

Rapport meldactie 'Spoedzorg'

Marleen ten Horn, beleidsadviseur Patiëntenfederatie Nederland
Jan-Willem Mulder, senior beleidsadviseur Patiëntenfederatie Nederland

Februari 2017

COLOFON

Patiëntenfederatie Nederland

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
Churchillaan 11
3524 GV Utrecht

Telefoon: (030) 297 03 03
Email: info@patientenfederatie.nl
Website: www.patientenfederatie.nl

De in dit rapport opgenomen informatie mag worden gebruikt met bronvermelding.

Utrecht, februari 2017

Inhoudsopgave

1	Meldactie 'Spoedzorg'	4
1.1	Werving van deelnemers	4
1.2	Opzet vragenlijst.....	4
2	Profiel deelnemers.....	5
3	Resultaten	7
3.1	Eerste contact.....	7
3.2	Spoedzorg bij de huisarts (overdag).....	10
3.3	Spoedzorg bij de HAP	14
3.4	Spoedzorg bij de SEH in het ziekenhuis.....	20
3.5	Tenslotte: stellingen over spoedzorg	27
4	Conclusies en aanbevelingen	30

1 Meldactie 'Spoedzorg'

Van 26 augustus t/m 12 september 2016 liep de meldactie 'Spoedzorg'. Onder spoedzorg verstaan wij in dit rapport: acute zorg die geleverd wordt door de huisarts, de huisartsenpost (HAP), de ambulancedienst, de afdeling spoedeisende hulpafdeling (SEH) in een ziekenhuis en de spoedpost/spoedplein (combinatie van een HAP met een SEH). Patiëntenfederatie Nederland, haar leden en andere patiëntenorganisaties zijn betrokken bij verschillende projecten die als doel hebben om de kwaliteit van spoedzorg te verbeteren. Om input te krijgen voor deze projecten, vroegen wij aan deelnemers van het Zorgpanel om ervaringen met spoedzorg te delen. Wat ging goed en wat kon beter? We vroegen expliciet naar ervaringen met spoedzorg in de afgelopen 2 jaar.

Wat doen we met de resultaten van deze meldactie?

We gebruiken de input uit deze meldactie voor verschillende kwaliteitsprojecten waar patiëntenorganisaties en Patiëntenfederatie Nederland een bijdrage aan leveren. Bijvoorbeeld een project over de kwaliteit van de spoedzorgketen dat wordt uitgevoerd door Zorginstituut Nederland, in samenwerking met alle relevante stakeholders. En het project 'Kwaliteitskader intramurale spoedzorg' dat wordt uitgevoerd door wetenschappelijke verenigingen en waarbij Patiëntenfederatie Nederland als werkgroep lid deelneemt. De resultaten van de meldactie laten zien welke knelpunten patiënten ervaren bij spoedzorg. Door deze knelpunten in te brengen in de bovengenoemde projecten, kunnen de betrokken partijen naar oplossingen zoeken. De ervaringen van patiënten helpen de spoedzorg in Nederland dus beter én patiëntgerichter te maken.

1.1 Werving van deelnemers

In het voorjaar 2016 is een oproep over spoedzorg gestuurd naar het Zorgpanel van de Patiëntenfederatie. We vroegen mensen of zij de afgelopen 2 jaar te maken hadden met spoedzorg (voor zichzelf of voor een naaste) en of zij bereid waren om een vragenlijst in te vullen. 1.922 panelleden antwoordden instemmend en kregen de vragenlijst aan het einde van de zomer toegestuurd. Van deze groep vulden 1.127 mensen de vragenlijst over spoedzorg in. Daarmee komt het responspercentage op 59%. Dit geeft een goed beeld van de ervaringen van mensen met spoedzorg.

1.2 Opzet vragenlijst

De resultaten geven inzicht in ervaringen met spoedzorg. De vragenlijst bevat een algemeen deel dat door alle deelnemers ingevuld werd. Daarna volgden drie onderdelen:

- Spoedzorg bij de huisarts (overdag)
- Spoedzorg bij de HAP
- Spoedzorg bij de SEH in het ziekenhuis

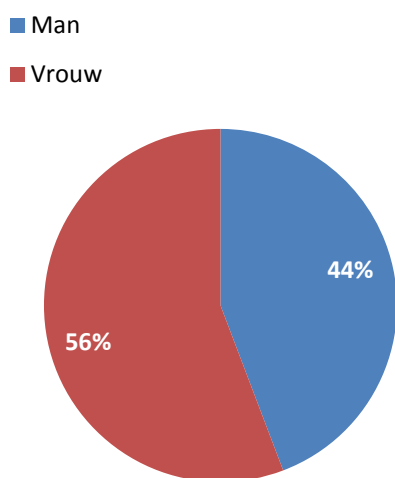
De onderdelen bevatten voor het grootste deel dezelfde vragen. Deelnemers vulden slechts één van de drie onderdelen in, afhankelijk van de plek waar zij met hun spoedvraag naar toe gingen en behandeld werden. De vragenlijst eindigde met een aantal algemene stellingen over spoedzorg. Deze waren gericht op alle deelnemers.

In dit rapport geven we de resultaten per onderdeel weer. Ook richt een deel van dit rapport zich op de algemene bevindingen, die voor alle onderdelen gelden.

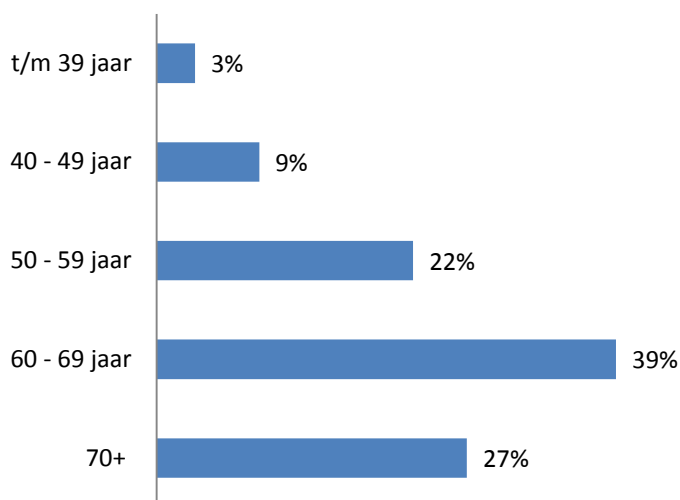
2 Profiel deelnemers

1.127 mensen vulden de vragenlijst over spoedzorg in. Het profiel van de respondenten is als volgt samen te vatten:

- 56% van de deelnemers is vrouw, 44% is man (figuur 1).
- Figuur 2 geeft een beeld van de leeftijd van de respondenten. 88% is 50 jaar of ouder.
- Van de deelnemers heeft 91% één of meer chronische aandoeningen (figuur 3). Deze deelnemers hebben met name te maken met hart- en vaatziekten (35%), reumatische aandoening (28%) en astma/COPD (28%; figuur 4).
- Van de deelnemers is 12% lager opgeleid, 45% middelbaar opgeleid en 43% hoger opgeleid (figuur 5).
 - Lager onderwijs: deelnemers met geen onderwijs afgerond, lagere school, lager beroepsonderwijs en voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs.
 - Middelbaar onderwijs: deelnemers met middelbaar algemeen onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en voortgezet algemeen onderwijs.
 - Hoger onderwijs: deelnemers met hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs.
- De deelnemers komen voornamelijk uit Zuid-Holland (19%), Noord-Brabant (19%), Gelderland (19%) en Noord-Holland (19%; figuur 6).

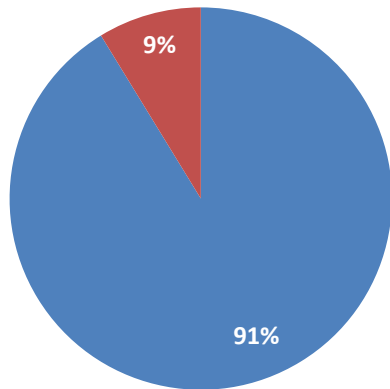


Figuur 1: Bent u een man of vrouw? (N = 986)

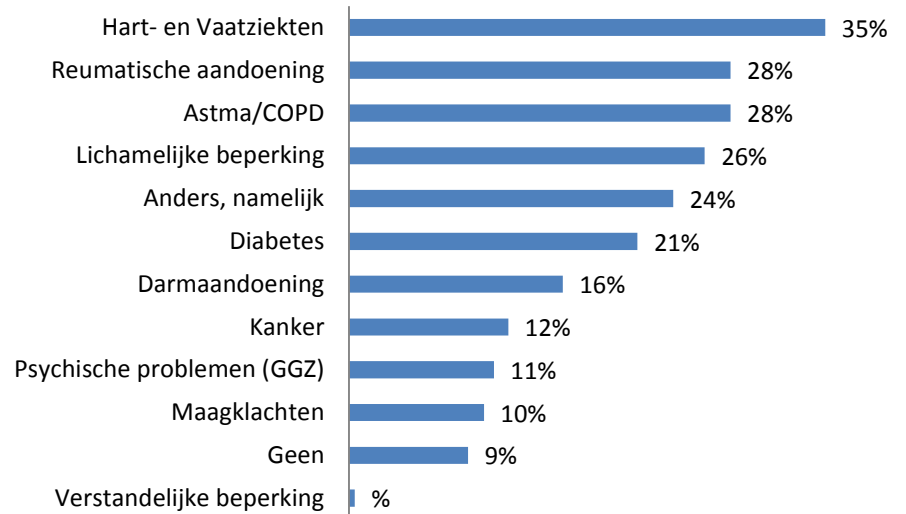


Figuur 2: Leeftijdscategorieën (N = 978)

- 1 of meer chronische aandoening(en)
- Geen chronische aandoening

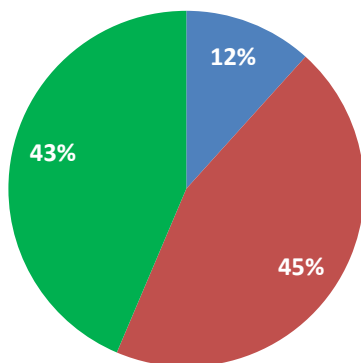


Figuur 3: Heeft u een chronische aandoening?

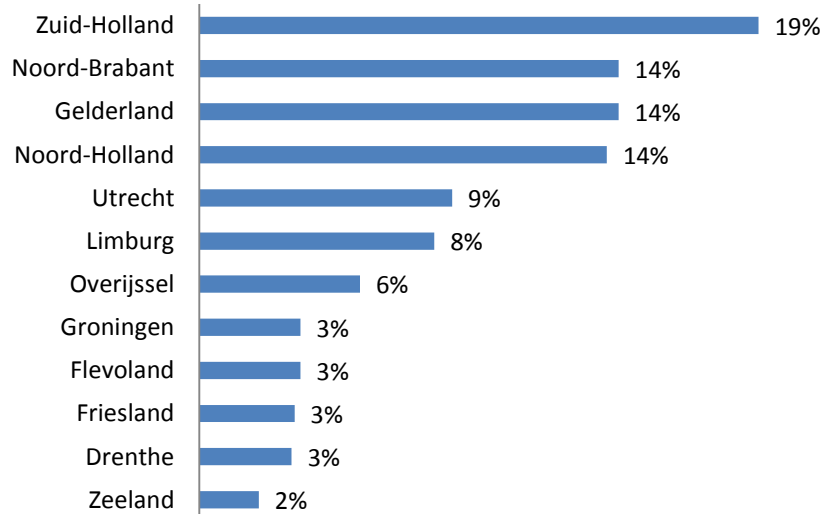


Figuur 4: Welke chronische aandoening(en) heeft u?

