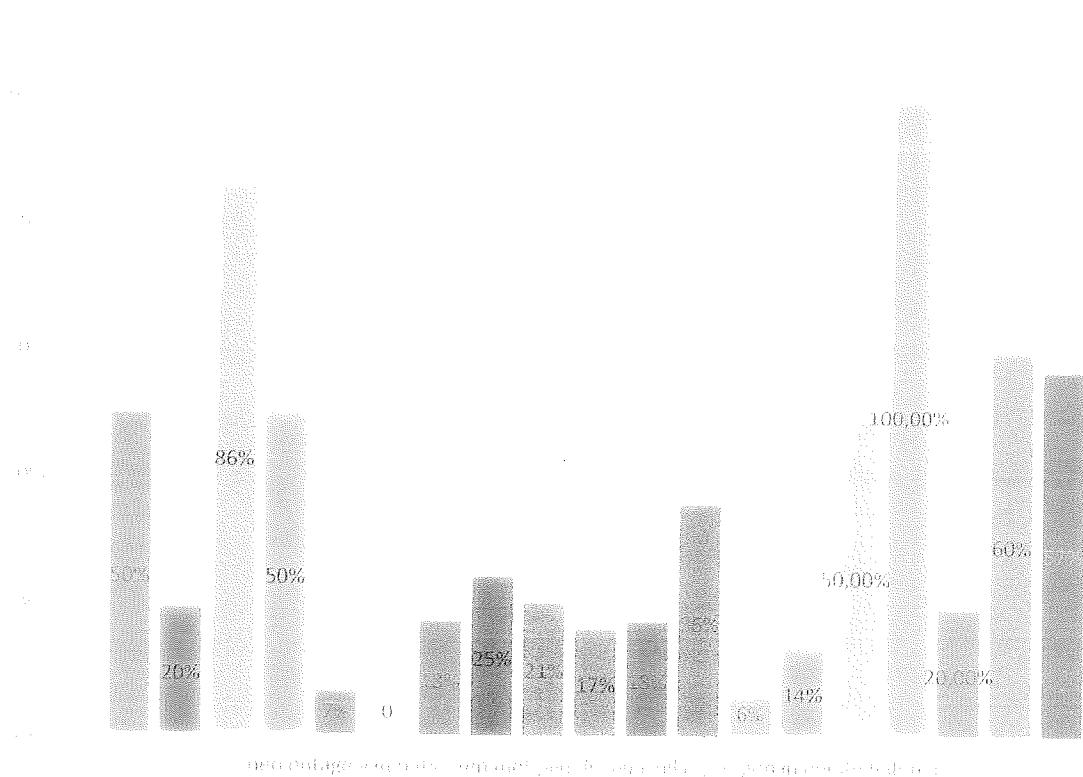
Bemerk dat het nut van de VAS score vooral ligt in de mogelijkheid de verandering in de tijd te kunnen analyseren en het effect van een toegediend analgeticum te kunnen interpreteren.

De gemiddelde tijd tussen aanmelding en toediening van analgeticum bedraagt 44 minuten.

gemiddelde tijd tussen aanmelding en toediening van analgeticum
pijnstillator (min)



Het percentage patiënten dat pijnstilling kreeg in het eerste half uur varieert van 6% tot 100%, met een gemiddelde van 34%.



We kunnen concluderen dat in alle diensten een cultuur bestaat van adequate pijnbestrijding, dat sommige diensten er bijzonder goed in slagen deze cultuur in de praktijk om te zetten. We vermoeden ook dat de ontvangen gegevens een negatieve weerspiegeling zijn van de realiteit, en dat de zorgverleners wellicht, en terecht, voorrang geven aan de goede behandeling dan wel de administratieve taken.

T. Schissler

B. Lesaffre

Ter attentie van dr. Marc Lievens
AZ Glorieux Ronse
Glorieuxlaan 55
9600 Ronse

Geachte collega,

U werd uitgenodigd om te participeren aan een nationaal onderzoek met betrekking tot de management van pijn op uw dienst.

Na analyse van de gegevens konden we het volgende concluderen:

1. Uitnodiging tot deelname studie en verzamelen van gegevens.

We merkten weinig weerstand vanuit lokale ethische comités. Sommige actoren waren gerustgesteld na een telefonisch overleg met één van de medewerkers en uiteindelijk heeft geen enkel ethisch comité deelname geweigerd.

2. De gegevens en data-verwerking.

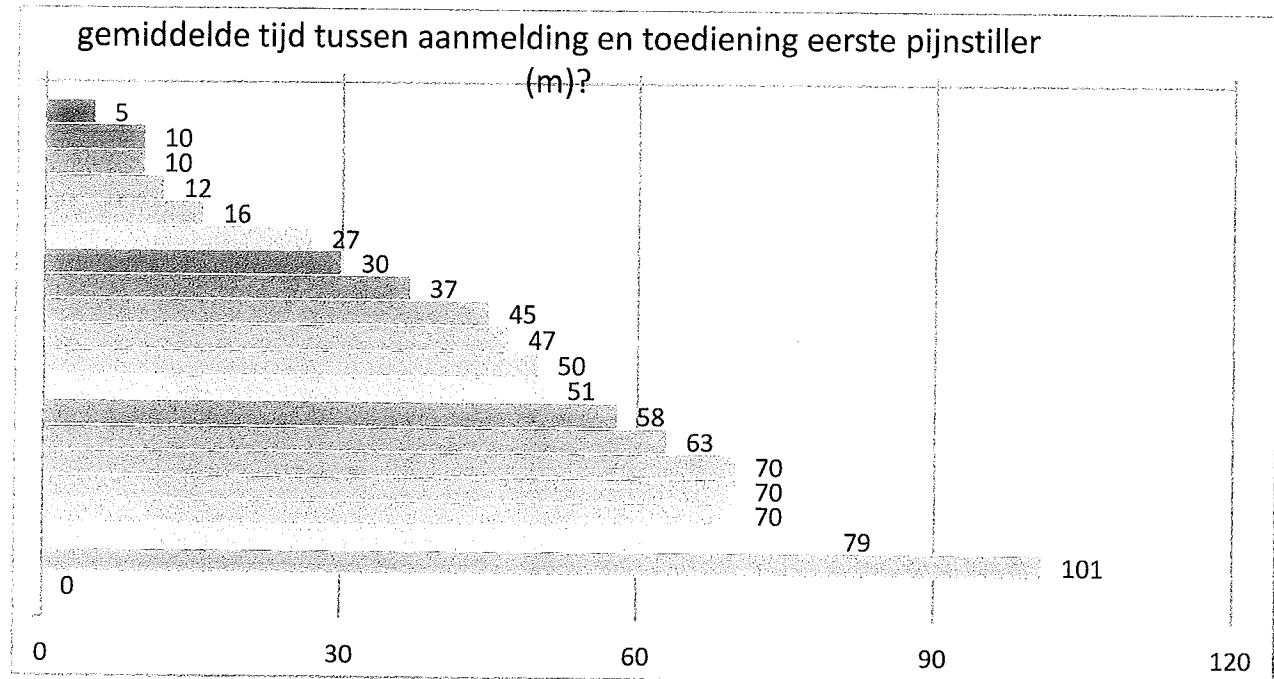
Uiteindelijk ontvingen we gegevens van 20 spoeddiensten, allen waren bruikbaar en van goede kwaliteit. Dit is ongeveer 16% van de Belgische spoeddiensten (20/131).

