

EHBO IN ALMERE

**Een inventariserend onderzoek naar de EHBO-voorziening in en rondom
Almere**

Herman Sixma

oktober 1987

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Sixma, Herman

EHBO in Almere : een inventariserend onderzoek naar de EHBO-voorziening in en rondom Almere / Herman Sixma. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - I11.

ISBN 90-6905-052-8

SISO 614.82 UDC 614.88(492*1300)

Trefw.: EHBO ; Almere ; onderzoek.

WOORD VOORAF

Het voorliggende rapport over Eerste Hulp Bij Ongevallen (kortweg EHBO) in Almere vormt het resultaat van tien weken registreren hoe vaak inwoners van Almere voor EHBO een beroep doen op professionele hulpverleners.

In dit voorwoord willen wij dank zeggen aan alle personen die medewerking verleend hebben aan dit onderzoek. Dit zijn in de eerste plaats alle Almeerse huisartsen en assistentes. Naast hun adviezen over de vorm van het onderzoek zijn zij bereid geweest om bij te houden wie zich, soms bij nacht en ontij, meldde met een verzoek om EHBO. Daarnaast gaat onze dank uit naar de mensen van de ambulance-dienst van de DGD-Flevoland, de dokterstelefoon, het Medisch Centrum Almere en de EHBO-poliklinieken van het Academisch Medisch Centrum en de Gooi-Noord Ziekenhuizen. Ook zij hebben, zeer plichtsgetrouw, bijgehouden welke personen vanuit Almere een beroep deden op de betreffende voorzieningen.

Dank ook aan de leden van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntenraden voor het kritisch doornemen van een concept-vragenlijst van de patiënten-enquête, en aan de honderden patiënten die na te zijn geconfronteerd met EHBO de bereidheid hebben getoond de uiteindelijke vragenlijst in te vullen en op te sturen.

Tenslotte een woord van dank aan Elita Zoer, Trees Wiegiers en Erica Hackenitz. Elita vormde met het bezoeken en telefoontjes de verbindingsschakel tussen het NIVEL en alle deelnemende hulpverleners. Trees verzorgde samen met Erica het coderen van de gegevens en de invoer van de data in de computer, terwijl Erica bovendien de data-definitie en het schoonmaken van het databestand voor haar rekening nam.

INHOUD

1. INLEIDING	
2. EERSTE HULP; HUISARTS OF POLIKLINIEK?	4
2.1. Taakafbakening bij het verlenen van eerste hulp	4
2.2. EHBO in Almere	8
2.3. Doelstelling van het onderzoek	11
3. ONDERZOEKSOPZET	13
3.1. Onderzoeksopzet	13
3.2. Respons	14
3.3. Non-respons en het gevolg hiervan	17
4. EHBO IN DE ALMEERSE GEZONDHEIDSCENTRA	20
4.1. Dokterstelefoon Almere	20
4.2. Patiëntkenmerken en tijdstip van EHBO-contact	22
4.3.1. Klacht en behandeling	25
4.3.2. Verwijzen bij EHBO-behandeling	28
4.3.3. Overleg bij EHBO-letsel	29
4.3.4. Het terugbestellen bij EHBO	30
4.4. Het oordeel van de patiënten	31
4.4.1. De weg naar de huisarts	31
4.4.2. De kwaliteit van de hulpverlening	36
4.4.3. Patiënten over de plaats van de EHBO	42
5. EHBO EN DE AMBULANCEDIENST	50
5.1. Inleiding	50
5.2. Aantallen EHBO-contacten van de ambulancedienst	51
5.3. Patiëntkenmerken en tijdstip van de EHBO	51
5.4. Klacht en behandeling	52
5.5. Het oordeel van patiënten over de ambulancedienst	55
6. EHBO IN DE TWEDELIJN	58
6.1. EHBO bij het Medisch Centrum Almere	58
6.2. Aantallen EHBO-contacten bij ziekenhuizen	59
6.3. Patiëntkenmerken en tijdstip van EHBO-contact	60
6.4. Klacht en behandeling	61
6.5. Het oordeel van de patiënten	64

7. EHBO IN ALMERE, SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	69
7.1. Aantallen EHBO-contacten	70
7.2. Oordelen van de bevolking	74
7.3. De toekomstige situatie	75
LITERATUUROVERZICHT	78
BIJLAGEN	81

1. INLEIDING

In Almere, één van de jongste en snelstgroeiende gemeenten van Nederland, wordt als experiment een stelsel van zorgvoorzieningen opgebouwd, waarbij uit ministeriële nota's af te leiden uitgangspunten voor het overheidsbeleid daadwerkelijk gestalte moeten krijgen. Voorbeelden van dergelijke uitgangspunten zijn een versterkte eerstelijnszorg, meer functionele en bestuurlijke samenhang tussen de verschillende voorzieningen en meer invloed en participatie vanuit de bevolking bij de opbouw en het in stand houden van het stelsel van zorgvoorzieningen. Vertaald naar de Almeerse situatie, zijn deze en aanvullende uitgangspunten neergelegd in het projectplan behorend bij het Project Gezondheidszorg Almere (PGA).