- Lager opgeleid
- Middelbaar opgeleid
- Hoger opgeleid



Figuur 5: Hoogst afgerond opleidingsniveau (N = 924)



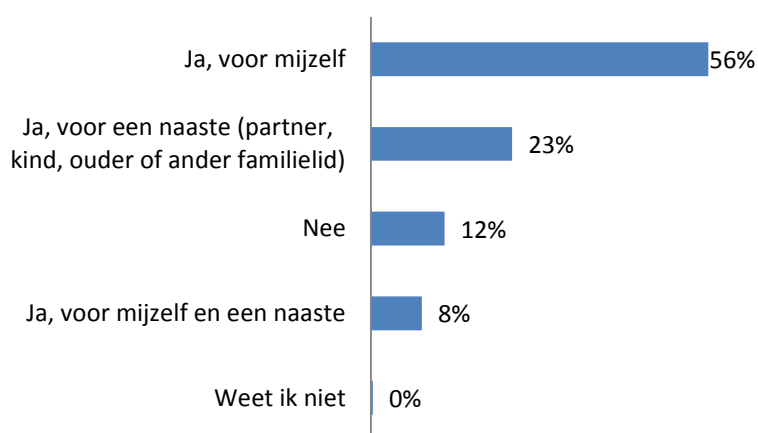
Figuur 6: Provincie (N = 976)

3 Resultaten

3.1 Eerste contact

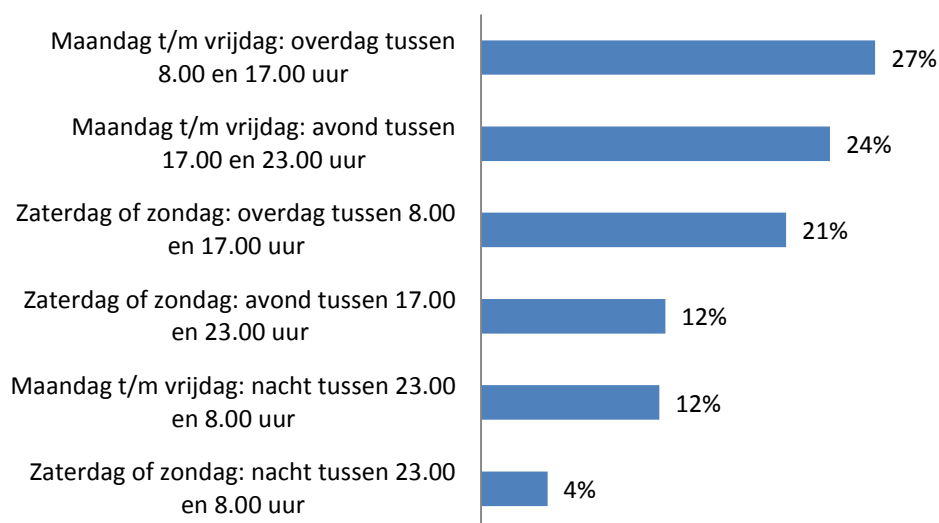
Aard en tijdstip van de spoedvraag

1.127 mensen vulden de vragenlijst over spoedzorg in. 628 deelnemers hadden in de afgelopen 2 jaar zelf spoedzorg nodig (56%, zie figuur 7). 263 deelnemers zijn voor een naaste in aanraking geweest met spoedzorg (23%). 95 deelnemers (8%) kwamen voor zowel zichzelf als voor een naaste in aanraking met spoedzorg. Van deze laatste groep vulde 59% van de deelnemers de vragenlijst in voor de eigen ervaring met spoedzorg en 41% voor de ervaring die zij hadden met een naaste. De mensen zonder ervaring met spoedzorg vielen buiten de doelgroep en werden direct naar het einde van de vragenlijst geleid.



Figuur 7: Heeft u ervaring met spoedzorg? (N = 1.127)

Figuur 8 laat zien wanneer mensen gebruik maakten van spoedzorg. 610 deelnemers maakten doordeweeks gebruik van spoedzorg. Meestal was dat tijdens kantooruren of tussen 17.00 en 23.00 uur. 368 deelnemers maakten in het weekend gebruik van spoedzorg.



Figuur 8: Wanneer maakte u gebruik van spoedzorg? (N = 978)

Op de vraag of mensen wisten waar zij terecht konden met hun spoedvraag, antwoordden 24 deelnemers (2,5%) dat zij niet wisten waar zij terecht konden. 55 deelnemers (6%) wisten dit enigszins en 91% van de deelnemers wist dit wel. Mensen weten buiten kantooruren ('s nachts of in het weekend) iets beter waar zij terecht kunnen dan wanneer de spoedvraag overdag doordeweeks is (92% versus 89% wist waar hij/zij terecht kon voor spoedzorg).

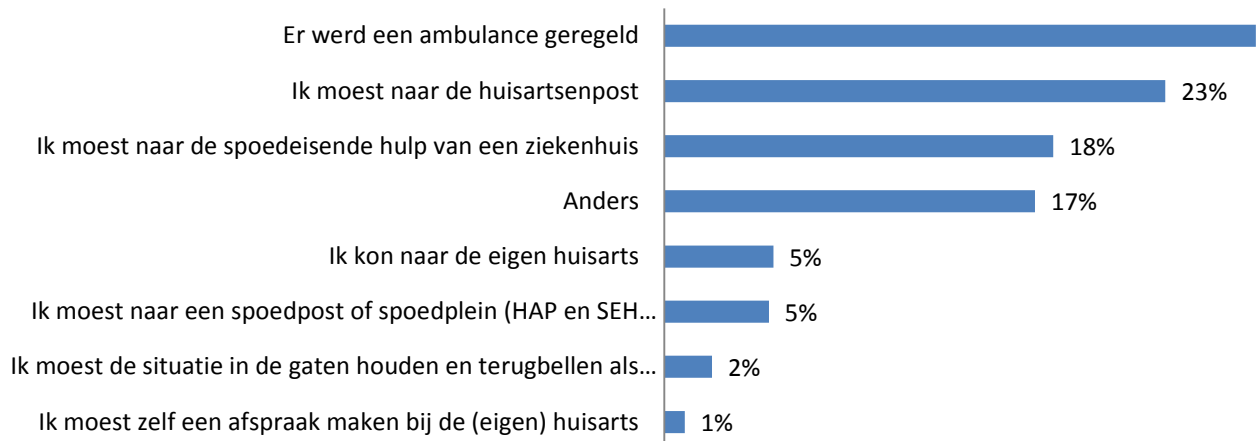
Vervolgens konden mensen aangeven wat hun spoedvraag inhield. De tabel hieronder vat de antwoorden samen.

Aard van de spoedvraag	Aantal keer genoemd
Hartklachten	134
Pijn	128
Trauma/ongeval	96
Long- en luchtwegproblemen	82
Onwel geworden/bewustzijn verloren	60
Infectie/ontsteking	52
Maag/darmproblemen	50
Breuk	47
Bloeding	41
Pijn en/of druk op de borst	40
Nier/urineproblemen	37
Koorts	35
Verstoorde doorbloeding (TIA, embolie)	30
Wond	20
Allergische reactie	18
Uitvalsverschijnselen	9

Eerste contact met spoedzorg (triage)

Het grootste deel van de respondenten (48%, n=472) heeft als eerste contact opgenomen met de huisartsenpost. De huisarts is als eerste gebeld in 19% van de gevallen, terwijl bij 13% 112 is gebeld. Bij 'anders, namelijk..' geeft een aantal deelnemers aan dat zij niet eerst gebeld hebben toen spoedzorg nodig was. Zij zijn rechtstreeks naar de huisarts, HAP of de SEH gegaan.

We vroegen mensen welke situatie op hen van toepassing is, zie figuur 9. 28% van de mensen is opgehaald door een ambulance (n=260). 24% moest naar de huisartsenpost en 18% moest naar de SEH gaan. Mensen die 'anders, namelijk..' invulden gaven vaak aan dat een huisarts (de eigen of een huisarts van de HAP) op huisbezoek kwam.



Figuur 9: Wat is op uw situatie van toepassing? (N = 938)

Vervolgens vroegen we aan mensen wat zij van het advies dat zij aan de telefoon kregen, vonden. Opvallend is dat 11% (n=100) het advies niet juist vond. En 7,5% (n=70) aangeeft geen advies te hebben gekregen. 78% van de deelnemers vond dat hij/zij een juist advies kreeg aan de telefoon. 7% van de deelnemers vond dat hij/zij lang moest wachten voordat er iemand aan de lijn kwam. Een kwart van de mensen (24%) moest een acceptabele tijd wachten aan de telefoon en 60% werd snel te woord gestaan. De mensen die als advies kregen om de situatie in de gaten te houden en terug te bellen bij verslechtering waren het minst tevreden over het advies dat zij kregen. Dat geldt ook voor de mensen die als advies kregen om zelf een afspraak met de huisarts te maken. De mensen met het advies om terug te bellen bij verslechtering ervaarden ook de langste wachttijd.

Wilt u nog iets kwijt over het eerste telefonische contact (de triage) bij spoedzorg?

Positieve ervaringen

“Ze hielden me aan de lijn. Ik mocht niet ophangen. Maar omdat ik een prepaid telefoon heb, belden ze me terug. Ze begeleidden me tot de ambulance er was.”

“Vriendelijk, duidelijke instructies”

“Eerste contact was met huisartsenpost. Wilde advies van arts. Arts stond echter binnen half uur voor mijn deur. Accuraat gehandeld dus”

“Er werden adequate, ter zake doende vragen gesteld. De conclusie was dat ik direct mocht komen.”

Negatieve ervaringen

“Kreeg advies om opnieuw contact op te nemen met huisarts. Werd van ‘het kastje naar de muur’ gestuurd!”

“Het geneuzel over verzekering is erg irritant”

“Huisartsenpost was op zaterdag slecht bereikbaar. Moest minimaal 30 min wachten aan de telefoon”

“Een assistente volgt een procedure, met allerlei vragen, maar in een noodgeval moet vooral snel gehandeld worden, op leven en dood is er geen half werk mogelijk.”

“Partner is in tussen bekend dus zou veel sneller kunnen”

“Achteraf bleek dat ik gelijk door moest naar SEH i.p.v. de HAP”

“Werd allemaal erg gebagatelliseerd, terwijl bleek dat ik diepe tweedegraads brandwonden had”

“Terug bellen is ok als het binnen 10 minuten gebeurt. Ik moest langer dan 30 minuten wachten.”

3.2 Spoedzorg bij de huisarts (overdag)

Deze paragraaf gaat over spoedzorg bij de huisarts (overdag). 111 deelnemers vulden dit deel van de vragenlijst in. Hoewel het onderscheid in de vragenlijst was aangegeven, lijken sommige antwoorden voor de huisartsenpost te zijn gegeven, en niet sec voor de huisarts. Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat het voor mensen niet altijd duidelijk is waar ze nu precies terecht kwamen. Voor de interpretatie van de resultaten is het goed dit in ogenschouw te nemen.

Tevredenheid over spoedzorg bij de huisarts

We vroegen mensen om een rapportcijfer te geven aan de spoedzorg die zij bij de huisarts kregen. Het gemiddelde cijfer voor spoedzorg bij de huisarts is een **7,6**. Hieruit blijkt dat er ruimte is tot verbetering en dat mensen niet meer dan redelijk tevreden zijn. Van de 109 mensen die een cijfer gaven, waren er 13 die een 5 of lager gaven (12%).

In een open veld beschreven mensen wat zij goed vonden aan de spoedzorg die zij kregen bij de huisarts. Daarbij kwamen de snelheid van zorgverlening, bejegening en het geven van de juiste behandeling naar voren in de citaten.

Wat ging goed?