Uit deze gegevens konden we volgende conclusies distilleren:

- 95% van de spoeddiensten hanteert een pijnprotocol, ook voor kinderen.
- 79% van de spoeddiensten heeft een pijnprotocol dat ook voor interne pathologie gebruikt wordt
- gegevens over VAS-scores zijn van te povere kwaliteit om nuttige analyses over te maken

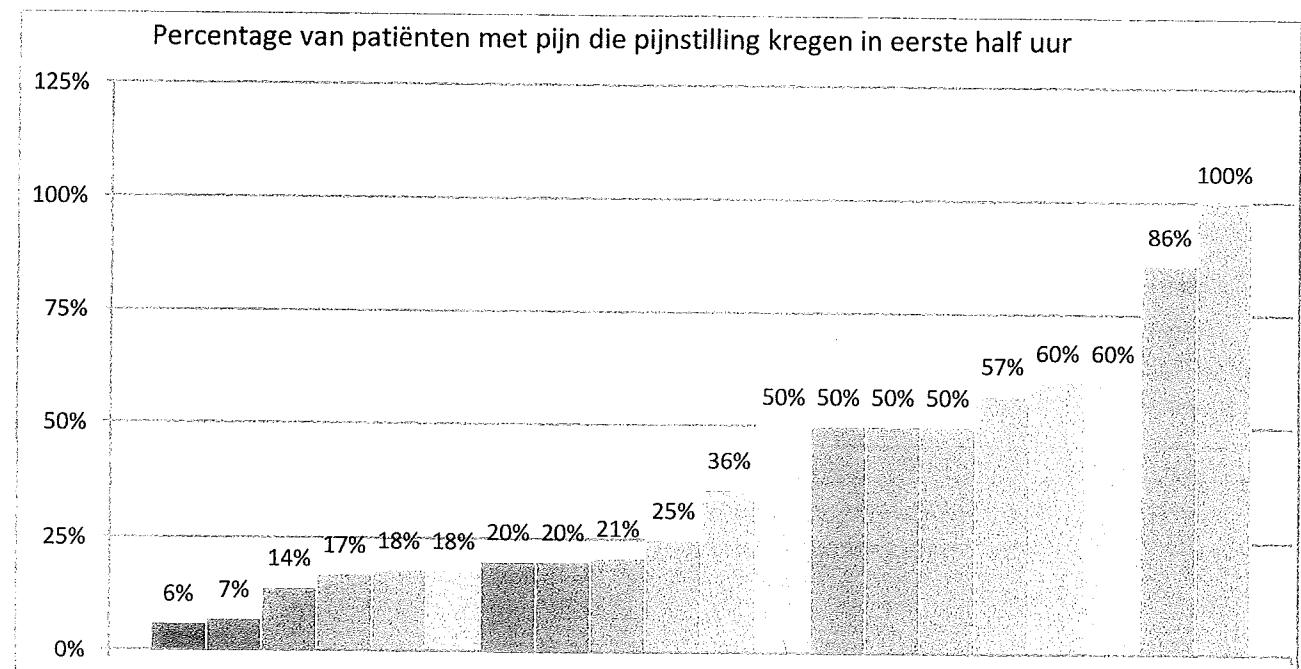
Bemerk dat het nut van de VAS score vooral ligt in de mogelijkheid de verandering in de tijd te kunnen analyseren en het effect van een toegediend analgeticum te kunnen interpreteren.

a. De gemiddelde tijd tussen aanmelding en toediening van analgeticum bedraagt 44 minuten. Voor uw dienst bedroeg de gemiddelde tijd 70 min.



b. Het percentage patiënten dat pijnstilling kreeg in het eerste half uur varieert van 6% tot 100%, met een gemiddelde van 34%. Voor uw dienst bedroeg dit 86 %.

In Angelsaksische literatuur wordt 30 minuten als target gehanteerd, maar, op de plaatsen waar dit gemeten wordt, behaalt men dat slechts in ca 20-50% van de gevallen.



We kunnen concluderen dat in alle diensten een cultuur bestaat van adequate pijnbestrijding, dat sommige diensten er bijzonder goed in slagen deze cultuur in de praktijk om te zetten. We vermoeden ook dat de ontvangen gegevens een negatieve weerspiegeling zijn van de realiteit, en dat de zorgverleners wellicht, en terecht, voorrang geven aan de goede behandeling dan wel de administratieve taken.

namens het college kwaliteit voor urgentiegeneeskunde,

dr. A. Higuet, voorzitster

À l'attention du Dr. Marc Vranckx

CHU Charleroi - Hôpital civil Marie Curie
Chaussée de Bruxelles, 140
6042 Lodelinsart

Cher collègue,

Vous avez été invité à participer à une enquête nationale concernant la gestion de la douleur au sein de votre service.

Suite à l'analyse des données nous avons pu conclure ce qui suit :

1. Invitation à participer à l'enquête et rassemblement de données.

Nous avons rencontré peu de résistance de la part de comités éthiques locaux. Certains comités ont été rassurés suite à un entretien téléphonique avec l'un de nos collaborateurs et finalement, aucun comité éthique a refusé de participer.

2. Les données et le traitement des données.

Finalement nous avons reçu des données de 20 services d'urgence : toutes les données étaient utilisables et de bonne qualité. Il s'agit d'environ 16% des services d'urgence belges (20/131).

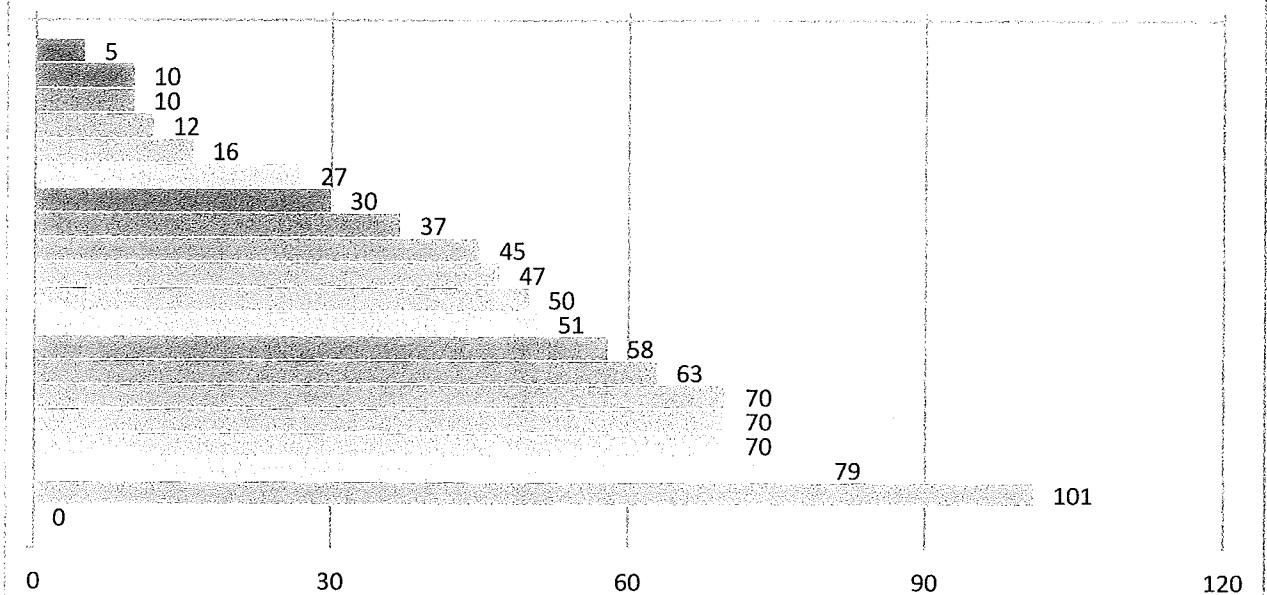
De ces données nous avons pu tirer les conclusions suivantes :

- 95% des services d'urgence utilisent un protocole douleur, également pour les enfants ;
- 79% des services d'urgence disposent d'un protocole douleur qui est également utilisé pour la pathologie interne ;
- La pauvre qualité des données sur les scores EVA ne permet pas de faire des analyses utiles.