Rondom het 'experiment Almere' wordt evaluatie-onderzoek uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Deelrapporten die tot nu toe in het kader van dit onderzoek zijn gepubliceerd hebben betrekking op de uitgangssituatie in Almere (Sixma en Van de Voort, 1985), het oordeel van de bevolking over de Almeerse gezondheidszorg (Sixma, 1986), de bestuurlijke kaders waarmee Almere te maken heeft (Dekker, 1986) en het aantal contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen (Sixma, 1986). Het evaluatie-onderzoek, waartoe ook het hier voorliggende rapport mag worden gerekend, wordt uitgevoerd in opdracht van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere; de onder de Stuurgroep functionerende subgroep Evaluatie vormde de begeleidingscommissie.

Versterking van de eerstelijnszorg vormt niet simpel een doel op zich, doch moet worden gezien in het kader van de zorgverschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg. Zorgaspecten die in de loop der tijd zijn verschoven naar hogere echelons en zonder kwaliteitsverlies teruggebracht kunnen worden, zouden weer in de eerstelijns plaats kunnen vinden. Voorwaarde hierbij is natuurlijk wel dat de hulpverlener in de eerstelijnszorg ook daadwerkelijk in staat moet zijn deze 'extra' hulpverlening te bieden. Een van de aspecten waaraan men hierbij kan denken is de hulpverlening bij grote en kleine ongevallen. EHBO is in Almere toebedacht aan de eerstelijnsgezondheidszorg. Eerste hulp wordt verleend door huisartsen en/of assistentes vanuit de verschillende gezondheidscentra; indien de aard van het ongeluk dit noodzakelijk maakt, wordt de patiënt doorverwezen

naar de in de tweedelijns opererende medisch specialist. Door EHBO terug te brengen in de eerstelijnszorg zou worden voorkomen dat mensen onnodig een beroep doen op de duurdere tweedelijnsvoorzieningen met alle consequenties daaraan verbonden. Binnen het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen, waarbij wordt gewerkt met wijkgerichte gezondheidscentra, zou dit tevens betekenen dat zorg wordt aangeboden zo dicht mogelijk bij de patiënten.

Bij deze regeling zijn er een aantal spanningsvelden te onderkennen. In de eerste plaats hebben we in Almere te maken met een bevolking voor het overgrote deel afkomstig uit Amsterdam, waar men (meer nog dan elders het geval lijkt te zijn) bij kleine en grote ongelukken rechtstreeks naar één van de poliklinieken van een ziekenhuis gaat. Als tweede punt kan worden opgemerkt dat zowel de openstelling van het Medisch Centrum Almere (MCA) als de aanwezigheid van goed geoutilleerde EHBO-poliklinieken in Amsterdam (Academisch Medisch Centrum) en Naarden (Gooi-Noord Ziekenhuizen) de mogelijkheid bieden de eerstelijns te passeren. Beperkingen hierbij zijn het niet 24 uur per dag open zijn van het MCA en de afstand tot de dichtstbijzijnde ziekenhuizen. Tenslotte is het zeer wel denkbaar dat bewoners in het geheel niet gecharmeerd zijn van een EHBO-voorziening door de huisarts, en hoe dan ook van mening zijn dat deze tak van hulpverlening in een ziekenhuis plaats moet vinden.

Samenvattend mag worden gesteld dat EHBO een gezondheidszorgvoorziening is die, waar het gaat om taakafbakening, bij uitstek geschikt is om na te gaan hoe de verschillende partijen (hulpverleners en patiënten) reageren op de nieuwe (Almeerse) situatie, waarbij de EHBO-functie wordt uitgeoefend door hulpverleners in de eerstelijns.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het functioneren van de EHBO-voorziening in Almere. Hiertoe zijn gedurende de laatste tien weken van 1986 gegevens verzameld bij alle Almeerse huisartsen en gezondheidscentra, het MCA, de ambulancedienst van de DGD-Flevoland, het Academisch Medisch Centrum (AMC) en de Gooi-Noord Ziekenhuizen in Naarden/Bussum. Daarnaast werd medewerking verleend door de centrale dokterstelefoon, die voor Almere de bereikbaarheid van de huisartsen coördineert buiten de openingsuren van de gezondheidscentra. Parallel aan het onderzoek bij de hulpverlenende instanties, zijn gegevens verzameld bij cliënten die in de laatste weken van 1986 in of rondom Almere met EHBO te maken hebben gehad. Dit is gebeurd met behulp van een schriftelijke enquête. De resultaten van het onderzoek bij hulpverleners en patiënten zullen zoveel moge-