“De snelheid waarmee ik behandeld werd was goed te noemen, de dienstdoende huisarts moest weliswaar van zijn bed gelicht worden maar was er binnen redelijke tijd”

“Er werd geluisterd en mij als ervaringsdeskundige ook genomen”

“Adequaat ingrijpen en juiste antibiotica voorgeschreven”

“Uitgebreide informatie zowel mondeling als schriftelijk. Uitleg over de behandeling. Ook risico's en wat te doen bij symptomen van verergering”

Vervolgens vroegen wij mensen wat beter kon. Deze aspecten noemden mensen het vaakst (op volgorde van meest genoemd):

- Beoordeling van de klachten. Het blijkt uit meerdere citaten dat mensen er nog al eens mee te maken hadden, dat de huisarts of assistent klachten (in eerste instantie) verkeerd inschatte.
- Communicatie tussen de zorgverleners. Mensen verwachten dat zorgverleners afstemmen wat nodig is. Dat blijkt beter te kunnen. Op basis van de citaten valt te denken aan de afstemming tussen de huisarts en de huisartsenpost en afstemming tussen de assistent en de huisarts.

- Wachttijd in de wachtkamer. Deze wordt nog al eens als te lang ervaren. Het ontbreken van adequate informatie over het waarom en de verwachting is ook een knelpunt.

Wat kon er beter?

“De inschatting van de klacht door de assistente”

“We zijn in totaal 4x bij de huisarts geweest. De juiste diagnose is toen niet gesteld”

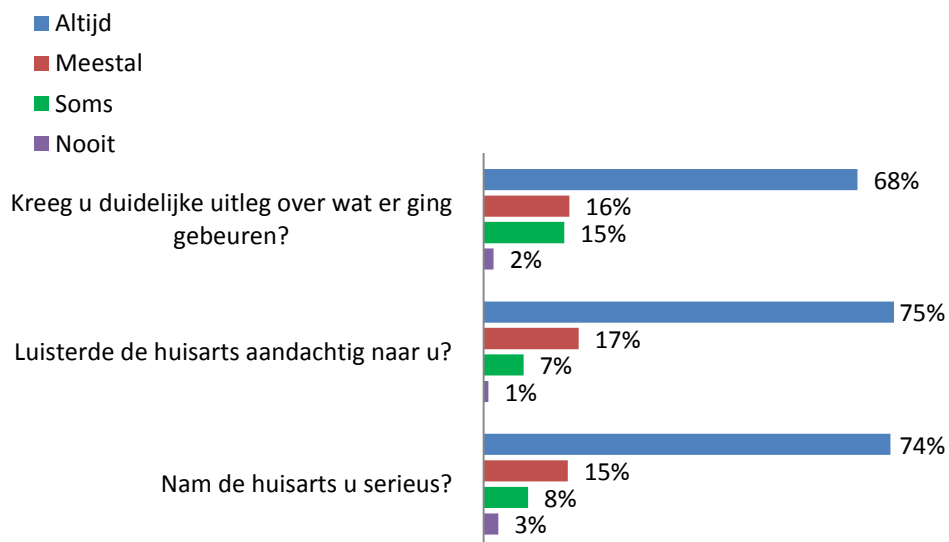
“Betere afstemming tussen assistente en arts”

“Berichtgeving van en naar de huisartsenpost omdat er maar 1 middel werkte en dat zijn opiaten”

“Veel en veel te lang moeten wachten in de wachtkamer, 2 uur”

Ervaren bejegening en informatievoorziening

Figuur 10 laat zien hoe mensen de bejegening bij de huisarts hebben ervaren. De resultaten laten zien dat hier verbeteringen nodig zijn. Eén op de drie mensen kreeg niet altijd duidelijke uitleg over wat er ging gebeuren. Een kwart van de mensen (n=28) geeft aan dat de huisarts niet altijd aandachtig naar hen luisterde. Iets meer dan een kwart van de mensen (n=29) ervoer dat hij/zij niet altijd serieus werd genomen.



Figuur 10: Ervaren bejegening van patiënten die met een spoedvraag bij de huisarts waren

16 deelnemers zijn (heel) ontevreden over de snelheid waarmee hij/zij geholpen werd (15%) en 9% is neutraal. 15 deelnemers geven aan dat zij tegenstrijdige informatie of adviezen kregen.

Diagnose en behandeling

Driekwart van de deelnemers heeft een diagnose gekregen bij de huisarts (n=84). De overige deelnemers hebben geen diagnose gekregen (22%) of weten dit niet (2%). 4% (n=3) kreeg volgens hen een verkeerde diagnose bij de huisarts. Bij 96% van de deelnemers was de diagnose goed gesteld, hoewel dat in 12%

van de gevallen langzaam ging.

Enkele reacties van deelnemers over het stellen van de diagnose bij de huisarts:

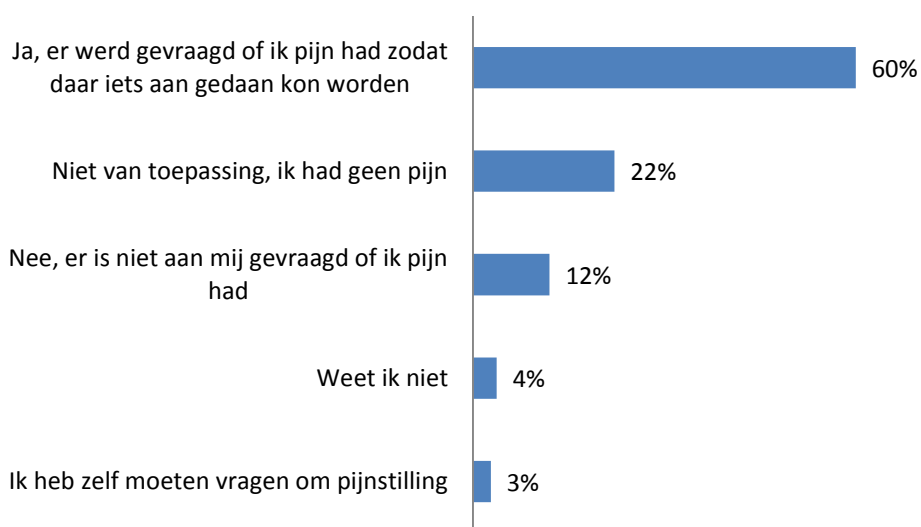
“Benauwdheid kwam niet door de longklachten maar door een hartaanval”

“In overleg met een collega huisarts en tel. overleg met ziekenhuis”

“Langzaam betekent in dit geval dat het een onbekende huisarts was. Die zorgvuldig in kaart probeerde te krijgen hoe en wat er aan de hand was. Rustig aan dus, zeer prettig.”

Respectievelijk 5,4% en 4,5% was ontevreden dan wel heel ontevreden over de medische behandeling door de huisarts (in totaal 11 van de 111 deelnemers). De overige deelnemers zijn (heel) tevreden over de medische behandeling die zij kregen bij de huisarts (76%) of neutraal (13%).

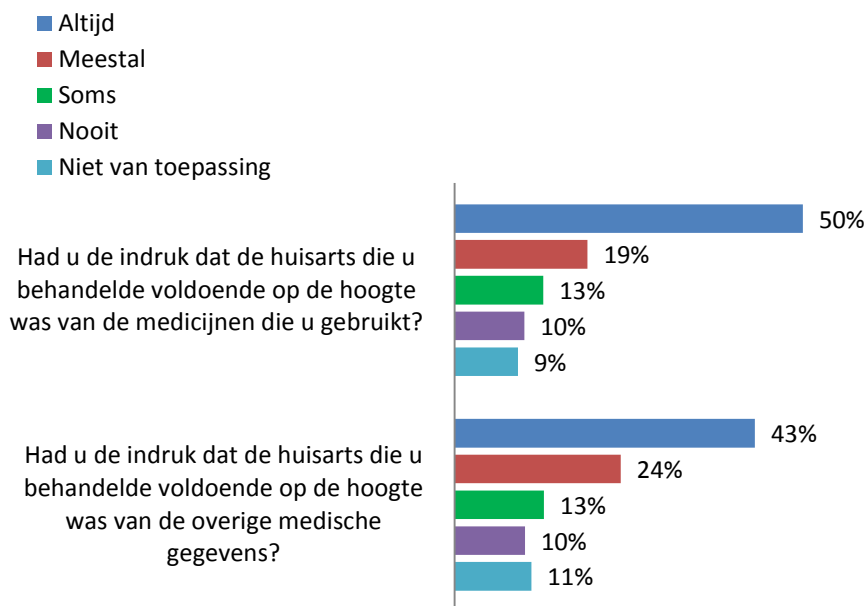
Slechts iets meer dan de helft (57%) van de deelnemers vond de huisarts altijd deskundig. 4,5% vond de huisarts nooit deskundig. Er kan meer aandacht worden besteed aan pijn: aan 13 van de 109 mensen werd niet gevraagd of zij pijn hadden. Drie mensen hebben zelf moeten vragen om pijnstilling (zie figuur 11).



Figuur 11: Was er voldoende aandacht voor de eventuele pijn die u had? (N = 109)

Uitwisseling van medische gegevens

Figuur 12 laat zien dat slechts 43% van de deelnemers de indruk heeft dat de huisarts altijd voldoende op de hoogte was van overige medische gegevens, zoals ziektegeschiedenis. Minder dan de helft van de deelnemers heeft de indruk dat de huisarts altijd voldoende op de hoogte was van medicijngebruik. Een tiende van de deelnemers had zelfs de indruk dat de huisarts nooit voldoende op de hoogte was van gegevens over medicijnen of overige medische gegevens. Dit vinden wij zorgwekkende getallen.



Figuur 12: Uitwisseling van medische gegevens bij de huisarts

Tenslotte vroegen we mensen of zij nog iets kwijt wilden over spoedzorg bij de huisarts. De citaten in het kader geven een beeld van de antwoorden die mensen gaven.

Wilt u nog iets kwijt over spoedzorg bij de huisarts?

“Zo snel mogelijk medische gegevens uitwisselen met iedereen die ze nodig hebben”

“Mijn dossier is groot en ik mankeer veel, dat wordt niet altijd meegenomen in de beoordeling c.q. behandeling”

“Na lange tijd voor uitnodiging om te komen was er een lange wachttijd in de wachtkamer. Ondertussen had ik veel pijn”

Conclusies en aanbevelingen onderdeel huisarts

Het valt bij de ervaringen van mensen met spoedzorg bij de huisarts overdag op dat de algemene waardering ruimte voor verbetering laat. De resultaten laten zien dat ongeveer een kwart van de mensen nooit of soms de indruk had dat de huisarts op de hoogte was van medicijngebruik of overige medicatie gegevens. Ook de communicatie tussen zorgverleners werd als een verbeterpunt genoemd. Tenslotte is de aandacht voor de pijn die mensen hebben te beperkt.

Patiëntenfederatie Nederland roept huisartsen daarom op om:

- Voor de spoedzorg zorg te dragen voor een **goede en voldoende gegevensuitwisseling**.
- De **onderlinge communicatie** tussen de betrokken zorgverleners te verbeteren.
- Zorg te dragen voor een **goede uitleg** aan patiënten wat er gaat gebeuren en wat ze mogen verwachten.
- Nadrukkelijk te vragen naar **pijn** en of na te gaan of pijnstilling noodzakelijk is.

Hiermee kan een voor de patiënt merkbare en herkenbare verbetering van de spoedzorg overdag worden gerealiseerd.

3.3 Spoedzorg bij de HAP

Deze paragraaf gaat over spoedzorg bij de HAP. 128 deelnemers vulden dit deel van de vragenlijst in.

Tevredenheid over spoedzorg bij de HAP

We vroegen mensen om een rapportcijfer te geven aan de spoedzorg die zij bij de HAP kregen. Het gemiddelde cijfer voor spoedzorg bij de HAP is een **7,2**. Hieruit concluderen wij dat er veel te verbeteren is. Van de 127 mensen die een cijfer gaven, waren er 19 die een 5 of lager gaven (15%).

In een open veld beschreven mensen wat zij goed vonden aan de spoedzorg die zij kregen bij de HAP. Het meest genoemd (op volgorde van voorkomen) werden juiste adviezen en behandeling, korte wachttijd en de snelheid van het zorgverleningsproces.