Il faut souligner que l'utilité du score EVA réside surtout dans la possibilité d'analyser le changement dans le temps et de pouvoir interpréter l'effet d'un analgésique qui a été administré.

a. Le temps moyen entre la présentation aux urgences et l'administration d'un analgésique est de 44 minutes. Pour votre service le temps moyen était de 45 min.

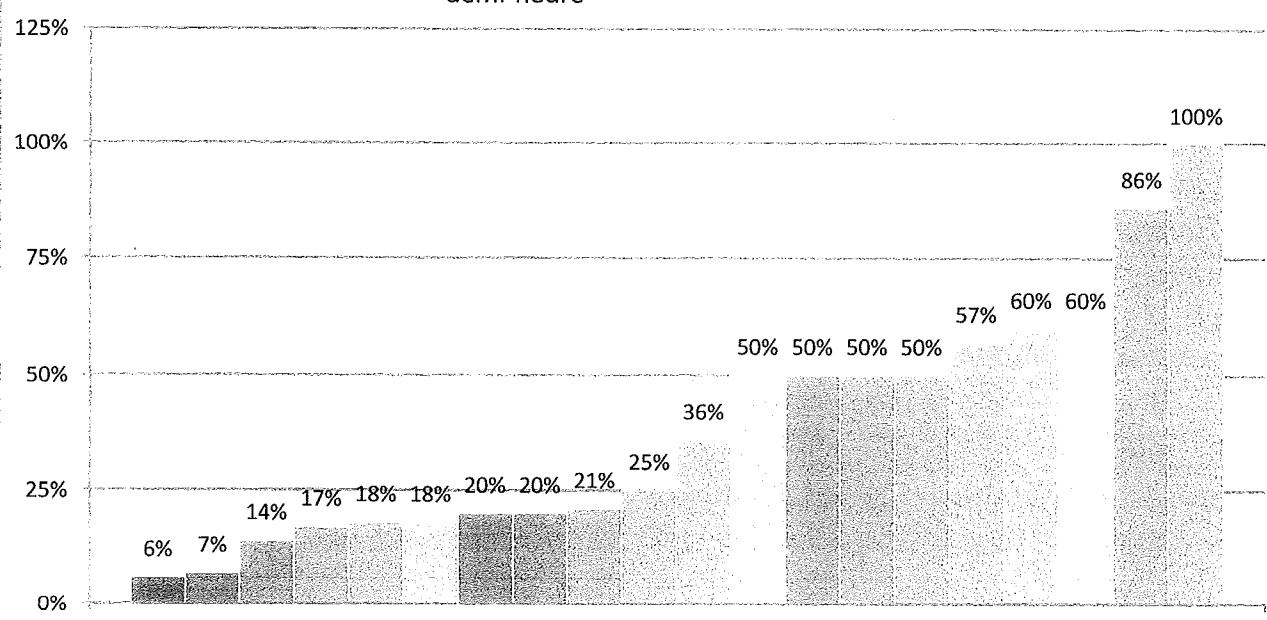
Temps moyen entre la présentation aux urgences et l'administration du premier analgésique (m)?



b. Le pourcentage de patients ayant eu des analgésiques dans la première demi-heure varie de 6% à 100%, avec une moyenne de 34%. Pour votre service il s'agissait de 38 %.

Dans la littérature anglo-saxonne, 30 minutes est pris comme objectif, mais aux endroits où c'est mesuré, cet objectif n'est atteint que dans environ 20-50% des cas.

Pourcentage de patients en douleur ayant reçu des analgésiques dans la première demi-heure



Nous pouvons conclure que dans tous les services il y a une culture de traitement adéquat de la douleur.

Notons aussi l'existence d'un probable biais de cette étude : les prestataires de soins investissent de préférence leur temps aux soins des patients plutôt qu'aux tâches administratives.

Au nom du Collège des médecins pour la fonction soins urgents spécialisés.

Dr. A. Higuet

Présidente

Ter attentie van dr. diensthoofd

Geachte collega,

U werd uitgenodigd om te participeren aan een nationaal onderzoek met betrekking tot de management van pijn op uw dienst. Jammer genoeg konden we van u geen gegevens ontvangen. We willen u toch de summiere resultaten meedelen van dit nationaal onderzoek.

Na analyse van de gegevens konden we het volgende concluderen:

1. Uitnodiging tot deelname studie en verzamelen van gegevens.

We merkten weinig weerstand vanuit lokale ethische comités. Sommige actoren waren gerustgesteld na een telefonisch overleg met één van de medewerkers en uiteindelijk heeft geen enkel ethisch comité deelname geweigerd.

2. De gegevens en data-verwerking.

Uiteindelijk ontvingen we gegevens van 20 spoeddiensten, allen waren bruikbaar en van goede kwaliteit. Dit is ongeveer 16% van de Belgische spoeddiensten (20/131).

Uit deze gegevens konden we volgende conclusies distilleren:

- 95% van de spoeddiensten hanteert een pijnprotocol, ook voor kinderen.
- 79% van de spoeddiensten heeft een pijnprotocol dat ook voor interne pathologie gebruikt wordt
- gegevens over VAS-scores zijn van te povere kwaliteit om nuttige analyses over te maken

Bemerk dat het nut van de VAS score vooral ligt in de mogelijkheid de verandering in de tijd te kunnen analyseren en het effect van een toegediend analgeticum te kunnen interpreteren.

- a. De gemiddelde tijd tussen aanmelding en toediening van analgeticum bedraagt 44 minuten.
- b. Het percentage patiënten dat pijnstilling kreeg in het eerste half uur varieert van 6% tot 100%, met een gemiddelde van 34%.

In Angelsaksische literatuur wordt 30 minuten als target gehanteerd, maar, op de plaatsen waar dit gemeten wordt, behaalt men dat slechts in ca 20-50% van de gevallen.

We kunnen concluderen dat in alle diensten een cultuur bestaat van adequate pijnbestrijding, dat sommige diensten er bijzonder goed in slagen deze cultuur in de praktijk om te zetten. We vermoeden ook dat de ontvangen gegevens een negatieve weerspiegeling zijn van de realiteit, en dat de zorgverleners wellicht, en terecht, voorrang geven aan de goede behandeling dan wel de administratieve taken.

Namens het college kwaliteit voor urgentiegeneeskunde,

dr. A. Higuet

Voorzitster

À l'attention du médecin - chef de service

Cher collègue,

Vous avez été invité à participer à une enquête nationale concernant la gestion de la douleur au sein de votre service. Malheureusement nous n'avons pas reçu de données de votre part. Toutefois, nous aimerais vous communiquer les résultats sommaires de cette enquête nationale.

Suite à l'analyse des données nous avons pu conclure ce qui suit :

1. Invitation à participer à l'enquête et rassemblement de données.

Nous avons rencontré peu de résistance de la part de comités éthiques locaux. Certains comités ont été rassurés suite à un entretien téléphonique avec l'un de nos collaborateurs et finalement, aucun comité éthique a refusé de participer.