lijk naast elkaar worden gepresenteerd. Voordat hier in hoofdstuk vier een begin mee wordt gemaakt, wordt in hoofdstuk twee ingegaan op de landelijke discussie over de plaats van de EHBO in de gezondheidszorg en de situatie in Almere en wordt de doel- en probleemstelling van het onderzoek geformuleerd. De opzet en uitvoering van het onderzoek vormt de kern van hoofdstuk drie. De hoofdstukken vier, vijf en zes gaan in op respectievelijk de rol van de Almeerse huisartsen en assistentes, de ambulancedienst en de omliggende ziekenhuizen Gooi-Noord en AMC. In hoofdstuk zeven worden de belangrijkste resultaten van de hoofdstukken vier, vijf en zes nogmaals samengenomen en gepresenteerd als een totaalbeeld van de EHBO-voorziening in Almere en worden slotconclusies en aanbevelingen geformuleerd. Een overzicht van de geraadpleegde literatuur en een aantal bijlagen vormen de afsluiting van dit rapport.

Bij het streven naar een zo volledig mogelijk beeld van de EHBO-voorziening in en rondom Almere, is gepoogd informatie te krijgen over alle verzoeken om EHBO die tijdens de onderzoeksperiode aan professionele hulpverleners werden gericht. Voor wat betreft de ambulancedienst en de ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben deelgenomen zijn wij daarin, geholpen door de toch al aanwezige registratiegegevens voor de eigen bedrijfsvoering, waarschijnlijk uitstekend geslaagd. Dit ligt wat anders bij het collectief van Almeerse huisartsen en assistentes. Ondanks de intensieve begeleiding in de beginfase van het onderzoek en de regelmatige contacten tijdens het verdere verloop, kon, zoals in het vervolg van dit rapport aannemelijk zal worden gemaakt, niet worden voorkomen dat in een aantal gevallen het invullen van de benodigde vragenformulieren is vergeten. De indruk is dat dit vooral de verzoeken buiten de openingsuren van de gezondheidscentra betreft; tijdens de openstelling van de centra op werkdagen functioneerden de assistentes vaak als het geweten van de huisarts en konden zij zelf bijhouden hoe vaak patiënten een beroep deden op EHBO. In hoofdstuk drie zal nader op deze onderrapportage worden ingegaan. Wel moet hier worden geconstateerd dat door onderrapportage al te stellige conclusies, over met name de aantallen keren dat EHBO wordt verleend door de Almeerse huisartsen en assistentes, worden bemoeilijkt.

De in het rapport opgenomen citaten zijn in hoofdzaak afkomstig uit de bij het onderzoek behorende patiëntenenquête. Hoewel wellicht niet altijd maatgevend voor het algemene beeld dat de inwoner van Almere heeft van de EHBO-voorziening, vormen zij de illustratie in woorden bij de vele, vooral zakelijk ogende tabellen.

2. EERSTE HULP; HUISARTS OF POLIKLINIEK?

Het vraagstuk van de eerste hulpverlening bij ongevallen staat nadrukkelijk in de belangstelling. Als de discussie gaat over verschuivingen binnen de gezondheidszorg van intra- naar extramurale zorg, komt men al snel bij de EHBO-voorziening uit als één van de voorbeelden waar veranderingen noodzakelijk en mogelijk zijn. Enerzijds wordt erkend dat de huisarts zowel overdag als buiten de kantooruren de eerst-aangewezen persoon is om eerste hulp te verlenen; de vergoeding voor eerste hulp is in het abonnementshonorarium van de huisarts opgenomen en ook het takenpakket dat de huisarts geacht wordt te verrichten, is hierop afgestemd. Anderzijds blijkt uit de praktijk dat zeer veel patiënten zich, zonder eerst bij de huisarts te zijn geweest, vervoegen bij de polikliniek van een ziekenhuis teneinde op de eerste hulp afdeling te worden behandeld; een situatie die vooral buiten de kantooruren voor huisarts en patiënt aantrekkelijke kanten heeft.

In dit hoofdstuk zal aan de hand van beschikbare literatuur een kort overzicht worden gegeven van de problematiek rondom de taakafbakening bij de Eerste Hulp verlening. Vervolgens zal meer concreet worden ingegaan op de situatie in Almere en komen de doelstellingen en de probleemstelling van het deelonderzoek 'EHBO in Almere' aan de orde.