Hieronder volgen enkele citaten die deze punten illustreren.

Wat ging goed?

“Het verzorgen, schoonmaken en de behandeling”

“De wijze van aanpak en de keus die werd gemaakt. Alles gericht op het niet aangaan van ongewenste risico’s.”

“De urine werd nagekeken en op basis van die uitslag kreeg mijn man de juiste antibiotica mee naar huis evenals een advies hoe te handelen als de situatie binnen 3 dagen niet zou verbeteren”

“Afspraak precies op tijd”

“Mijn moeder hoefde niet te wachten, ze werd vanwege haar benauwdheid bijna direct geholpen.”

“Zeer snelle diagnose + aansluitend operatie”

Vervolgens vroegen wij mensen wat beter kon. Deze aspecten noemden mensen het vaakst (op volgorde van meest genoemd):

- Wachttijd in de wachtkamer. Het is mensen soms niet duidelijk waarom zij moeten wachten en hoe lang nog.
- Behandeling van de klachten. Uit de citaten blijkt dat mensen niet altijd in eerste instantie goed zijn geholpen en soms extra moesten terugkomen. Dat is hinderlijk voor mensen.
- Gebrekkig onderzoek of diagnosestelling. Mensen hebben soms de indruk dat het onderzoek beter had gekund.

Hieronder volgen enkele citaten die deze punten illustreren.

Wat kon beter?

“De wachttijd: mijn man werd pas 1 ½ uur na de gemaakte afspraak naar binnen geroepen.”

“Er waren geen andere patiënten en toch lieten zij mij meer dan een half uur wachten.”

“Toen ik op de afgesproken tijd kwam heb ik nog zeker een uur moeten wachten in een benauwde ruimte en dat is niet leuk als je het zo benauwd hebt.”

“De behandeling kon niet afgemaakt worden omdat de oplosbare hechtingen op waren. Ik moest alsnog naar de eerste hulp van het ziekenhuis waar bleek dat er in de mond beter niet met deze hechtingen gewerkt kon worden.”

“Catether niet goed geplaatst”

“De pijnstillers bleek niet sterk genoeg en ik ben nadien nog 2 keer daar geweest voor een sterker middel.”

“Er werd alleen geluisterd naar mijn hartslag. Geen bloeddruk opgenomen of bloed afgenomen noch het zuurstofgehalte in het bloed gemeten.”

“Ik had graag gezien dat de arts van haar stoel af kwam om het “ei” beter te bekijken, bevoelen, te beoordelen.”

Vervoer, parkeren en vindbaarheid van de HAP

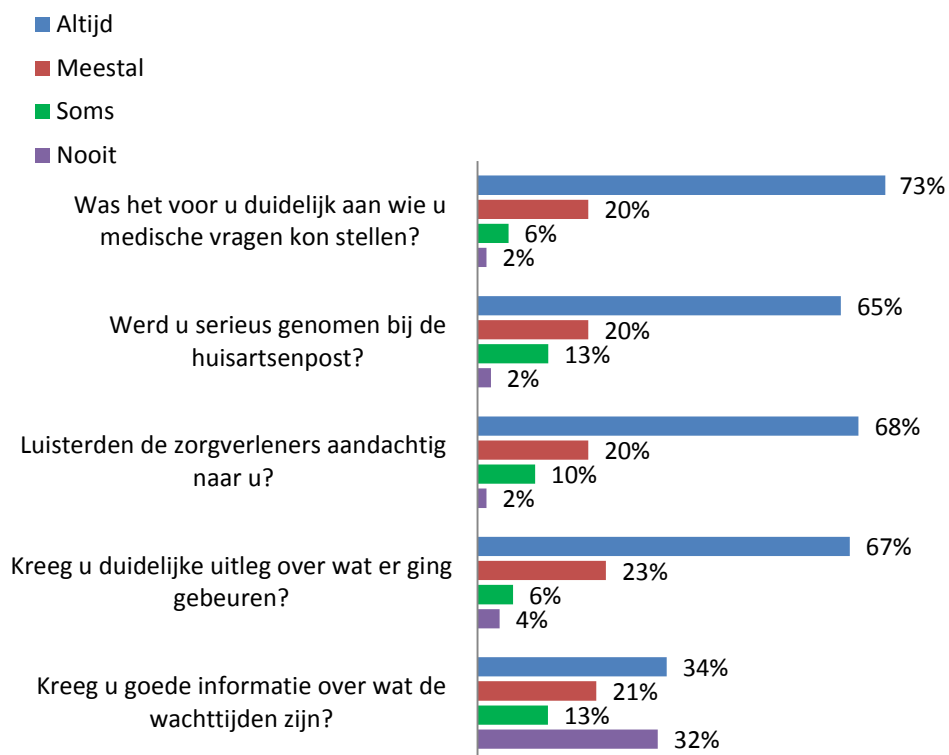
91% van de deelnemers die op de HAP zijn behandeld is met eigen vervoer gekomen (n= 117). Voor ruim een kwart van de mensen (27%) was dat lastig uitvoerbaar. Sommige mensen konden niet rijden door de medische situatie waarin zij zaten. Anderen hebben geen auto. Deelnemers gaven aan dat zij hun partner, familie of bijvoorbeeld burens moesten vragen om hen naar de HAP te brengen. Anderen waren afhankelijk van openbaar vervoer of de taxi. Dit leverde soms lastige situaties op voor mensen.

Enmaal bij de HAP konden mensen deze goed vinden (95% van de deelnemers vond de HAP goed vindbaar, 5% vond dat niet). 12% van de deelnemers vond dat er niet voldoende parkeergelegenheid was.

Ervaren bejegening en informatievoorziening

10% van de deelnemers geeft aan dat hij/zij tegenstrijdige informatie of adviezen kreeg bij de HAP. Figuur 13 laat zien hoe mensen de bejegening bij de HAP hebben ervaren. 126 deelnemers beantwoordden deze vragen. De resultaten laten zien dat er een hoop te verbeteren valt op het gebied van bejegening en informatievoorziening. Het meest in het oog springt het gebrek aan goede informatie over wachttijden .

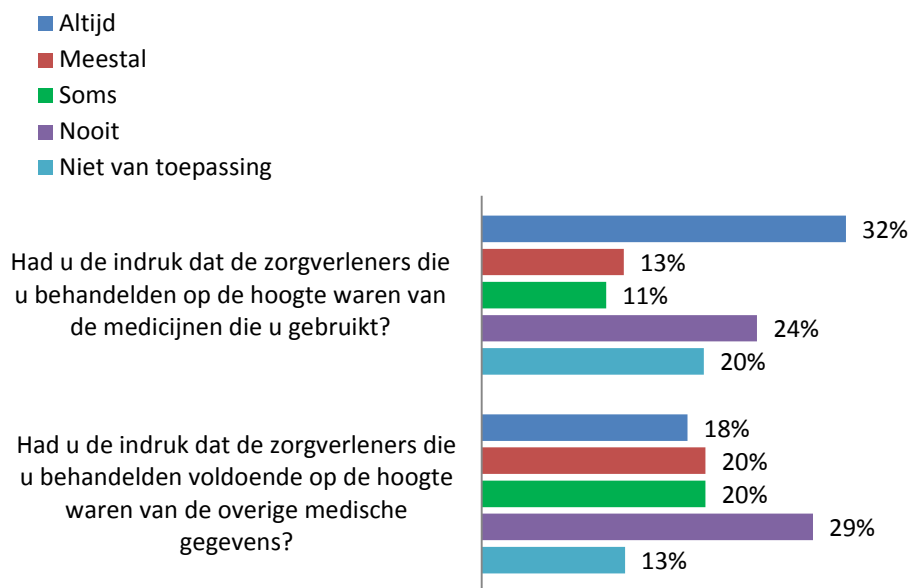
- Voor 28% van de deelnemers (n=34) was het niet altijd duidelijk aan wie medische vragen gesteld konden worden op de HAP.
- 35% van de deelnemers (n=44) had niet altijd het gevoel serieus genomen te worden bij de HAP.
- 32% van de deelnemers (n=40) had niet altijd het gevoel dat zorgverleners aandachtig luisterden.
- 33% van de deelnemers (n= 42) kreeg niet altijd duidelijke uitleg over wat er ging gebeuren.
- 66% van de deelnemers (n=84) kreeg niet altijd goede informatie over wat de wachttijden waren op de HAP.



Figuur 13: Ervaren bejegening van patiënten die met een spoedvraag bij de HAP waren

Uitwisseling van medische gegevens

Figuur 14 laat zien dat slechts 32% van de deelnemers (n=41) de indruk had dat de zorgverleners op de HAP altijd voldoende op de hoogte waren van medicijngebruik. Maar 18% van de deelnemers had de indruk dat men altijd voldoende op de hoogte was van overige medische gegevens, zoals ziektegeschiedenis. 24% van de deelnemers had de indruk dat de zorgverleners op de HAP zelfs nooit voldoende op de hoogte waren van gegevens over medicijnen. In het geval van de overige medische gegevens had 29% van de deelnemers de indruk dat zorgverleners op de HAP nooit op de hoogte waren. We weten overigens niet in hoeverre deelnemers toestemming hebben gegeven voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Dit kan de resultaten beïnvloeden. 54% van de deelnemers moest vaak hetzelfde verhaal te vertellen (n=68). Bij slechts 40% van deze mensen was het duidelijk waarom dat nodig was.

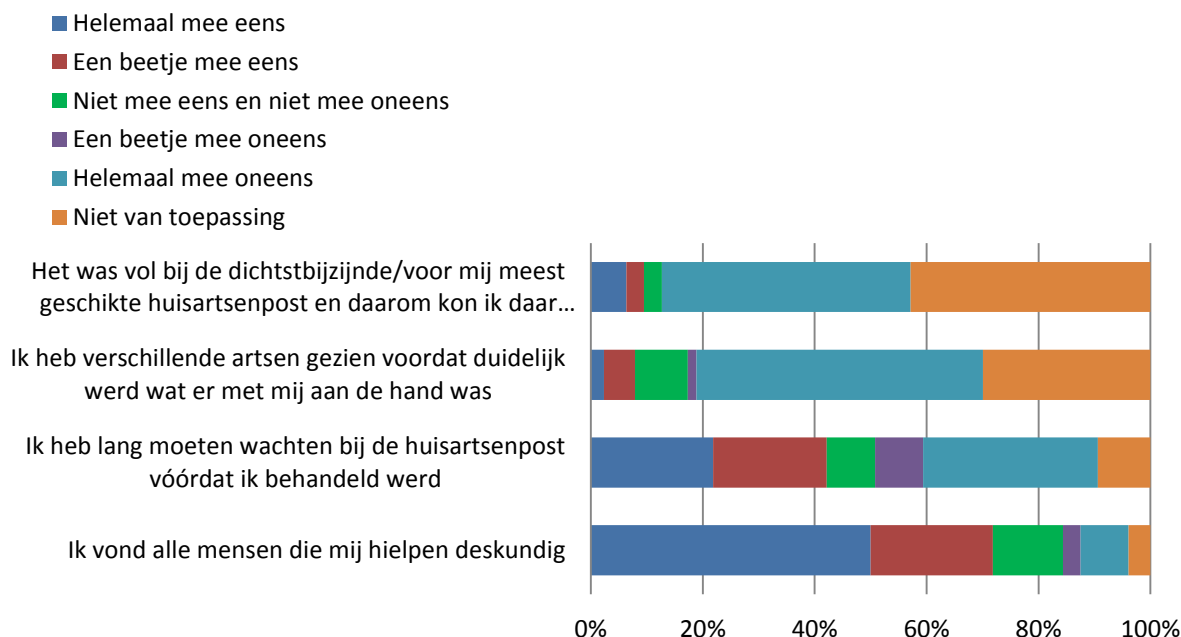


Figuur 14: Uitwisseling medische gegevens op de HAP (N=126)

Stellingen over de HAP

Vervolgens legden we deelnemers een aantal stellingen over de HAP voor (figuur 15). Het valt met name op dat mensen twijfelen over de deskundigheid van de mensen op de HAP, dat het druk is bij de HAP en dat mensen lang moeten wachten.