2. Les données et le traitement des données.

Finalement nous avons reçu des données de 20 services d'urgence : toutes les données étaient utilisables et de bonne qualité. Il s'agit d'environ 16% des services d'urgence belges (20/131).

De ces données nous avons pu tirer les conclusions suivantes :

- 95% des services d'urgence utilisent un protocole douleur, également pour les enfants ;
- 79% des services d'urgence disposent d'un protocole douleur qui est également utilisé pour la pathologie interne ;
- La pauvre qualité des données sur les scores EVA ne permet pas de faire des analyses utiles.

Il faut souligner que l'utilité du score EVA réside surtout dans la possibilité d'analyser le changement dans le temps et de pouvoir interpréter l'effet d'un analgésique qui a été administré.

a. Le temps moyen entre la présentation aux urgences et l'administration d'un analgésique est de 44 minutes.

b. Le pourcentage de patients ayant eu des analgésiques dans la première demi-heure varie de 6% à 100%, avec une moyenne de 34%.

Dans la littérature anglo-saxonne, 30 minutes est pris comme objectif, mais aux endroits où c'est mesuré, cet objectif n'est atteint que dans environ 20-50% des cas.

Nous pouvons conclure que dans tous les services il y a une culture de traitement adéquat de la douleur, que certains services réussissent particulièrement bien à mettre en pratique cette culture. Notons aussi l'existence d'un probable biais de cette étude : les prestataires de soins investissent de préférence leur temps aux soins des patients plutôt qu'aux tâches administratives.

Au nom du Collège des médecins pour la fonction soins urgents spécialisés.

Dr. A. Higuet

Présidente

ANNEXE 4

Projet Fin de carrière des urgentistes

ETUDE FIN DE CARRIERE DES URGENTISTES

Introduction :

Le projet de Fin de carrière des urgentistes est né d'une demande faite par les membres du Collège des médecins pour la fonction soins urgents spécialisés lors du Conclave de Médecine d'urgence de Belgique, tenu à Anvers le 19 et le 20 mars 2015.

Ainsi, le Collège a réagi à cette demande et a mis en place un projet d'étude en la matière qui puisse répondre à la question de la fin de carrière des urgentistes.

Cette demande trouve son origine dans la préoccupation existante dans le chef de nos membres qui s'inquiètent précisément pour la qualité du service qu'un médecin d'urgence, en particulier quand celui-ci est en fin de carrière. Cette démarche s'inscrit dans l'optique de l'objectif visé par les prestataires des soins d'offrir des services de santé de qualité.

En concret, par exemple, les gardes dans notre spécialité, tel qu'elles sont conçues à l'heure actuelle, permettent-elles raisonnablement de donner un service de la même qualité à un médecin qui commence qu'à un médecin en fin de carrière...? La même question se pose à propos de la charge de travail, par exemple.

Quels sont les implications sur –précisément- la qualité des soins fournis, si les conditions actuelles perdurent de manière invariable...?

Nous ne pouvons oublier que la main d'œuvre directe (le corps médical, en matière des soins), est la principale responsable de la qualité. Ainsi, en matière des soins, les erreurs et les pratiques déficientes le plus souvent s'expliquent par des problèmes liés aux inconvénients et à la complexité du système au sein duquel le soignant travaille.

La qualité des services données ainsi que la sécurité du patient sont devenus des préoccupations universelles dont l'amélioration passera plus probablement par une

amélioration globale de la qualité plutôt qu'en réagissant seulement aux événements indésirables.

Objectif :

Déterminer les sujets de préoccupation des médecins d'urgence concernant le vieillissement et la retraite dans la spécialité, notamment dans les aspects liés à la santé, les finances, la préparation pour la retraite, la capacité à continuer actifs et les mesures par lesquelles ces inquiétudes pourraient être traitées.

Méthode :

Les auteurs ont mené une enquête aux membres du Collège des médecins d'urgence et de la Belgium Emergency Society (Besedim), via des formulaires à remplir, entre novembre et décembre 2015.

L'instrument d'enquête consistait à un questionnaire de 30 questions :

- 8 questions étaient de type démographique ;
- 10 questions concernaient la santé des médecins ;
- 5 questions étaient liées aux aspects financières ;
- 10 autres concernaient la capacité et l'aptitude à pratiquer la médecine d'urgence ;
- 4 questions ouvertes ont été incluses à la fin de l'enquête, concernant les moyens de promouvoir la longévité de la carrière des urgentistes.

Résultats :

Il y a eu 168 réponses reçues. Le 65% des répondants ont pratiqué la médecine d'urgence pour plus de 10 ans, 51% travaille en gardes d'entre 18 et 24 heures, 65% pensent ne pas pouvoir tenir le rythme de travail actuel jusque la retraite, 48% ne considèrent pas la possibilité de la retraite en médecine d'urgence.

Si bien les participants se montrent très attachés et soucieux de la qualité professionnelle de la médecine d'urgence, en revanche, beaucoup d'entre eux ont indiqué avoir des inquiétudes liées à l'âge.

Ainsi, par rapport aux débuts de leurs carrières, 88% ont répondu avoir des difficultés à récupérer d'une garde, 52% indique un plus grand niveau d'épuisement émotionnel à la fin des gardes, 37% signale une moindre capacité à gérer un grand volume de patients, 25% indique avoir une moindre capacité à gérer le stress, 25% signale une moindre habileté à incorporer des nouvelles modalités de diagnostic et traitement, 37% considère que sa capacité de mémoire est moindre, 90,5% estime que sa maîtrise actuelle dans l'exécution de procédures en médecine d'urgence est identique ou meilleure.

Récupération Garde: moindre/identique 88,5% Un peu/nettement plus grande 11,7%
Epuisement émotionnel : m/i 47,6% Un peu/nettement plus grande 52,4%

capacité gérer un grand volume patients

	peu/nettement moindre 37%	+grande/identique 66,8%
capacité à gérer le stress	24,8	75,2
incorporer nouveaux diagnostics	24,8	75,2
capacité mémoire	37,6	62,4
capacité à gérer cas cliniques complexes	8,5	91,5
personnalités difficiles	30,5	69,5
capacité d'empathie avec patients	36,1	63,85
maîtrise procédure médecine d'urgence	11,3%	90,5%

A propos de la préparation à la retraite, 50,15% estime ne pas être préparé financièrement pour la retraite, 37% s'inquiète à propos de la perte d'identité professionnelle à la retraite et 34% déclarent être inquiètes du fait d'avoir une vie sociale satisfaisante à la retraite.

En ce qui concerne les changements qui amélioreraient la carrière des médecins d'urgences, les aspects les plus soulignés ont été : moins de tâches administratives ce qui réduit le temps à consacrer aux patients et à leurs familles à des minimums inacceptables, ce qui provoque une frustration chez les médecins ; moins de charge de travail ; meilleur tri des patients afin d'éviter la pollution des urgences par des

cas qui dans une grande mesure relèvent de la médecine générale et/ou à des cas non urgents ; meilleure reconnaissance et respect de la spécialité par les autres services hospitaliers ; aménagement du cadre de travail ; infrastructures plus adaptées avec des espaces professionnels personnels de repos où pouvoir se ressourcer et faire une pause ; meilleure réorganisation des gardes afin d'éviter des gardes de 24 heures ; plus de médecins compétents dans les équipes ; plus de personnel administratif.