2.1. Taakafbakening bij het verlenen van eerste hulp

Ongevallen vormen een belangrijke doodsoorzaak. Daarnaast zijn ongevallen verantwoordelijk voor verloren levensjaren en levensvreugde en oorzaken van ziekte, gebruik van voorzieningen en van invaliditeit. Daarom is het niet verwonderlijk dat de hulpverlening bij een ongeval sterk appeleert aan gevoelens van veiligheid of onbehagen. Niemand hoopt dat hem of haar een ongeval zal overkomen, gebeurt dat toch dan kan een goede EHBO-voorziening van levensbelang zijn.

Ongevallen kunnen worden onderscheiden in een drietal categorieën. In de eerste plaats zijn daar de arbeidsongevallen; een categorie die vooral in het verleden aanzienlijk was, doch door veiligheidsmaatregelen en verschuivingen binnen de Nederlandse beroepsbevolking in aantal sterk zijn afgenomen. De tweede categorie betreft de verkeersongevallen. Per jaar komen circa 2000 personen om in het ver-

keer; een veelvoud van dit aantal belandt voor kortere of langere tijd in het ziekenhuis. Kwantitatief de belangrijkste categorie vormen de privé-ongevallen; in absolute zin vallen er meer doden in de privé-sfeer dan in het verkeer en in de arbeid. Het aantal medisch behandelde ongevallen in de privé-sfeer wordt voor 1983 geschat op 1,2 miljoen (WVC, 1986, p.105). Tot een aparte categorie behoren de zogenoemde calamiteiten: grote ongevallen bij bedrijven, spoorweg- of vliegtuigongevallen en sommige verkeersongevallen. Calamiteiten stellen speciale eisen aan de hulpverlening en worden gekenmerkt door grote aantallen doden en gewonden.

Het merendeel van alle patiënten betrokken bij ongevallen komt niet terecht in het medisch circuit. Voor een schaafwond na een val op straat of een snee in de vinger bij het aardappelschillen zal men slechts bij uitzondering naar de huisarts of een polikliniek toestappen. Men plakt zelf een pleister of laat dit doen door bijvoorbeeld een huisgenoot. Is zelfzorg of mantelzorg ontoereikend, dan volgt behandeling door de eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg. Van de personen die met ongevalsletsel bij professionele hulpverleners terecht komen, wordt vervolgens minder dan 5% opgenomen in het ziekenhuis. Tabel 2.1 geeft de aantallen ongevallen waarbij een beroep wordt gedaan op professionele hulpverlening, voor zover cijfers bekend zijn. In hoeverre in deze tabel dubbeltellingen zijn opgenomen, is onbekend.

Tabel 2.1.: aantallen ongevallen waarbij een beroep wordt gedaan op professionele hulpverlening (Bron: Nota 2000, WVC)

aard van het ongeval + hulpverlening	aantal ongevallen
ongevallen en vergiftigingen, ziekenhuisopnamen 1982	± 103.500
arbeidsongevallen, ziekenhuisopnamen, 1982	± 3.000
verkeersongevallen, ziekenhuisopnamen, 1982	± 23.000
ongevallen privé-sfeer, contacten met huisarts, 1983	± 606.000
ongevallen privé-sfeer, poliklinische behandeling, 1984	± 635.000
ongevallen privé-sfeer, klinische behandeling, 1984	± 33.000

Beperken we ons even tot ongevallen in de privé-sfeer, dan is vastgesteld dat (behalve bij ouderen) mannen vaker dan vrouwen het slachtoffer zijn van een dergelijk ongeval en dat de meeste van dergelijke ongevallen in en rond het huis gebeuren (WVC, 1986, p.109).

Apart genoemd worden in dit verband een geschat aantal ongevallen ten gevolge van sportbeoefening van jaarlijks 500.000 en een aantal van ongeveer ± 32.500 patiënten dat in een ziekenhuis wordt opgenomen als gevolg van complicaties van de medische behandeling, waarbij gedacht kan worden aan zowel bijwerkingen van geneesmiddelen als gevolgen van operatief ingrijpen.