- 10% was het er (een beetje) mee eens dat het vol was op de dichtstbijzijnde HAP en men daarom daar niet terecht kon
- 8% was het er (een beetje) mee eens dat er verschillende artsen langskwamen voordat duidelijk was wat er aan de hand was
- 42% was het er (een beetje) mee eens dat hij/zij lang moest wachten vóórdat er behandeld werd
- 72% was het er (een beetje) mee eens dat alle mensen op de HAP deskundig waren. 12% (n=15) was het hier (een beetje) mee oneens.



Figuur 15: Stellingen over de HAP (N=127)

Diagnose en behandeling

Het is opvallend dat 19,5% van de deelnemers aangeeft geen diagnose gekregen te hebben (n=25). 5% weet dit niet. 76% van de deelnemers heeft wel een diagnose gekregen bij de HAP. 5% kreeg een verkeerde diagnose (n=5). Bij 95% van de deelnemers was de diagnose goed gesteld, hoewel dat in 25% van de gevallen langzaam ging.

Enkele reacties van deelnemers over het stellen van de diagnose bij de HAP:

“Onderzoek van de urine gaf aan dat er een definitieve blaasontsteking was. Het probleem is dat ik niet de gewone standaard antibiotica kan verdragen. En dus een ander moet hebben wat altijd de nodige discussie geeft maar doordat ik het goed kan uitleggen en t ook in mijn dossier staat ging het goed.”

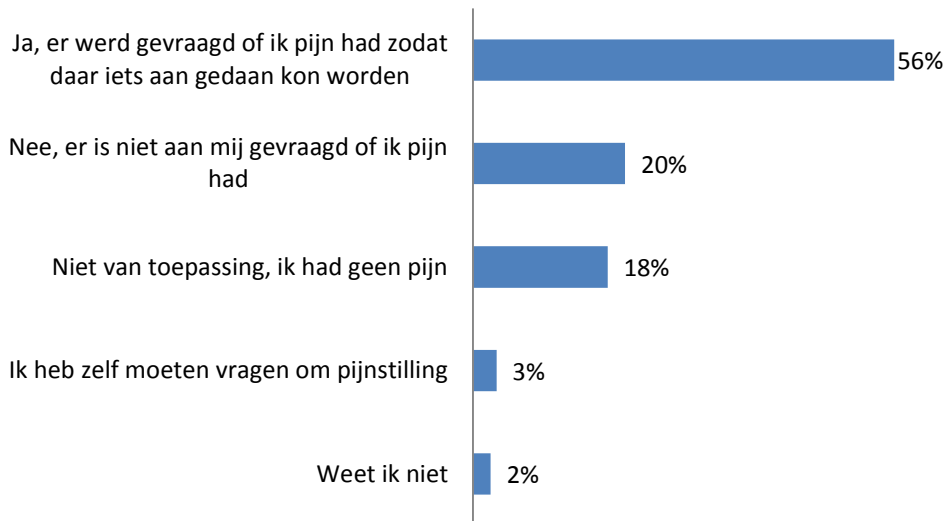
“Arts dacht aan een nieuwe griepaanval, maar het bleek een mosselvergiftiging te zijn”

“De dienstdoende huisarts nam geen risico en kwam na onderzoek en gericht vragen stellen tot de juiste diagnose. Zij heeft mij ook duidelijke uitleg gegeven waardoor ik mij zo beroerd was gaan voelen.”

“De arts draaide er omheen. Veel “je bent mijn patiënt niet” gehoord. Zijn diagnose laten bevestigen door mijn eigen arts”

“Aan de telefoon had ik al uitgelegd dat het om ernstige brandwonden ging met veel pijn. Toch zelf naar de huisartsenpost moeten lopen (3 km), daar ruim een half uur moeten wachten terwijl er geen andere wachtenden waren en ik de artsen zag koffiedrinken, toen ik eindelijk werd geroepen en mijn hand liet zien (in de hal, dus niet in de spreekkamer!) kon ik meteen doorlopen naar de Eerste Hulp en begon het van voor af aan.”

Respectievelijk 5,5% en 3% was ontevreden dan wel heel ontevreden over de medische behandeling door de HAP. De meerderheid van de deelnemers is (heel) tevreden over de medische behandeling die zij kregen bij de huisarts (69%). Het pijnbeleid bij de HAP kan verbeterd worden: aan 20% van de deelnemers is niet gevraagd of zij pijn hadden. 3% heeft zelf moeten vragen om pijnstilling (zie figuur 16).



Figuur 16: Was er voldoende aandacht voor de eventuele pijn die u had? (N = 128)

Doorverwijzing

21% van de deelnemers werd door de HAP doorverwezen (n=27). 74% is meteen op de juiste afdeling terecht gekomen en 4% kwam op een verkeerde afdeling in het ziekenhuis terecht.

Tenslotte vroegen we mensen of zij nog iets kwijt wilden over spoedzorg bij de HAP. De citaten in het kader geven een beeld van de antwoorden die mensen gaven.

Wilt u nog iets kwijt over spoedzorg bij de HAP?

“Goede zorg; ontvangst verpleegkundige in het ziekenhuis bij de balie kan beter. Mensen komen niet voor hun lol dus een aardige ontvangst is prettig”

“Als men had geluisterd hadden ze geen arts hoeven sturen naar een verzorgingshuis, omdat mijn pleegvader begeleid zou gaan sterven, zonder hulp van een arts om zijn leven te rekken bij koorts of andere dingen alleen pijn bestrijding.”

“Huisartsenpost heeft het telefonisch afgehandeld wat perfect is verlopen... zelfs het recept naar het dichtbij zijnde ziekenhuis gestuurd waar ik de medicatie op kon halen!”

“Alleen wat wij hebben meegemaakt in drie verschillende huisartsenposten dat er alleen gekeken wordt naar "dat laatste ongeval". Die breuk of die snee of er moet gips omdat been, maak een foto, laat een scan maken van dat hoofd etc. etc. Je bent niet meer dan een geval een voorwerp waar wat mee dient te gebeuren. Iedereen praat met iedereen behalve met degene waar het omgaat.”

“De blokkade om binnen te komen moet minder groot zijn. Mensen die niet doorhebben dat je heel erg assertief moet zijn lopen groot risico.”

“In totaal heb ik de laatste twee jaar 3x ervaringen gehad met de HAP. De post wordt bemenst door heel hard werkende mensen die onder hoogspanning over de meest uiteenlopende zaken moeten beslissen in een korte tijd. Natuurlijk kunnen er dingen beter, maar overbevolkte HAPpen maken het de medewerkers allemaal ook niet gemakkelijk. Soms mag er ook wel wat meer begrip en respect zijn voor al deze medewerkers.”

Conclusies en aanbevelingen onderdeel HAP

De algehele waardering van spoedzorg op de HAP is met een 7,2 laag te noemen. Het kan dus veel beter als het gaat om de spoedzorg bij de HAP.

De resultaten laten zien dat die verbeteringen het beste kunnen gaan over gegevensuitwisseling, bejegening en de wachttijd. Patiëntenfederatie Nederland roept de huisartsenposten dan ook op daar aan te werken:

- **Draag zorg voor goede gegevensuitwisseling.** Het gaat daarbij zowel om de uitwisseling tussen zorgverleners onderling, als ook over informatie over de patiënt. Denk daarbij onder meer aan een actueel overzicht van de medicatie en overige medische gegevens. Dit kan veel beter. We roepen huisartsenposten dan ook op om de gegevensuitwisseling te verbeteren. De patiënt verlangt dat er goede en accurate informatie beschikbaar is.
- **Werk aan goede en prettige bejegening.** Hier spelen veel zaken bij mee. Het kan gaan over de patiënt vertellen wat er gaat gebeuren, om naar de mens in zijn geheel te kijken, een aardige omgang en het serieus nemen van de patiënt en naar hem of haar luisteren.
- **Verlaag de wacht- en doorlooptijden.** De drukte op de post valt mensen op. Enerzijds leidt dit soms tot begrip voor de medewerkers, maar anderzijds zien wij dit als een knelpunt dat de toegang tot goede spoedzorg in gevaar brengen kan. We roepen op hieraan te werken. Te denken valt bijvoorbeeld aan het verschaffen van duidelijkheid over wanneer mensen waar terecht kunnen en mensen informeren over wat de wachttijd is.
- **Ga nadrukkelijk na of een patiënt pijn heeft en pas zo mogelijk pijnbestrijding toe.** In een aanzienlijk aantal van de gevallen (bijna één op de vijf) wordt niet gevraagd naar pijn.

3.4 Spoedzorg bij de SEH in het ziekenhuis

Deze paragraaf gaat over spoedzorg bij de SEH in het ziekenhuis. 550 deelnemers vulden dit deel van de vragenlijst in.

Tevredenheid over spoedzorg bij de SEH

We vroegen mensen om een rapportcijfer te geven aan de spoedzorg die zij bij de SEH kregen. Het gemiddelde cijfer voor spoedzorg bij de SEH is een **7,7**. Dit betekent dat de deelnemers redelijk tevreden zijn en dat er verbeteringen nodig zijn. Van de 550 mensen die een cijfer gaven, waren er 63 die een 5 of lager gaven (12%).

In een open veld beschreven mensen wat zij goed vonden aan de spoedzorg die zij kregen bij de SEH. De volgende aspecten werden het meest genoemd (op volgorde van voorkomen): snelle en accurate hulpverlening op de SEH, prettige bejegening, goede diagnostiek, goede opvang (bij ontvangst maar hier wordt ook het hebben van privacy genoemd), adequate behandeling ingezet, communicatie.

Wat ging goed?

“Alles, de opvangende broeder was snel en accuraat en paste onmiddellijk dat wat nodig was toe”

“Het personeel wat er die avond aanwezig was, was: a. vriendelijk/ b. er werd met aandacht naar me geluisterd/ én c. ik werd serieus genomen!”

“Ze hebben goed gehandeld door een scan van mijn buik te maken en toen konden ze goed handelen”

“Ontvangst, rust, terwijl er gewacht moest worden op iemand die mijn pacemaker tijdelijk kon stilleggen”

“Ik had geen besef wat er gebeurde maar de behandeling moet goed zijn geweest want ik werd wakker in een ziekenhuisbed en de ademnood was verdwenen hoewel ik nog wel kortademig was.”

“Alles ging goed. Er werd duidelijk verteld wat ze gingen onderzoeken en wat ze deden. Waar alles voor was.”