Conclusions :

La grande majorité des médecins enquêtés se voient comme des médecins compétents et performants. Ce qui est démontré avec l'écrasante majorité d'entre eux qui déclarent avoir une meilleur maîtrise dans l'exécution de procédures en médecine d'urgence. Néanmoins on constate, également, un certain degré de déclin aussi physique qu'intellectuel chez les médecins. En effet, du point de vue physique, on perçoit ce déclin notamment en ce qui concerne la difficulté à récupérer après une garde et/ou par rapport à la moindre capacité à gérer un grand volume de patient, par exemple ; et, du point de vue intellectuel, ce constate se manifeste, en particulier, en ce qui concerne la moindre capacité de mémoire ainsi que par rapport au plus grand épuisement émotionnel, par exemple.

Au vu des résultats montrés par les questions relatives aux aspects qui amélioreraient la carrière des médecins d'urgence, il est clair que la Collège des médecins pour la fonction soins urgents spécialisés a un rôle jouer via l'étude et la proposition de mesures visant à d'améliorer la qualité de soins urgents octroyés. L'amélioration de la qualité des soins devrait être conçue comme un devoir éthique et social, car le système de santé traite de l'humain, du sujet, et son rôle est de procurer à l'amélioration de la santé de la population dont elle est mandatée.

La prestation de soins ne se réduisent pas à des procédures, à des coûts ni au remplissage des formulaires, mais bien à une présence, à un supplément d'âme qui agit pour contrer et soulager la souffrance dans un esprit qui relève plutôt de la compassion, de la dimension relationnelle que de la pure et simple présence physique ou de l'application déshumanisante d'un certain panoplie d'actes

techniques.

De ce point de vue la société toute entière a le majeur intérêt à améliorer les conditions de travail des médecins d'urgence, afin d'éviter, d'une part, l'épuisement aussi physique que mentale auquel la spécialité de soins urgents est soumise ; et d'autre part, la frustration provenant de services mal organisés et parfois en défaut vis-à-vis du respect que les professionnels de première ligne suscitent, inspirent et méritent. Car l'acte de soigner relève avant tout de la conscience qui va à l'encontre de la souffrance et/ou de la vulnérabilité d'autrui. L'acte de soigner c'est avoir une qualité de présence ou d'investissement personnel, imprégné d'empathie. Sans cette composante les soins se dénaturalisent et se vident de leur sens, bien que du point de vue techniques ils soient irréprochables.

Comme tout métier, la médecine doit avoir le souci de l'améliorer là où elle peut l'être.

Reconnaitre la qualité du travail, c'est d'abord et avant tout reconnaître l'existence de résistances qui opposent le réel à la maîtrise technique. Le réel du travail est ce qui objecte à la maîtrise et met la perfection en défaut.

ANNEXE 5

Projet KPI2 : Existence ou non d'un protocole
douleur

ziekenhuis	Tijdsduur om dit document in te vullen (min)	St Blasius Dendermonde	CHIREC Braine / Alleur	Clinique Andre Renard	St Jozef Malle	Saint Luc
Is er een protocol voor massa-transfusiebeleid?	nee	nee	ja	ja	1	5
Zijn er reanimatielijnen?						
up to date (ERC 105)	ja	ja	ja	ja	ja	ja
BLS	ja	ja	ja	ja	ja	ja
ALS	ja	ja	ja	ja	ja	ja
postresuscitation care	ja	ja	ja	nee	ja	ja
beëindigen van reanimatie	ja	ja	nee	nee	ja	ja
andere				familie bij rea		orgaandonatie, non heart beating
is er een protocol voor 'de moeilijke luchtweg'?	nee	ja	nee	ja	ja	ja
is er een protocol voor procedurele sedatie?						
met beeld en krank?	ja	nee	ja	nee	ja	ja
kalinox of ander	ja	ja	ja	nee	ja	ja
per os op voorschrift	nee	nee	ja	ja	ja	ja
per os staand order	ja	ja	ja	ja	ja	ja
IV op voorschrift	nee	ja	ja	ja	ja	ja
IV staand order	ja	ja	ja	ja	ja	ja
is er een protocol voor aanpak van infectieziekten?						
zo ja, welke infectieziekten?	ja	ja	griep, ebola, meningokok,	alge en spec ziekenhuis mening, anthrax, ...	ja	ja
Is er een protocol voor de aanpak van sepsis?	nee	nee	ja	nee	ja	ja
is er een protocol voor de aanpak van de acuut psychotische patiënt?	ja	nee	ja	ja	ja	ja
is er een protocol voor de aanpak van de agressieve patiënt?	ja	nee	nee	ja	ja	ja
is er een protocol voor rampenmanagement?						
interne ramp	ja	ja	ja	ja	ja	ja
externe ramp						
oefenbeleid	ja	nee	ja	ja	ja	ja

Geachte collega,

Binnen het Collège Kwaliteit werd door een groep artsen (diensthoofden, urgentisten, acutisten van zowel universitaire als niet-universitaire centra) een 40tal parameters geselecteerd uit een totaal van 350tal uit de internationale literatuur.

Deze parameters werden geselecteerd op basis van validiteit, betrouwbaarheid, accepteerbaar zijn en haalbaarheid in 8 grote deeldomeinen van ons werk op spoed (pijnbeleid, protocollen, werking van de dienst, hart en longziekten, sepsis, zorg voor kinderen, CVAzorg en traumazorg).

Een eerste groep parameters over pijnbeleid werd reeds geanalyseerd, waarvan de resultaten recent werden verspreid.

Mogen wij uw participatie vragen voor de tweede reeks van deze nationale studie? Deze gaat over de aanwezigheid en het gebruik van protocollen op uw dienst. Deze lijst (Excel file in bijlage) invullen vergt ca 10 minuten van uw tijd. Kunt u dit bestand ingevuld mailen naar 2kpiprotocol@gmail.com? De door u doorgestuurde gegevens zullen gebruikt worden in een positieve feedback cultuur (dus niet berispend) om zo ons werk te optimaliseren.

Extra inbreng is altijd welkom en zal met veel aandacht binnen het Collège kwaliteit behandeld worden.

Collegiale groeten,

dr. Adeline Higuet, voorzitster College Kwaliteit
dr. Bart Lesaffre, medewerker College Kwaliteit
dr. Thierry Schissler, medewerker College Kwaliteit

2. KPI protocollen

te mailen naar 2kpiprotool@gmail.com

uw email adres

naam ziekenhuis

adres ziekenhuis

naam diensthoofd

tijdsduur om dit document aan te vullen

Is er een protocol voor massa-transfusiebeleid?

ja nee

Zijn er reanimatierichtlijnen?

up to date (ERC 2015)

ja nee

BLS

ja nee

ALS

ja nee

postresuscitation care

ja nee

beëindigen van reanimatie

ja nee

andere

is er een protocol voor 'de moeilijke luchtweg'?

ja nee

is er een protocol voor procedurele sedatie?

ja nee

met beeld en klank?

ja nee

kalinox of ander

ja nee

is er een protocol voor opiaten toediening door verpleegkundigen?

ja nee

per os op voorschrift

ja nee

per os staand order

ja nee

IV op voorschrijft

ja nee

IV staand order

ja nee

is er een protocol voor aanpak van infectieziekten?

ja nee

zo ja, welke infectieziekten?