Daarnaast zijn enige gegevens beschikbaar uit regionale onderzoeken. Uit onderzoek van een adviserend geneeskundige van het Ziekenfonds Zuid-Limburg (Veel patiënten, 1986) bleek dat van de patiënten die zich op een EHBO-afdeling van een ziekenhuis melden ongeveer 60% daar komt zonder verwijzing. In 50% van de gevallen blijkt het letsel van de zelfverwijzer zonder meer door de huisarts te kunnen worden behandeld. Krishnadat (1985) komt tot vergelijkbare cijfers als hij vaststelt dat 55% van de patiënten die de EHBO-polikliniek van een middelgroot perifere ziekenhuis hebben geraadpleegd, dit doen zonder verwijzing. Van deze patiënten presenteerde 60% niet-urgente problemen; 's nachts kwamen relatief meer patiënten zonder verwijzing dan overdag. Met betrekking tot de percentages patiënten die zich bij de EHBO-polikliniek melden maar in feite adequaat door een huisarts behandeld kunnen worden, wordt verwezen naar buitenlandse literatuur waarin percentages variëren van 39% tot 67,5% (Krishnadat, 1985, p.40). Beide publicaties geven overigens geen cijfers over de aantallen patiënten die voor EHBO van de diensten van een huisarts gebruik maken. Een dergelijk cijfer is wel af te leiden uit het totale aantal spoedgevallen in de huisartsenpraktijk. Bij een praktijkgrootte van 2.500 patiënten komt Smit (1974) op ongeveer 800 spoedgevallen per jaar, waarvan circa 25% is te rangschikken onder de categorie 'ongevallen en traumata'.

Zowel Beckers (Veel patiënten, 1986) als Krishnadat geven enkele mogelijke oorzaken voor het feit dat veel patiënten zich voor EHBO rechtstreeks tot de polikliniek van een ziekenhuis wenden. Genoemd worden: onwetendheid bij de patiënten, de slechte bereikbaarheid van de huisarts of het feit dat de patiënt de huisarts minder geschikt acht voor de behandeling van de klacht. Een andere reden wordt genoemd in recent onderzoek van de Consumentenbond (1987) over de ervaringen die mensen hebben met EHBO-zaken, en betreft de financiële kanten van een EHBO-behandeling. Een particulier verzekerde kan op grond van zijn verzekeringspakket, waarbij wel vergoeding plaatsvindt voor behandeling door een specialist maar niet voor hulp door een huisarts, besluiten direct naar het ziekenhuis toe te stappen. Ook hulpverleners kunnen belang hebben bij het handhaven van de status-quo op grond van financiële overwegingen. Huisartsen ontvangen

voor de behandeling van eigen patiënten (of patiënten vallend binnen de waarnemingsregeling) geen extra vergoeding en zullen dus niet staan te juichen bij uitbreiding van de aantallen EHBO-patiënten 's avonds en 's nachts. De aanspraken op extra formatieplaatsen verpleegkunde, die ziekenhuizen op grond van aantallen EHBO-verrichtingen in het verleden maakten, zijn met de invoering van de budgeteringsregelingen niet langer actueel. Overigens noemt ook dit onderzoek de onwetendheid van mensen over het takenpakket van de huisarts, de soms slechte bereikbaarheid van de huisarts en de wetenschap dat 'in een ziekenhuis alles voorhanden is' als oorzaken voor het passeren van de huisarts bij eerste hulp.

Dat het voorbijgaan aan de huisarts bij de eerste hulpverlening in grotere steden meer speelt dan elders, spreekt welhaast vanzelf. Om gebruik te maken van een polikliniek van een ziekenhuis voor het verlenen van eerste hulp is het noodzakelijk dat de afstand tot deze polikliniek beperkt is. In het bijzonder in situaties waarbij snelheid een eerste vereiste is, zal men kiezen voor behandeling op zo kort mogelijke afstand. In grote en middelgrote steden is bijna altijd op relatief korte afstand een 24 uur per dag open zijnde polikliniek aanwezig. Een goed voorbeeld is de situatie in Amsterdam, mede omdat de Almeerse bevolking voor een groot deel bestaat uit ex-Amsterdammers. Burgemeester en Wethouders van Amsterdam stellen in een pre-advies aan de gemeenteraad dat "... door vele oorzaken, waaronder het ruime aanbod aan ziekenhuisvoorzieningen en door knelpunten in de bereikbaarheid van de eerstelijns buiten kantooruren, de taak die huisartsen wettelijk hebben op het terrein van de eerste hulp steeds meer door ziekenhuizen is overgenomen. Hierdoor is er in Amsterdam een gebruik ontstaan om in veel sterkere mate een beroep te doen op de eerste hulpposten van ziekenhuizen dan op grond van de feitelijke functie van deze posten gerechtvaardigd is. Uit gegevens van de ziektekostenverzekeraars blijkt, dat slechts 20 à 30% van het totale aantal bezoeken aan de eerste hulpposten van de ziekenhuizen terecht is; de overige 70 à 80% hoort thuis bij de huisarts..." (B&W Amsterdam, 1986). Om verandering te brengen in deze situatie wordt voorgesteld huisartsen een extra vergoeding te geven voor EHBO-verrichtingen. Doelstelling is dat huisartsen goed bereikbaar moeten zijn voor lichte eerste hulp; zware traumatologie moet plaatsvinden in de ziekenhuizen. Argumenten voor deze verdeling liggen voor de Amsterdamse bestuurders bij de aspecten kwaliteit en kostenbeheersing.