Vervolgens vroegen wij mensen wat beter kon. Vaak worden dezelfde aspecten als bij de vorige vraag genoemd, maar dan vanuit een negatieve ervaring die mensen hadden. Deze aspecten noemden mensen het vaakst (op volgorde van meest genoemd):

- Gebrekkige snelheid tijdens zorgverleningsproces. Mensen ervaren lange doorlooptijden op de SEH. Zo moet men lang wachten op verschillende artsen, op onderzoeksuitslagen of duurt het lang voordat men naar de ziekenhuisafdeling gaat voor opname. Mensen brengen vaak uren op de SEH en regelmatig is dat onder oncomfortabele omstandigheden (te warm, te koud, slecht bed, geen eten/drinken, etc.).
- Communicatie met de patiënt. Mensen ervaren een gebrek aan uitleg over wat er ging gebeuren. Ook wordt er te weinig gecommuniceerd over wacht- en doorlooptijden op de SEH. Een aantal mensen heeft het gevoel dat er niet goed werd geluisterd door de zorgverleners op de SEH. Er is regelmatig onduidelijkheid over medicatie. Dit geldt ook voor het ontslag.
- Interne communicatie. Het gaat hierbij om slechte gegevensoverdracht (bijvoorbeeld niet in het medisch dossier kijken van de patiënt). Ook geven mensen aan dat zij vaak hetzelfde verhaal moeten vertellen doordat zij verschillende artsen aan het bed krijgen (waarvan vaak eerst artsen in opleiding). Mensen vinden het onprettig als artsen en verpleegkundigen onderling onvriendelijk communiceren of over de patiënt heen over andere zaken praten.
- Bejegening. Mensen missen persoonlijk contact en hebben behoefte om gerustgesteld te worden. Dit gebeurde lang niet altijd. Ook geven mensen aan dat zij niet serieus genomen werden.
- Wachtijd voor start van zorgproces. Mensen wachten soms uren voordat zij gezien worden door een arts of verpleegkundige. Dit komt niet overeen met de verwachtingen die zij hebben bij spoedzorg.
- Ontoereikende behandeling. Mensen beschrijven hier de pijn die zij hadden tijdens het verblijf op de SEH. Of geven aan dat er een verkeerde diagnose werd gesteld.

Wat kon beter?

“De wachttijd bij de SEH is wel erg lang, als je moet wachten op arts of uitslag of op een bed om naar de afdeling gebracht te moeten worden, meestal zit je zeker 6 uur op de SEH totaal.”

“Het noteren van de medicatie”

“Er werd nagenoeg geen informatie gegeven wat beangstigend was gedurende het langdurige onderzoek”

“Veel vragen werden door dezelfde persoon dubbel gesteld en daarna de antwoorden anders genoteerd.”

“De houding van de SEH arts. Hij vertelde weinig, zei begrip te hebben voor mijn situatie (ziekenhuisfobie) maar vond wel dat ik rekening moest houden met de moeilijke situatie van de medewerkers. Die hadden het toch al zo zwaar. Met veel moeite mocht ik een beetje water drinken, niet erg fijn als je vanaf de andere avond niets meer hebt gedronken.”

“De wachttijd. Ik moest 3 uur wachten tot ik aan de beurt was op door de SEH verpleegkundige gescreend te worden. Daarna mocht ik naar de wachtkamer in de SEH. Daarna nog 1 uur wachten voor er een arts naar het trombosebeen keek..”

“Voor mijn gevoel hadden ze wat sterkere pijnstillers moeten geven, want paracetamol per infuus was lang niet afdoende tegen die intense pijn van mijn dochter”

“Direct opereren en niet 14 dagen later pas!!”

“Aandacht geven toen ik aan de monitor lag. Lang alleen gelegen voor mijn gevoel en zij zaten te kletsen in hun hokje”

“Ring is afgedaan en weggeraakt”

“Na elk onderzoek waren we weer alleen. Deze 'tussen pauzes' voelden op een gegeven moment als - we worden aan ons lot overgelaten - we horen maar niets - waar blijven ze nou?”

Vervoer, parkeren en vindbaarheid van de SEH

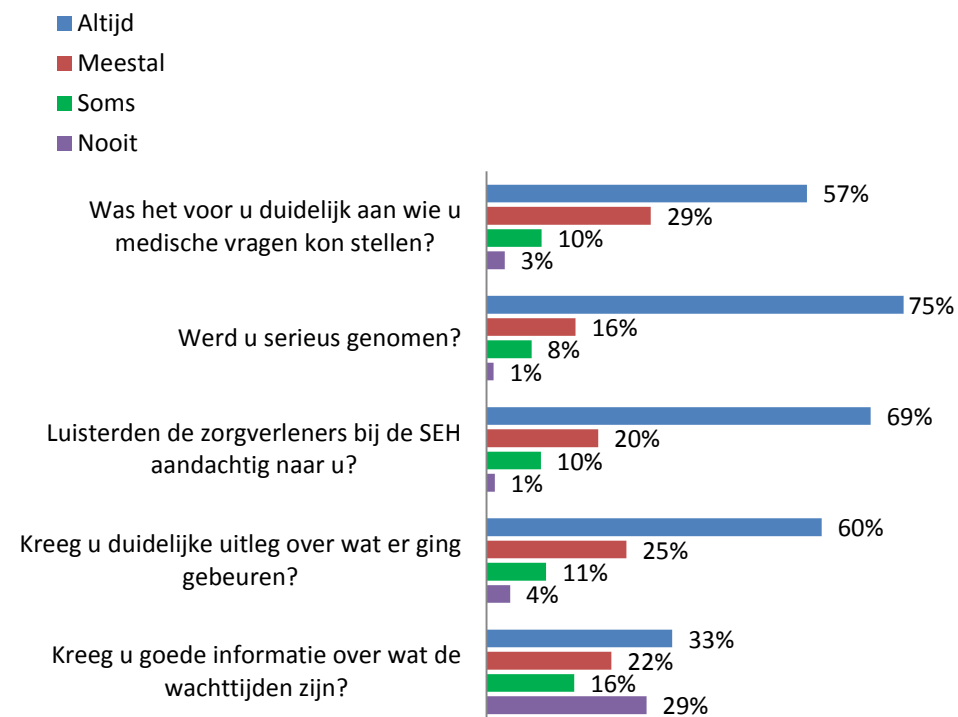
52% van de deelnemers die op de SEH werden behandeld is met eigen vervoer gekomen (n=284). Voor een kwart van de mensen (25%) was dat lastig uitvoerbaar. De meeste mensen konden niet zelf rijden door de medische situatie waarin zij zaten. Deelnemers gaven aan dat zij hun partner, familie, vrienden of bijvoorbeeld burens moesten vragen om hen naar de SEH te brengen. Anderen waren afhankelijk van taxivervoer. Dit leverde soms lastige situaties op voor mensen.

De vindbaarheid van de SEH is zeer goed; 99% van de deelnemers kon de SEH goed vinden. 8,5% van de deelnemers vond dat er niet voldoende parkeergelegenheid was bij het ziekenhuis (n=24).

Ervaren bejegening en informatievoorziening

13% van de deelnemers geeft aan dat hij/zij tegenstrijdige informatie of adviezen kreeg bij de SEH. Dit betreft 71 van de 546 deelnemers. Figuur 17 laat zien hoe mensen de bejegening bij de SEH hebben ervaren en dat hier verbeteringen nodig zijn. Ook op het gebied van informatievoorziening is winst te behalen, met name als het gaat om goede informatie over wachttijden:

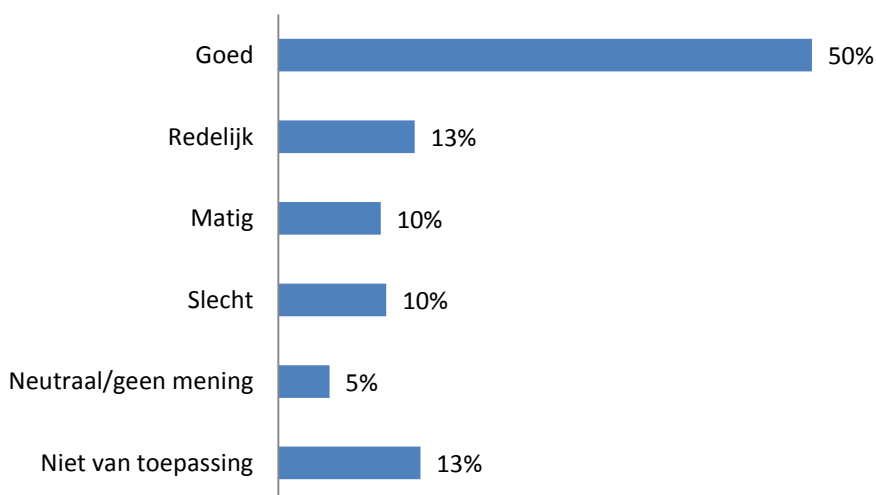
- Voor 43% van de deelnemers was het niet altijd duidelijk aan wie zij medische vragen konden stellen (n=233). Voor 3% van de deelnemers was dit zelfs nooit duidelijk.
- Een kwart van de deelnemers had niet altijd het gevoel serieus genomen te worden bij de SEH.
- 31% van de deelnemers had niet altijd het gevoel dat zorgverleners aandachtig luisterden.
- Voor 40% van de deelnemers was het niet altijd duidelijk wat er ging gebeuren.
- 29% van de deelnemers gaf aan nooit goede informatie te hebben gehad over wachttijden. Bij slechts 33% van de deelnemers werd altijd goede informatie verstrekt over wachttijden.



Figuur 17: Ervaren bejegening van patiënten die met een spoedvraag bij de SEH waren

Samenwerking en uitwisseling van medische gegevens

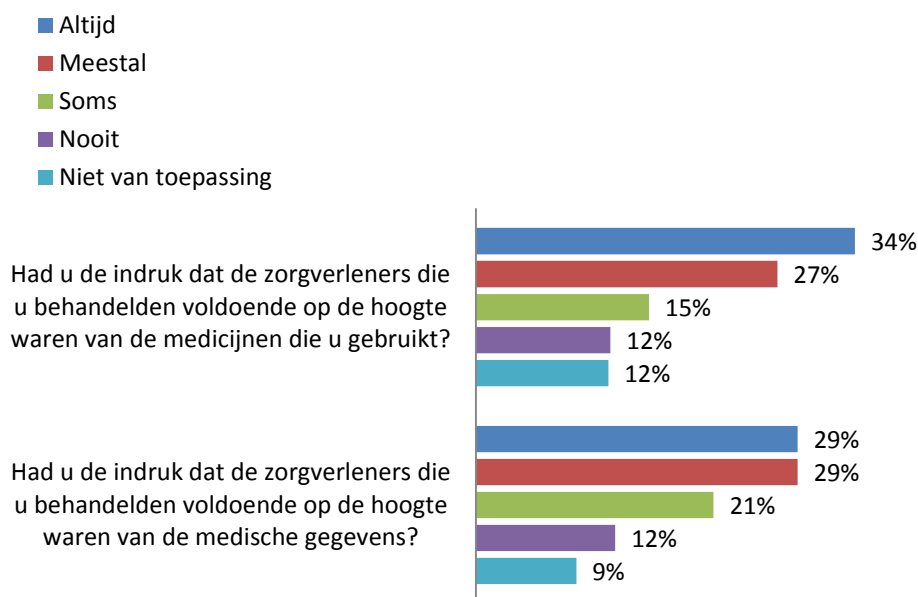
69% van de deelnemers was al in een ziekenhuis onder behandeling (n=379). Aan deze deelnemers vroegen wij hoe zij de samenwerking hebben ervaren tussen hun vaste behandelaar(s) in het ziekenhuis en de zorgverleners op de SEH. Hier blijken verbeteringen nodig. Slechts de helft van de mensen (50%, n=188) vond de samenwerking goed. 10% (n=38) beoordeelde de samenwerking als slecht, zie figuur 18.



Figuur 18: Hoe hebt u de samenwerking ervaren tussen uw vaste behandelaars in het ziekenhuis en de zorgverleners op de SEH? (N=378)

69% van de deelnemers kon met zijn/haar spoedvraag terecht in het ziekenhuis van hun keuze. 10% kon dat niet (n=54). Het is niet bekend wat hier de reden voor is.

Figuur 19 laat zien dat slechts 34% van de deelnemers de indruk had dat de zorgverleners op de SEH altijd voldoende op de hoogte waren van medicijngebruik (n=186). Bij 12% was dit zelfs nooit het geval. 29% van de deelnemers had de indruk dat men op de SEH altijd voldoende op de hoogte was van overige medische gegevens, zoals ziektegeschiedenis. 12% van de deelnemers had de indruk dat de zorgverleners op de SEH nooit voldoende op de hoogte waren van overige medische gegevens. Ook hier geldt dat we niet weten in hoeverre deelnemers toestemming hebben gegeven voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Dit kan de resultaten beïnvloeden. Ondanks dat vinden wij de cijfers zorgwekkend. 65% (n=356) moest vaak hetzelfde verhaal vertellen. Bij slechts 35% van deze mensen was het duidelijk waarom dat nodig was.