Is er een protocol voor de aanpak van sepsis?

ja nee

is er een protocol voor de aanpak van de acuut psychotische patiënt?

ja nee

is er een protocol voor de aanpak van de agressieve patiënt?

ja nee

is er een protocol voor rampenmanagement?

interne ramp

ja nee

externe ramp

ja nee

oefenbeleid

ja nee

Cher(e) collègue,

Le Collège de médecins pour la fonction soins urgents spécialisées a fait une sélection d'une quarantaine de paramètres de qualité (KPI) sur base de leur validité, acceptabilité, faisabilité et fiabilité qui se situent dans 8 domaines de soins d'urgences :

1. La gestion des AVC & AIT,
2. La gestion de la douleur,
3. La gestion des sepsis,
4. La gestion des trauma
5. Les maladies cardio-vasculaires,
6. Les procédures & protocoles,
7. Les soins pédiatriques,
8. L'organisation du travail.

Un premier groupe de paramètres ont été analysés et les résultats ont été récemment communiqués.

Nous vous invitons à participer à la deuxième partie de cette étude nationale qui concerne **l'existence et l'utilisation de protocoles dans votre service**. Compléter cette liste ne vous prendra pas plus que dix minutes.

Nous vous remercions d'envoyer ce fichier à l'adresse suivante:

2kpiprotocol@gmail.com

Les données que vous fournissez seront utilisées dans une culture de feedback positif pour optimiser votre travail et le nôtre.

Nous vous remercions beaucoup d'avance.

Cordialement,

Dr. Adeline Higuet, Présidente du Collège

Dr. Bart Lesaffre, collaborateur

Dr. Thierry Schissler, collaborateur

Protocole KPI 2

A renvoyer à 2kpiprotocol@gmail.com

Votre adresse email

Nom de l'hôpital

Adresse

Nom du Chef de Service

Temps pour compléter ce document

Y a-t-il un protocole pour transfusion pour shock hémorragique?

oui non

Y a-t-il un protocole de réanimation?

à jour? ERC 2015

oui non

BLS

oui non

ALS

oui non

soin post-réanimation

oui non

fin de réanimation

oui non

autre

champ libre

Y a-t-il un protocole pour voie aérienne difficile?

oui non

Y a-t-il un protocole pour sédation procédurelle?

avec image et son

oui non

kalinox ou autre

oui non

Y a-t-il un protocole pour l'administration d'opioïde par les infirmiers?

per os écrit

oui non

per os SOP (standard operation procedure)

oui non

iv écrit

oui non

iv SOP

oui non

Y a-t-il un protocole pour les maladies contagieuses?

Si oui, lesquelles?

champ libre

Y a-t-il un protocole pour la prise en charge des patients septiques?

oui non

Y a-t-il un protocole pour la prise en charge des patients psychotiques?

oui non

Y a-t-il un protocole pour la prise en charge des patients agressifs?

oui non

Y a-t-il un protocole pour les désastres?

désastre interne

oui non

désastre externe

oui non

protocole pour exercice régulier?

oui non

ANNEXE 6

KPI3 : Sepsis

KPI set over sepsis- versie 22 januari 2017

1. Uit de literatuur na de Delphi ronde

1. Time to antibiotics in sepsis of any cause (e.g. due to bacterial pneumonia, urosepsis, bacterial meningitis)
2. Percentage of patients with severe sepsis/septic shock for whom a resuscitation bundle incorporating early goal-directed therapy (MMS) was started immediately and completed within six hours of recognition of severe sepsis/septic shock.
3. Percentage of patients with severe sepsis or septic shock who were monitored for lactate clearance.
4. Percentage of severe sepsis/septic shock patients who survived (in-hospital; 28-day; 60-day).

2. aangepast aan recente literatuur (Surviving Sepsis Campaign)

1. Time to antibiotics in sepsis of any cause (e.g. due to bacterial pneumonia, urosepsis, bacterial meningitis) (t0: triage?, first medical contact (nurse/doctor?), ...?)
2. Do you follow the International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2016 (Surviving Sepsis Campaign)?
3. Percentage of patients with sepsis who were monitored for lactate clearance in the ER

Definition lactate clearance: 2 measurements of arterial lactate over 1 hour?

4. Percentage of sepsis/septic shock patients who survived (in-hospital; 28-day; 60-day).

Septic shock: clinical construct of sepsis with persisting hypotension requiring vasopressors to maintain MAP >65 mmHg and having a serum lactate level >2 mmol/l despite adequate volume resuscitation)

Nieuwe vragen?

- Do you use the SOFA score in the ED when managing patients suspected of having sepsis?
- Do you use qSOFA (alteration in mental status, systolic blood pressure <100mmHg, respiratory rate >22/min) in the ED?
- Do you use qSOFA in triage when a patient arrives with the suspicion of an infection?

APPENDIX 1. Recommendations and Best Practice Statements

A. INITIAL RESUSCITATION

1. Sepsis and septic shock are medical emergencies, and we recommend that treatment and resuscitation begin immediately (BPS).

2. We recommend that, in the resuscitation from sepsis-induced hypoperfusion, at least 30 mL/kg of IV crystalloid fluid be given within the first 3 hours (strong recommendation, low quality of evidence).

3. We recommend that, following initial fluid resuscitation, additional fluids be guided by frequent reassessment of hemodynamic status (BPS).

Remarks: Reassessment should include a thorough clinical examination and evaluation of available physiologic variables (heart rate, blood pressure, arterial oxygen saturation, respiratory rate, temperature, urine output, and others, as available) as well as other noninvasive or invasive monitoring, as available.

4. We recommend further hemodynamic assessment (such as assessing cardiac function) to determine the type of shock if the clinical examination does not lead to a clear diagnosis (BPS).

5. We suggest that dynamic over static variables be used to predict fluid responsiveness, where available (weak recommendation, low quality of evidence).

6. We recommend an initial target mean arterial pressure of 65 mm Hg in patients with septic shock requiring vasopressors (strong recommendation, moderate quality of evidence).

7. We suggest guiding resuscitation to normalize lactate in patients with elevated lactate levels as a marker of tissue hypoperfusion (weak recommendation, low quality of evidence).

B. SCREENING FOR SEPSIS AND PERFORMANCE IMPROVEMENT

1. We recommend that hospitals and hospital systems have a performance improvement program for sepsis, including sepsis screening for acutely ill, high risk patients (BPS).

C. DIAGNOSIS

1. We recommend that appropriate routine microbiologic cultures (including blood) be obtained before starting antimicrobial therapy in patients with suspected sepsis or septic shock if doing so results in no substantial delay in the start of antimicrobials (BPS).

Remarks: Appropriate routine microbiologic cultures always include at least two sets of blood cultures (aerobic and anaerobic).

D. ANTIMICROBIAL THERAPY

1. We recommend that administration of IV antimicrobials should be initiated as soon as possible after recognition and within one hour for both sepsis and septic shock (strong recommendation, moderate quality of evidence).

2. We recommend empiric broad-spectrum therapy with one or more antimicrobials for patients presenting with sepsis or septic shock to cover all likely pathogens (including bacterial and potentially fungal or viral coverage) (strong recommendation, moderate quality of evidence).

3. We recommend that empiric antimicrobial therapy be narrowed once pathogen identification and sensitivities are established and/or adequate clinical improvement is noted (BPS).

4. We recommend against sustained systemic antimicrobial prophylaxis in patients with severe inflammatory states of noninfectious origin (e.g., severe pancreatitis, burn injury) (BPS).

5. We recommend that dosing strategies of antimicrobials be optimized based on accepted pharmacokinetic/pharmacodynamic principles and specific drug properties in patients with sepsis or septic shock (BPS).