Na deze gegevens uit beschikbaar onderzoek over de rollen die huisarts en poliklinieken spelen bij EHBO is het goed deze subparagraaf

af te sluiten met de situatie zoals die in theorie zou moeten bestaan. Het takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zegt met betrekking tot EHBO dat de huisarts in staat geacht moet worden behandelingen te verrichten bij onder meer:

- verwondingen van de huid en onderhuids (bind)weefsel;
- verstukingen/verrekkingen/kneuzingen en ontwrichtingen van onder meer vingers, knieschijf, kaakgewricht, stuitbeen;
- gebroken rib of sleutelbeen;
- verbranding of bevroering in de eerste of tweede graad van beperkte omvang;
- splinter, vuiltje in het oog, vreemd voorwerp in de keel;
- insectenbeten;
- sommige vergiftigingen;
- hersenschudding;
- dreigend zuurstoftekort bijvoorbeeld door verstrikking, verdrinking of koolmonoxyde.

Voor zwaardere gevallen zal een beroep moeten worden gedaan op de polikliniek van een ziekenhuis. Dit zou zo veel mogelijk moeten gebeuren in overleg met en na verwijzing door een huisarts, danwel via gespecialiseerde hulpverleners van bijvoorbeeld een ambulance-dienst. Het op eigen initiatief gebruik maken van de polikliniek voor Eerste Hulp zou alleen bij zeer dringende gevallen moeten geschieden. Heeft een (eerste) behandeling plaatsgevonden, dan zal nazorg zo veel mogelijk door de huisarts moeten worden gegeven.

2.2. EHBO in Almere

EHBO behoort in Almere expliciet tot het takenpakket van de eerste-lijn. Voor eerste hulp bij een spoed-/ongeval in en rond het huis zou, als professionele hulp noodzakelijk wordt geacht, in eerste instantie de huisarts moeten worden geraadpleegd. Overdag op werkdagen kan men hiervoor terecht bij alle huisartsen en gezondheidscentra; buiten de openingsuren van de centra of de spreekuren van de huisarts kan een huisarts worden gewaarschuwd via een centrale dokters-telefoon. De huisarts bepaalt daarna of er hulp van de tweedelijng nodig is en (in overleg met de patiënt) waar, waarna de ambulance-dienst eventueel het vervoer verzorgt. Bij spoed- en ongevallen buitenshuis wordt in het algemeen door politie en/of omstanders het alarmnummer van de centrale post ambulancevervoer (CPA) gebeld. Het ambulancepersoneel bepaalt, eventueel in overleg met de meldkamer, of de patiënt naar de huisarts kan gaan of dat deze direct moet wor-

den vervoerd naar de eerste hulp post van een ziekenhuis. Vindt ver-
voer naar een ziekenhuis plaats, dan bepaalt de patiënt, op advies
van het ambulancepersoneel, welk ziekenhuis dit wordt. In beperkte
mate is er sprake van een 'free-call' systeem, waarbij de patiënt
(bijvoorbeeld in geval van een hartinfarct) rechtstreeks om ambulanc-
ehulp kan vragen ook al betreft het een situatie in of rond het
huis.

De inwoners van Almere, voor ongeveer 2/3 afkomstig uit Amsterdam,
ontvangen bij de inschrijving als inwoner van Almere een introduc-
tieboekje met onder andere een overzicht van de Almeerse gezond-
heidszorgvoorzieningen. Met betrekking tot EHBO is daarin de medede-
ling opgenomen dat in Almere de huisarts de aangewezen persoon is en
waar men deze kan bereiken. Tevens wordt vermeld dat de in Almere
aanwezige polikliniek van het Burgerziekenhuis, het Medisch Centrum
Almere (MCA), niet is bedoeld voor Eerste Hulp Bij Ongelukken. Het
MCA is dan ook alleen tijdens de kantooruren geopend. Klopt men voor
hulp toch aan bij het MCA, dan zal de betreffende patiënt in de re-
gel worden doorverwezen naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum
in casu het gezondheidscentrum 'de Schakel'.