Figuur 19: Uitwisseling van medische gegevens bij de SEH

Diagnose en behandeling

81% van de deelnemers heeft een diagnose gekregen bij de SEH (n=445). De overige deelnemers hebben geen diagnose gekregen (17%) of weten dit niet (2%). Bij 4% van de deelnemers (n=17) bleek de gestelde diagnose fout. 55% beoordeelde de manier waarop de diagnose werd gesteld als snel en goed. Bij 41% werd een goede diagnose gesteld maar duurde dit lang.

Enkele reacties van deelnemers over het stellen van de diagnose bij de SEH:

“Veel verschillende mensen aan bed, allemaal i.o.'s en eindeloos wachten zonder te weten waarom”

“Het propje van bloedplaatjes kon verwijderd worden voordat het schade aan mijn hart kon aanrichten. Dat was omdat de ambulance snel ter plekke was en ik ook heel snel bij de SEH was. Tevens was de diagnose snel gesteld. Ik heb enorm veel geluk gehad.”

“Waren eerst wel wat tegenstrijdige berichten omdat men het niet direct goed wist hoe te handelen.”

“Ik kwam op verdenking van een blinde darm ontsteking, na ruim 5 uur wist ik dat ik geen blindedarm ontsteking had, maar diverticulitis...en ik moest op een onhandige bank in de wachtkamer op de SEH wachten na de scan...met veeel pijn...dus het had van mij sneller gemogen...was ik eerder thuis op m'n bankje gaan liggen”

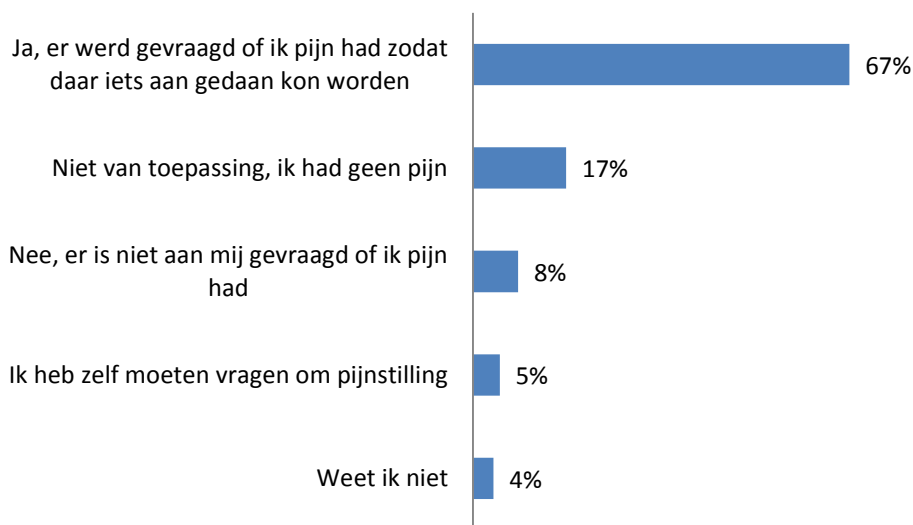
“Alles ging snel, de contacten tussen de behandelaars onderling waren zorgvuldig. Misschien ook omdat ik zelf heb gezegd voldoende uitleg te willen hebben. Ook na het wisselen van de wacht ging het goed. Maar nogmaals: ik wilde op de hoogte blijven, evenals mijn man, die er bij was.”

“Omdat er niet geluisterd werd en er net een nieuw registratiesysteem was, hadden ze beter naar mij kunnen luisteren. Tenslotte was ik de ervaringsdeskundige”

“Door een sterfgeval op de afdeling, duurde het allemaal heel erg lang en werd de arts of verpleging regelmatig weg geroepen. Wij waren om 23.00 in het ziekenhuis met de ambulance, om 7.00 de volgende dag werd mijn man naar de afdeling gebracht en kon ik naar huis. Een kopje koffie heb ik gekregen.”

“Het heeft minstens een uur geduurd voordat ik een arts zag, dit was alleen een assistent, de diagnose klopte niet, men dacht obstipatie, bleek een paar dagen later een zeer grote eierstoktumor te zijn en een zeer grote hoeveelheid vocht in de buik. Ondanks dat er een foto is gemaakt, is dit allemaal niet gezien”

41 deelnemers waren ontevreden (7,5%) en 21 deelnemers (3,8%) waren heel ontevreden over de medische behandeling die zij bij de SEH kregen. 78% van de deelnemers is (heel) tevreden over de medische behandeling. Bij slechts twee derde (67%, n=368) van de deelnemers was er voldoende aandacht voor pijn die zij hadden. Bij 8% is niet gevraagd of zij pijn hadden. 5% van de deelnemers heeft zelf moeten vragen om pijnstilling (zie figuur 20).



Figuur 20: Was er voldoende aandacht voor de eventuele pijn die u had? (N = 549)

Doorverwijzing

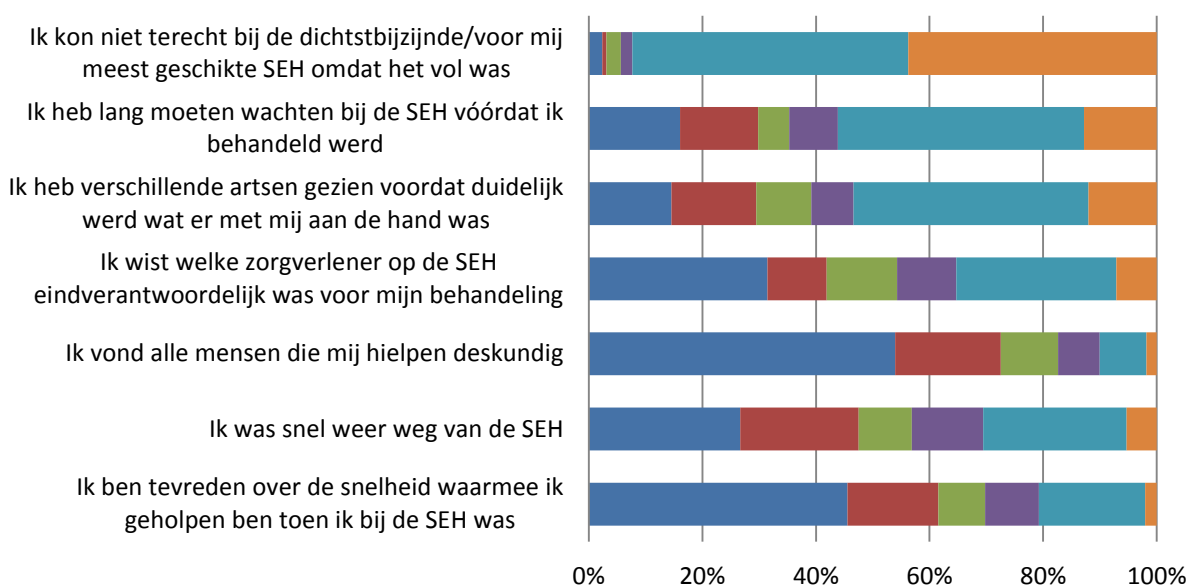
63% van de deelnemers werd vanuit de SEH doorverwezen (n=346). 81% is meteen op de juiste afdeling terecht gekomen, terwijl 8% op een verkeerde afdeling werd opgenomen (n=27). 4% werd doorverwezen naar een ander ziekenhuis en kwam daar op de juiste afdeling terecht. 2 deelnemers (0,6%) kwamen in een ander ziekenhuis op een verkeerde afdeling terecht.

Stellingen over de SEH

Tenslotte legden we de deelnemers een aantal stellingen over de SEH voor (figuur 21). De stellingen werden door 548 deelnemers beantwoord.

- 3% was het er (een beetje) mee eens dat het vol was op de dichtstbijzijnde SEH (n=17)
- 30% was het er (een beetje) mee eens dat het lang duurde voordat de behandeling plaatsvond
- 30% was het er (een beetje) mee eens dat er verschillende artsen langskwamen voordat duidelijk was wat er aan de hand was
- Voor 39% was het niet duidelijk welke zorgverlener op de SEH eindverantwoordelijk was voor de behandeling (n=211)
- 15.5% (n=95) vond niet dat alle mensen op de SEH deskundig waren. Mensen die een foute diagnose hebben gekregen vonden veel minder vaak dat mensen op de SEH deskundig waren.
- Slechts 48% was het er (een beetje) mee eens dat hij/zij snel weer weg was van de SEH
- 62% was het er (een beetje) mee eens dat hij/zij tevreden was over de snelheid waarmee hij/zij geholpen werd op de SEH

- Helemaal mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet mee eens en niet mee oneens
- Een beetje mee oneens
- Helemaal mee oneens
- Niet van toepassing



Figuur 21: Stellingen over de SEH

De onderstaande quotes illustreren wat mensen nog kwijt wilden over spoedzorg bij de SEH.

Wilt u nog iets kwijt over spoedzorg bij de SEH?

“De zorg is al duur genoeg, extra betalen kan echt niet meer. Spoedzorg moet altijd ter beschikking staan. Beter getwijfeld dan een keer te laat.”

“Als ik hoor dat huisartsenposten bijna niet te bereiken zijn dan ben ik bang om daar heen te bellen.”

“Het zou voor iedereen duidelijk moeten zijn dat spoedzorg ook alleen maar voor spoedgevallen bestemd is. Dat

voorkomt dat echte spoedzorg vertraging oploopt.”

Conclusies en aanbevelingen onderdeel SEH

Deelnemers beoordeelden de zorg op de SEH met gemiddeld een 7,7. Dat laat zien dat er verbeteringen nodig zijn. Uit onze meldactie komen een aantal zaken die verbeterd moeten worden. We roepen de SEH's op om aan de onderstaande punten te werken:

- **Verlaag wacht- en doorlooptijden op de SEH.** Het door deelnemers meest genoemde knelpunt zijn de lange wacht- en doorlooptijden bij de SEH. Wij bevelen dan ook aan om de spoedzorg efficiënter te laten verlopen en de doorstroom richting ziekenhuisafdeling of elders te versnellen. Bovendien helpt het om mensen informatie te geven over verwachte wacht- en doorlooptijden. Hoewel dit de daadwerkelijke wachttijd niet vermindert, maakt het de ervaring prettiger als mensen weten waar zij aan toe zijn. Tenslotte vragen wij aandacht voor de omstandigheden waaronder mensen op de SEH doorbrengen. Zorg voor voldoende privacy, prettige bedden of zitplaatsen en voldoende eten en drinken (mits de omstandigheden van de patiënt dat toelaten).
- **Borg een goede uitwisseling van medische gegevens op de SEH.** Het is zeer zorgwekkend dat slechts één derde van de deelnemers de indruk had dat zorgverleners op de SEH altijd voldoende op de hoogte waren van medicijngebruik. Ook de informatie over de ziektegeschiedenis is niet altijd op de juiste plaats bekend. Het feit dat zorgverleners op de SEH vaak niet over actuele medische gegevens van patiënten beschikken, kan gevaarlijke situaties opleveren. Het is bovendien niet doelmatig: als dossiers goed bekeken worden en mensen goed worden betrokken bij de zorgverlening kan er vlot en adequaat gehandeld worden.
- **Voorzie patiënten van duidelijke informatie en zorg voor heldere communicatie.** Een bezoek aan de SEH is voor veel mensen een spannende ervaring. Teveel mensen gaven aan dat zij geen uitleg kregen over wat er ging gebeuren op de SEH en waarom dat nodig was. Ook kregen mensen tegenstrijdige adviezen en was er sprake van onduidelijkheid rondom medicatie en/of ontslag. Dit maakt mensen angstig en onzeker, wat bijdraagt aan een negatieve ervaring. Deze meldactie laat zien dat er verbeteringen mogelijk zijn op het gebied van communicatie en bejegening: neem mensen serieus, luister aandachtig en stel hen gerust als dat nodig is. Het helpt bovendien als patiënten weten welke zorgverlener eindverantwoordelijk is voor de behandeling. Voor veel mensen was dat nu niet duidelijk.
- **Voorkom dat patiënten onnodig pijn leiden op de SEH.** Bij veel deelnemers is niet geïnformeerd naar pijn of heeft men zelf om pijnstilling moeten vragen op de SEH. Anderen moesten te lang wachten op de beloofde pijnstilling. Beiden zijn buitengewoon onprettig voor mensen. We roepen SEH's dan ook op om het pijnbeleid op de SEH op orde te maken, zodat patiënten geen onnodige pijn leiden.