6. We suggest empiric combination therapy (using at least two antibiotics of different antimicrobial classes) aimed at the most likely bacterial pathogen(s) for the initial management of septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).

Remarks: Readers should review Table 6 for definitions of empiric, targeted/definitive, broad-spectrum, combination, and multidrug therapy before reading this section.

7. We suggest that combination therapy not be routinely used for ongoing treatment of most other serious infections, including bacteremia and sepsis without shock (weak recommendation, low quality of evidence).

Remarks: This does not preclude the use of multidrug therapy to broaden antimicrobial activity.

8. We recommend against combination therapy for the routine treatment of neutropenic sepsis/bacteremia (strong recommendation, moderate quality of evidence).

Remarks: This does not preclude the use of multidrug therapy to broaden antimicrobial activity.

(Continued)

APPENDIX 1. (Continued). Recommendations and Best Practice Statements

9. If combination therapy is used for septic shock, we recommend de-escalation with discontinuation of combination therapy within the first few days in response to clinical improvement and/or evidence of infection resolution. This applies to both targeted (for culture-positive infections) and empiric (for culture-negative infections) combination therapy (BPS).
 10. We suggest that an antimicrobial treatment duration of 7 to 10 days is adequate for most serious infections associated with sepsis and septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).
 11. We suggest that longer courses are appropriate in patients who have a slow clinical response, undrainable foci of infection, bacteremia with *Staphylococcus aureus*, some fungal and viral infections, or immunologic deficiencies, including neutropenia (weak recommendation, low quality of evidence).
 12. We suggest that shorter courses are appropriate in some patients, particularly those with rapid clinical resolution following effective source control of intra-abdominal or urinary sepsis and those with anatomically uncomplicated pyelonephritis (weak recommendation, low quality of evidence).
 13. We recommend daily assessment for de-escalation of antimicrobial therapy in patients with sepsis and septic shock (BPS).
 14. We suggest that measurement of procalcitonin levels can be used to support shortening the duration of antimicrobial therapy in sepsis patients (weak recommendation, low quality of evidence).
 15. We suggest that procalcitonin levels can be used to support the discontinuation of empiric antibiotics in patients who initially appeared to have sepsis, but subsequently have limited clinical evidence of infection (weak recommendation, low quality of evidence).
-

E. SOURCE CONTROL

1. We recommend that a specific anatomic diagnosis of infection requiring emergent source control should be identified or excluded as rapidly as possible in patients with sepsis or septic shock, and that any required source control intervention should be implemented as soon as medically and logistically practical after the diagnosis is made (BPS).
 2. We recommend prompt removal of intravascular access devices that are a possible source of sepsis or septic shock after other vascular access has been established (BPS).
-

F. FLUID THERAPY

1. We recommend that a fluid challenge technique be applied where fluid administration is continued as long as hemodynamic factors continue to improve (BPS).
 2. We recommend crystalloids as the fluid of choice for initial resuscitation and subsequent intravascular volume replacement in patients with sepsis and septic shock (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 3. We suggest using either balanced crystalloids or saline for fluid resuscitation of patients with sepsis or septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).
 4. We suggest using albumin in addition to crystalloids for initial resuscitation and subsequent intravascular volume replacement in patients with sepsis and septic shock, when patients require substantial amounts of crystalloids (weak recommendation, low quality of evidence).
 5. We recommend against using hydroxyethyl starches for intravascular volume replacement in patients with sepsis or septic shock (strong recommendation, high quality of evidence).
 6. We suggest using crystalloids over gelatins when resuscitating patients with sepsis or septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).
-

G. VASOACTIVE MEDICATIONS

1. We recommend norepinephrine as the first-choice vasopressor (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 2. We suggest adding either vasopressin (up to 0.03 U/min) (weak recommendation, moderate quality of evidence) or epinephrine (weak recommendation, low quality of evidence) to norepinephrine with the intent of raising mean arterial pressure to target, or adding vasopressin (up to 0.03 U/min) (weak recommendation, moderate quality of evidence) to decrease norepinephrine dosage.
 3. We suggest using dopamine as an alternative vasopressor agent to norepinephrine only in highly selected patients (e.g., patients with low risk of tachyarrhythmias and absolute or relative bradycardia) (weak recommendation, low quality of evidence).
 4. We recommend against using low-dose dopamine for renal protection (strong recommendation, high quality of evidence).
 5. We suggest using dobutamine in patients who show evidence of persistent hypoperfusion despite adequate fluid loading and the use of vasopressor agents (weak recommendation, low quality of evidence).
-

(Continued)

APPENDIX 1. (Continued). Recommendations and Best Practice Statements

Remarks: If initiated, dosing should be titrated to an end point reflecting perfusion, and the agent reduced or discontinued in the face of worsening hypotension or arrhythmias.

6. We suggest that all patients requiring vasopressors have an arterial catheter placed as soon as practical if resources are available (weak recommendation, very low quality of evidence).
-

H. CORTICOSTEROIDS

1. We suggest against using IV hydrocortisone to treat septic shock patients if adequate fluid resuscitation and vasopressor therapy are able to restore hemodynamic stability. If this is not achievable, we suggest IV hydrocortisone at a dose of 200mg per day (weak recommendation, low quality of evidence).
-

I. BLOOD PRODUCTS

1. We recommend that RBC transfusion occur only when hemoglobin concentration decreases to < 7.0g/dL in adults in the absence of extenuating circumstances, such as myocardial ischemia, severe hypoxemia, or acute hemorrhage (strong recommendation, high quality of evidence).
 2. We recommend against the use of erythropoietin for treatment of anemia associated with sepsis (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 3. We suggest against the use of fresh frozen plasma to correct clotting abnormalities in the absence of bleeding or planned invasive procedures (weak recommendation, very low quality of evidence).
 4. We suggest prophylactic platelet transfusion when counts are < 10,000/mm³ ($10 \times 10^9/L$) in the absence of apparent bleeding and when counts are < 20,000/mm³ ($20 \times 10^9/L$) if the patient has a significant risk of bleeding. Higher platelet counts ($\geq 50,000/mm^3$ [$50 \times 10^9/L$]) are advised for active bleeding, surgery, or invasive procedures (weak recommendation, very low quality of evidence).
-

J. IMMUNOGLOBULINS

1. We suggest against the use of IV immunoglobulins in patients with sepsis or septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).
-

K. BLOOD PURIFICATION

1. We make no recommendation regarding the use of blood purification techniques.
-

L. ANTICOAGULANTS

1. We recommend against the use of antithrombin for the treatment of sepsis and septic shock (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 2. We make no recommendation regarding the use of thrombomodulin or heparin for the treatment of sepsis or septic shock.
-

M. MECHANICAL VENTILATION

1. We recommend using a target tidal volume of 6 mL/kg predicted body weight compared with 12 mL/kg in adult patients with sepsis-induced acute respiratory distress syndrome (ARDS) (strong recommendation, high quality of evidence).
 2. We recommend using an upper limit goal for plateau pressures of 30 cm H₂O over higher plateau pressures in adult patients with sepsis-induced severe ARDS (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 3. We suggest using higher positive end-expiratory pressure (PEEP) over lower PEEP in adult patients with sepsis-induced moderate to severe ARDS (weak recommendation, moderate quality of evidence).
 4. We suggest using recruitment maneuvers in adult patients with sepsis-induced, severe ARDS (weak recommendation, moderate quality of evidence).
 5. We recommend using prone over supine position in adult patients with sepsis-induced ARDS and a Pao₂/Fio₂ ratio < 150 (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 6. We recommend against using high-frequency oscillatory ventilation in adult patients with sepsis-induced ARDS (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 7. We make no recommendation regarding the use of noninvasive ventilation for patients with sepsis-induced ARDS.
 8. We suggest using neuromuscular blocking agents for ≤ 48 hours in adult patients with sepsis-induced ARDS and a Pao₂/Fio₂ ratio < 150 mm Hg (weak recommendation, moderate quality of evidence).
 9. We recommend a conservative fluid strategy for patients with established sepsis-induced ARDS who do not have evidence of tissue hypoperfusion (strong recommendation, moderate quality of evidence).
-