Voor EHBO is men in Almere dus aangewezen op de huisartsen en ge-
zondheidscentra, ook al omdat een eigen Almeers ziekenhuis pas in
1990 zal worden geopend. Alle centra zijn op werkdagen in principe
direct bereikbaar van 8.30 tot 17.00 uur. Mocht men onverhoopt in
deze periode geen contact kunnen krijgen met de huisarts, dan kan
men (via de telefoon) contact opnemen met de dokterscentrale. De
dokterscentrale dient ook te worden gebeld als men buiten de kan-
tooruren een huisarts nodig heeft, waarbij Almere (anno 1987) is op-
gedeeld in drie waarneemgroepen. Binnen elke waarneemgroep is er één
dienstdoende huisarts en fungeert een tweede huisarts als achter-
wacht. De eerstelijnszorg kent in Almere bij het schrijven van dit
rapport nog geen directe 24-uurs bereikbaarheid, waarbij continu
een of meerdere gezondheidscentra voor spoedgevallen geopend zijn.
Wel is in het hoofdlijnenplan 1985-1989 'al doende beter' (PGA,
1985) een voorstel opgenomen voor verdere uitbouw van de EHBOfunctie
in Almere. Dit voorstel omvat:

- realisatie van een EHBO-voorziening per wijk die ook buiten kan-
tooruren beschikbaar is ('s avonds: 17.00-24.00 uur, weekenden:
8.00-24.00 uur);
- het komen tot één centrale meldkamer en telefoonnummer voor zowel
de 24-uurs bereikbaarheid (inclusief EHBO) als ook de ambulance-
hulpverlening, alsmede de bezetting van deze meldkamer met ver-
pleegkundig personeel;

- het opstellen van protocollen tussen eerstelijns, ambulancedienst en ziekenhuis inzake het inroepen van ambulancehulpverlening;
- het regelmatig informeren van de bevolking over de wijze waarop eerste hulp is geregeld.

Naast de huisarts speelt natuurlijk ook de ambulancedienst een belangrijke rol bij het verlenen van EHBO. Ambulancevervoer in Almere wordt verzorgd door de Districtsgezondheidsdienst (DGD) voor Flevoland, met een hoofdvestiging in Lelystad. Vanuit Lelystad wordt geheel Flevoland bestreken. In Almere-Haven bevindt zich een dependance van de hoofdvestiging. In principe beschikt de Almeerse ambulancepost over twee ambulances. Eén wagen is dag en nacht beschikbaar voor spoedgevallen; de tweede wagen is in het weekend stand-by. Overdag heeft de ambulancedienst een vast uitrukpunt; 's nachts staat één van de ambulances bij het huis van de dienstdoende chauffeur en vertrekt de tweede ambulance in noodgevallen bemand met vrijwilligers vanaf de post in Almere-Haven. Daarnaast bestaat de mogelijkheid een extra ambulance op te roepen vanuit Lelystad of Dronten. De ambulancedienst kent één centraal meldnummer, de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Tenslotte kan met betrekking tot de ambulancedienst nog worden opgemerkt dat in de zorgbegroting 1987 voor Almere (PGA, 1987) een post is opgenomen voor het opstellen van protocollen betreffende indicaties. Doel van deze protocollen is het verschaffen van éénduidige criteria voor ambulanceverpleegkundigen en de CPA op grond waarvan besloten kan worden voor vervoer hetzij naar een gezondheidscentrum hetzij naar een ziekenhuis.

Gaat het erom vanuit Almere zo snel mogelijk de polikliniek van een ziekenhuis te bereiken, dan is men aangewezen op de ziekenhuizen in Amsterdam, Naarden/Bussum of eventueel Lelystad. Beperken we ons tot de qua afstand meest voor de hand liggende keuzes, dan zijn voor de EHBO-verlening vooral het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam en de Gooi-Noord ziekenhuizen in Naarden/Bussum belangrijk. Het AMC heeft een 24 uur per dag geopende EHBO-polikliniek; de eerste hulp wordt verleend door algemene artsen en niet door medisch specialisten zoals chirurgen. In 1985 maakten ruim 25.000 patiënten gebruik van deze EHBO-polikliniek; een zeer groot deel van de bezoekers komt, zonder te zijn verwezen, op eigen gelegenheid naar het AMC, aldus het hoofd van de polikliniek. De ten opzichte van Almere meest nabijgelegen Gooi-Noord vestigingen in de vorm van het Majella-ziekenhuis en het Diakonessenziekenhuis, zijn buiten de normale werkdagen bij toerbeurt open voor eerste hulp; de St. Jan-

vestiging in Blaricum kent een 24-uurs openstelling gedurende zeven dagen per week voor EHBO-patiënten.