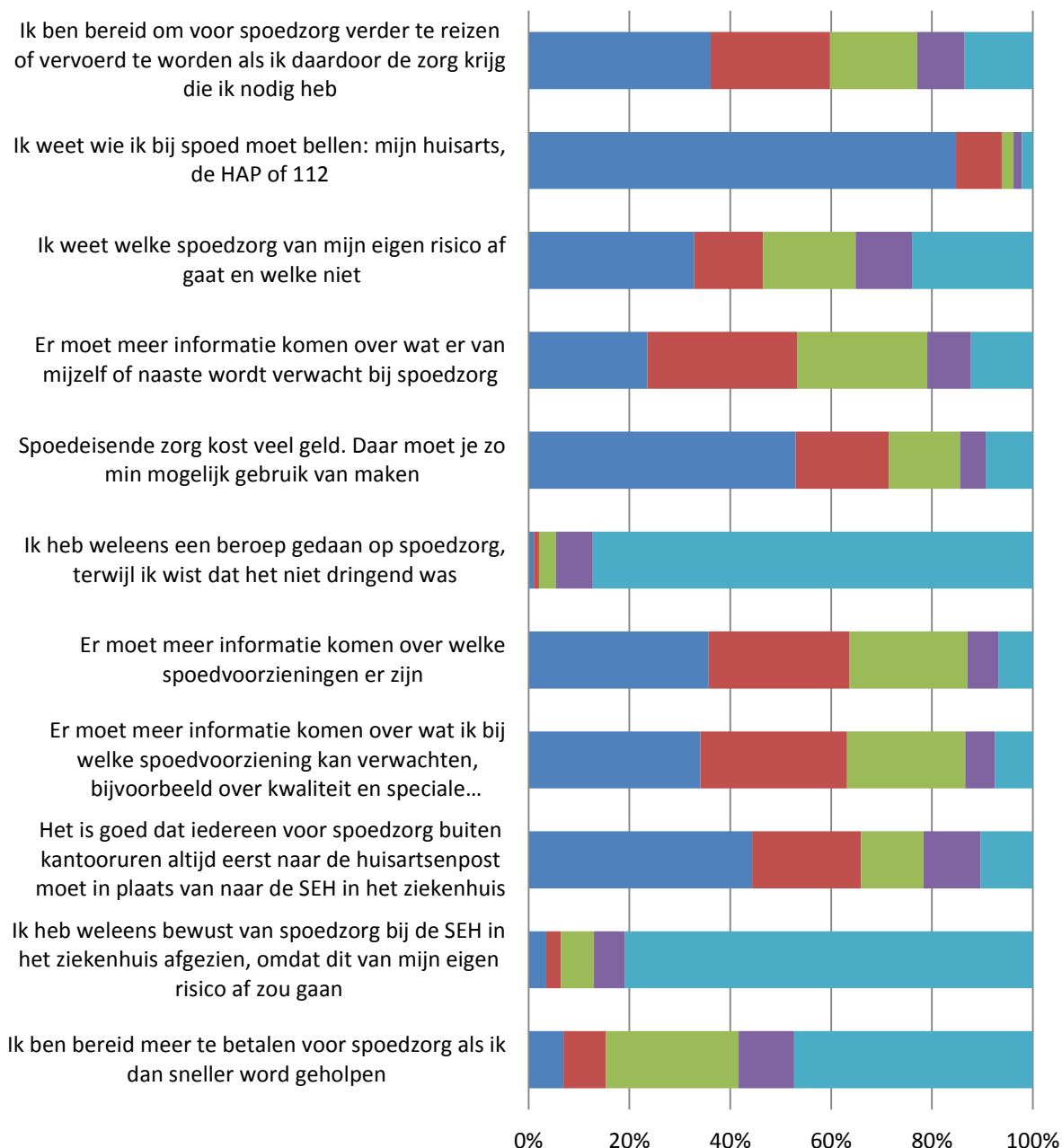
3.5 Tenslotte: stellingen over spoedzorg

Ter afsluiting van de vragenlijst reageerden de deelnemers op algemene stellingen over spoedzorg. De resultaten zijn samengevat in figuur 22. Ruim 970 deelnemers vulden de stellingen in.

- 60% is het er (een beetje) mee eens dat hij/zij bereid is voor spoedzorg verder te reizen om de zorg te krijgen die nodig is
- 94% is het er (een beetje) mee eens dat hij/zij weet wie hij moet bellen bij spoed
- 47% is het er (een beetje) mee eens dat hij/zij weet welke spoedzorg van het eigen risico afgaat en welke niet

- 53% is het er (een beetje) mee eens dat er meer informatie moet komen over wat er van een patiënt of naaste verwacht wordt bij spoedzorg
- 71% is het er (een beetje) mee eens dat spoedzorg veel geld kost en je daar zo min mogelijk gebruik van moet maken
- 2% is het er (een beetje) mee eens dat hij/zij wel eens een beroep op spoedzorg heeft gedaan terwijl degene wist dat het niet dringend was
- 64% is het er (een beetje) mee eens dat er meer informatie moet komen over spoedvoorzieningen
- 63% is het er (een beetje) mee eens dat er meer informatie moet komen over bijv. kwaliteit en aandachtsgebieden van spoedvoorzieningen
- 66% is het er (een beetje) mee eens dat het goed is dat iedereen voor spoedzorg buiten kantoren eerst naar de huisartsenpost moet
- 6,5% is het er (een beetje) mee eens dat hij/zij wel eens van spoedzorg heeft afgezien omdat dit van het eigen risico af zou gaan
- 15% is het er (een beetje) mee eens dat hij/zij bereid is meer te betalen voor spoedzorg om sneller geholpen te worden

- Helemaal mee eens
- Een beetje mee eens
- Niet mee eens en niet mee oneens
- Een beetje mee oneens
- Helemaal mee oneens



Figuur 22: Stellingen over spoedzorg

4 Conclusies en aanbevelingen

Spoedzorg nodig hebben is meestal een spannende en heftige ervaring in het leven van mensen. Mensen verwachten dan ook dat waar zij zich ook melden, hun spoedvraag wordt begrepen en op juiste wijze, juiste plaats en met deskundigheid wordt omgezet in actie.

Onderweg in het proces van spoedzorg kunnen mensen veel schakels tegenkomen. Bij elke schakel kan er iets mis gaan. En ook tussen die schakels kunnen zaken mislopen of achterblijven. Of het nu om spoedzorg bij de huisarts, de huisartsenpost of op de SEH gaat, overall zien we het beeld dat er zowel binnen de schakel als tussen de schakels verbeteringen nodig zijn.

- Het start met de **spoedbeleving** van wat er mis is. Er moet gebeld worden! Aan de lijn komt een triagist. In deze eerste stap van spoedzorg, blijkt dat 1 op 5 mensen een verkeerd advies krijgt of zelfs helemaal géén advies. Wie iemand ook belt, een huisarts, huisartsenpost of 112, in alle gevallen moet in de visie van Patiëntenfederatie Nederland altijd en overall adequaat worden geholpen. De Patiëntenfederatie vindt bovendien dat huisartsen, assistenten, triagisten en meldkamers alles in het werk moeten stellen om mensen een zo goed mogelijk advies te verstrekken. We vernemen op dit punt veel variatie en verwachten vermindering daarvan. Het is daarbij bovendien nodig dat zij nagaan of de patiënt met het advies uit de voeten kan.
- De waardering van de patiënt voor de verschillende zorgverleners die bij spoedzorg kunnen helpen, verschilt. De patiënt waardeert de huisarts met een 7,6, de huisartsenpost met een 7,2 en de SEH met een 7,7. Dit geeft het beeld dat voor huisartsen, huisartsenposten en SEH's verbeteringen nodig zijn. We zien uit vele onderzoeken naar patiënttevredenheid dat een waardering onder de 8,0 laag is. De waardering voor de spoedzorg baart ons dan ook zorgen. Vooral voor de huisartsenpost is het dringend noodzakelijk dat er verbeteringen worden doorgevoerd.
- Als iemand dan spoedzorg nodig heeft, blijken er knelpunten te liggen in de wacht- en doorlooptijden, gegevensuitwisseling, communicatie tussen zorgverleners, informatie en de aandacht voor de pijn die iemand heeft. Waar mensen ook aankloppen, vrijwel altijd lopen zij tegen vergelijkbare knelpunten aan. Daarom roepen we huisartsen, huisartsenposten en SEH's op om:
 - zorg te dragen voor goede gegevensuitwisseling, zowel tussen zorgverleners in een onderdeel van de keten als binnen de gehele spoedzorgketen. Het gaat hierbij om medicatie- en overige medische gegevens;
 - de onderlinge communicatie tussen de betrokken zorgverleners te verbeteren;
 - te (blijven) werken aan goede bejegening. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de patiënt vertellen wat er gaat gebeuren, om naar de mens in zijn geheel te kijken of over de omgang in het algemeen;
 - zorg te dragen voor een goede uitleg aan patiënten over wat er gaat gebeuren en wat ze mogen verwachten;
 - nadrukkelijk te vragen naar pijn en na te gaan of pijnstilling noodzakelijk is en die zo mogelijk aan te reiken;
 - de wacht- en doorlooptijden te verlagen. Door efficiencyverbeteringen kan dit worden gerealiseerd (denk aan gegevensuitwisseling) en waar dat niet mogelijk is, is het noodzakelijk mensen goed te informeren over het waarom van de wachttijden en de verwachte wachttijd.

We hebben aan de hand van stellingen tenslotte gekeken naar de rol van financiële prikkels bij het gebruik van spoedzorg. Mensen blijken zich bewust van de kosten van spoedzorg. Mensen geven bovendien in grote getale aan het oneens te zijn met de stellingen ooit gebruik te hebben gemaakt van

spoedzorg terwijl ze wisten dat het niet dringend was. Dat laat zien hoe belangrijk de spoedbeleving voor mensen is en hoe zeer zij zich bewust zijn van het gepast gebruik van deze zorg.

Tot slot

Over de gehele spoedzorgketen bezien maakt de Patiëntenfederatie zich de meeste zorg om de gang van zaken op de huisartsenpost. De algehele waardering door patiënten scoort daar het laagst.

Mensen geven voor zowel de huisarts, de huisartsenpost als de SEH aan dat de grootste verbeteringen behaald kunnen worden door te werken aan goede gegevensuitwisseling, wacht- en doorlooptijden (inclusief informatie daarover), de aandacht voor pijn en bejegening /communicatie.

Bij het ontwikkelen van een door zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en verzekeraars gedragen kwaliteitskader voor spoedzorg, bij het maken van richtlijnen en bij toekomstige vraagstukken over de inrichting van de spoedzorg moeten deze punten vanuit patiëntenperspectief worden ingebracht. Als Patiëntenfederatie dragen wij hier zorg voor, om vervolgens in nauwe samenwerking met de andere partijen verbeteringen daadwerkelijk in gang te kunnen zetten.