(Continued)

APPENDIX 1. (Continued). Recommendations and Best Practice Statements

10. We recommend against the use of β -2 agonists for the treatment of patients with sepsis-induced ARDS without bronchospasm (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 11. We recommend against the routine use of the pulmonary artery catheter for patients with sepsis-induced ARDS (strong recommendation, high quality of evidence).
 12. We suggest using lower tidal volumes over higher tidal volumes in adult patients with sepsis-induced respiratory failure without ARDS (weak recommendation, low quality of evidence).
 13. We recommend that mechanically ventilated sepsis patients be maintained with the head of the bed elevated between 30 and 45 degrees to limit aspiration risk and to prevent the development of ventilator-associated pneumonia (strong recommendation, low quality of evidence).
 14. We recommend using spontaneous breathing trials in mechanically ventilated patients with sepsis who are ready for weaning (strong recommendation, high quality of evidence).
 15. We recommend using a weaning protocol in mechanically ventilated patients with sepsis-induced respiratory failure who can tolerate weaning (strong recommendation, moderate quality of evidence).
-

N. SEDATION AND ANALGESIA

1. We recommend that continuous or intermittent sedation be minimized in mechanically ventilated sepsis patients, targeting specific titration end points (BPS).
-

O. GLUCOSE CONTROL

1. We recommend a protocolized approach to blood glucose management in ICU patients with sepsis, commencing insulin dosing when two consecutive blood glucose levels are $> 180\text{ mg/dL}$. This approach should target an upper blood glucose level $\leq 180\text{ mg/dL}$ rather than an upper target blood glucose level $\leq 110\text{ mg/dL}$ (strong recommendation, high quality of evidence).
 2. We recommend that blood glucose values be monitored every 1 to 2 hours until glucose values and insulin infusion rates are stable, then every 4 hours thereafter in patients receiving insulin infusions (BPS).
 3. We recommend that glucose levels obtained with point-of-care testing of capillary blood be interpreted with caution because such measurements may not accurately estimate arterial blood or plasma glucose values (BPS).
 4. We suggest the use of arterial blood rather than capillary blood for point-of-care testing using glucose meters if patients have arterial catheters (weak recommendation, low quality of evidence).
-

P. RENAL REPLACEMENT THERAPY

1. We suggest that either continuous or intermittent renal replacement therapy (RRT) be used in patients with sepsis and acute kidney injury (weak recommendation, moderate quality of evidence).
 2. We suggest using continuous therapies to facilitate management of fluid balance in hemodynamically unstable septic patients (weak recommendation, very low quality of evidence).
 3. We suggest against the use of RRT in patients with sepsis and acute kidney injury for increase in creatinine or oliguria without other definitive indications for dialysis (weak recommendation, low quality of evidence).
-

Q. BICARBONATE THERAPY

1. We suggest against the use of sodium bicarbonate therapy to improve hemodynamics or to reduce vasopressor requirements in patients with hypoperfusion-induced lactic acidemia with $\text{pH} \geq 7.15$ (weak recommendation, moderate quality of evidence).
-

R. VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS

1. We recommend pharmacologic prophylaxis (unfractionated heparin [UFH] or low-molecular-weight heparin [LMWH]) against venous thromboembolism (VTE) in the absence of contraindications to the use of these agents (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 2. We recommend LMWH rather than UFH for VTE prophylaxis in the absence of contraindications to the use of LMWH (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 3. We suggest combination pharmacologic VTE prophylaxis and mechanical prophylaxis, whenever possible (weak recommendation, low quality of evidence).
 4. We suggest mechanical VTE prophylaxis when pharmacologic VTE is contraindicated (weak recommendation, low quality of evidence).
-

(Continued)

APPENDIX 1. (Continued). Recommendations and Best Practice Statements

S. STRESS ULCER PROPHYLAXIS

1. We recommend that stress ulcer prophylaxis be given to patients with sepsis or septic shock who have risk factors for gastrointestinal (GI) bleeding (strong recommendation, low quality of evidence).
 2. We suggest using either proton pump inhibitors or histamine-2 receptor antagonists when stress ulcer prophylaxis is indicated (weak recommendation, low quality of evidence).
 3. We recommend against stress ulcer prophylaxis in patients without risk factors for GI bleeding (BPS).
-

T. NUTRITION

1. We recommend against the administration of early parenteral nutrition alone or parenteral nutrition in combination with enteral feedings (but rather initiate early enteral nutrition) in critically ill patients with sepsis or septic shock who can be fed enterally (strong recommendation, moderate quality of evidence).
2. We recommend against the administration of parenteral nutrition alone or in combination with enteral feeds (but rather to initiate IV glucose and advance enteral feeds as tolerated) over the first 7 days in critically ill patients with sepsis or septic shock for whom early enteral feeding is not feasible (strong recommendation, moderate quality of evidence).
3. We suggest the early initiation of enteral feeding rather than a complete fast or only IV glucose in critically ill patients with sepsis or septic shock who can be fed enterally (weak recommendation, low quality of evidence).
4. We suggest either early trophic/hypocaloric or early full enteral feeding in critically ill patients with sepsis or septic shock; if trophic/hypocaloric feeding is the initial strategy, then feeds should be advanced according to patient tolerance (weak recommendation, moderate quality of evidence).
5. We recommend against the use of omega-3 fatty acids as an immune supplement in critically ill patients with sepsis or septic shock (strong recommendation, low quality of evidence).
6. We suggest against routinely monitoring gastric residual volumes in critically ill patients with sepsis or septic shock (weak recommendation, low quality of evidence). However, we suggest measurement of gastric residuals in patients with feeding intolerance or who are considered to be at high risk of aspiration (weak recommendation, very low quality of evidence).

Remarks: This recommendation refers to nonsurgical critically ill patients with sepsis or septic shock.

7. We suggest the use of prokinetic agents in critically ill patients with sepsis or septic shock and feeding intolerance (weak recommendation, low quality of evidence).
 8. We suggest placement of post-pyloric feeding tubes in critically ill patients with sepsis or septic shock with feeding intolerance or who are considered to be at high risk of aspiration (weak recommendation, low quality of evidence).
 9. We recommend against the use of IV selenium to treat sepsis and septic shock (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 10. We suggest against the use of arginine to treat sepsis and septic shock (weak recommendation, low quality of evidence).
 11. We recommend against the use of glutamine to treat sepsis and septic shock (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 12. We make no recommendation about the use of carnitine for sepsis and septic shock.
-

U. SETTING GOALS OF CARE

1. We recommend that goals of care and prognosis be discussed with patients and families (BPS).
 2. We recommend that goals of care be incorporated into treatment and end-of-life care planning, utilizing palliative care principles where appropriate (strong recommendation, moderate quality of evidence).
 3. We suggest that goals of care be addressed as early as feasible, but no later than within 72 hours of ICU admission (weak recommendation, low quality of evidence).
-