Schakel tussen patiënt en huisarts buiten de openingstijden van de gezondheidscentra is de centrale doktersdienst. Deze particuliere instantie regelt met name buiten de kantooruren de bereikbaarheid van de Almeerse huisartsen. Patiënten die vanuit Almere contact opnamen met de dokterstelefoon ontvangen normaliter de mededeling dat zij worden teruggebeld door de dienstdoende huisarts. De huisartsen zelf ontvangen op hun semafoon de mededeling dat hun hulp gewenst is en dat zij contact moeten opnemen met de dokterstelefoon. Bij de berichtgeving worden twee codes gehanteerd, te weten één code voor 'zo snel mogelijk terugbellen' en één code voor 'onmiddellijk terugbellen'. Daarnaast komt het voor dat patiënten in het weekend worden verwezen naar het weekendspreekuur van een van de dienstdoende huisartsen. Alle huisartsen in Almere zijn aangesloten bij de dokterstelefoon. De dokterstelefoon zelf is gevestigd in Naarden/Bussum, doch er wordt gewerkt met een telefoonnummer in Almere dat door patiënten gebeld kan worden.

Tot zover dit overzicht van de instanties die in en om Almere een rol (kunnen) spelen bij het verlenen van EHBO.

2.3. Doelstelling van het onderzoek

In Almere bestaat alles bij elkaar genomen een tamelijk unieke situatie. Een bevolking die van oorsprong gewend zal zijn voor EHBO rechtstreeks naar een polikliniek toe te stappen, wordt nu geacht een beroep te doen op de huisarts. Voor de huisarts behoort EHBO nadrukkelijk tot het takenpakket en de inrichting van de gezondheidscentra is mede hierop afgestemd. Mogelijkheden om rechtstreeks een beroep te doen op de tweedelijnszorg zijn voor wat betreft EHBO in Almere in principe afwezig. Wil men toch op eigen initiatief naar een ziekenhuis, dan zal men in eerste instantie kiezen voor het op enige afstand gelegen AMC-ziekenhuis.

De vraag is hoe de Almeerse bevolking reageert op deze situatie. Wat doet men als men zelf EHBO nodig heeft, zowel overdag als buiten de openingstijden van de Almeerse gezondheidscentra? En hoe zal de situatie zich ontwikkelen als in 1990 het eigen Almeerse ziekenhuis de poorten opent?

Bij de huisartsen is een belangrijke vraag hoe men omgaat met de patiënten die zich bij nacht en ontij melden voor EHBO. Worden alle

patiënten zo veel mogelijk zelf behandeld of worden zij wellicht toch relatief snel doorverwezen naar de gespecialiseerde tweedelijnszorg?

Bovenstaande vragen vormden de basis voor het onderzoek naar de EHBO-functie in Almere. De doelstelling van het onderzoek kan als volgt worden geformuleerd:

'Het verkrijgen van inzicht in patiëntenstromen en de kwaliteit van de hulpverlening op het terrein van de Eerste Hulp Bij Ongelukken (EHBO) in Almere.'

Hoe deze doelstelling is vertaald naar de onderzoeksopzet wordt in hoofdstuk drie behandeld.

3. ONDERZOEKSOPZET

Om inzicht te krijgen in de patiëntenstromen en de kwaliteit van de Almeerse EHBO-voorziening zijn gegevens verzameld bij partijen die zich op professionele basis in Almere bezighouden met EHBO en bij patiënten. De opzet van deze gegevensverzameling is uitgewerkt in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. De tweede paragraaf gaat in op de kwaliteit van de onderzoeksgegevens, via de respons. In paragraaf 3.3 staat de non-respons centraal, waarbij vooral wordt gekeken naar mogelijke consequenties voor de conclusies en generalisatie van de Almeerse onderzoeksbevindingen.

3.1. Onderzoeksopzet

Het onderzoek is beperkt tot de 'echte' Eerste Hulp Bij Ongevallen. De formele definitie van EHBO die in het onderzoek wordt gehanteerd, luidt:

'De acute verlening van somatische en niet-somatische professionele hulp bij traumata en intoxicaties (met inbegrip van suïcide- en andere geweldsverwondingen) zonder vooraf gemaakte afspraak.'

In de bij deze definitie behorende toelichting zoals deze aan de deelnemende hulpverleners is verstrekt, zijn de volgende categorieën expliciet genoemd:

- grote en kleine verwondingen (inclusief honde- en kattebeten, oogletsels, snij- en schaafwonden, bijen- en wespensteken, etcetera);
- fracturen, distorsies, contusies, luxaties;
- corpora aliena;
- schedelletsel, hersenschuddingen;
- iatrogene effecten/geneesmiddelen, chemische intoxicaties;
- verbrandingen;
- neusbloedingen;
- bulten, builen, beklemmingen.

Bij twijfelgevallen is gevraagd toch een registratieformulier in te vullen en (zo mogelijk) een patiëntenenquête uit te reiken.

Aan alle deelnemende hulpverleners is gevraagd voor elk eerste EHBO-contact zowel overdag, 's avonds en 's nachts als in het weekend een registratieformulier in te vullen. Herhaalcontacten, bijvoorbeeld

voor het verwijderen van hechtingen, behoeften niet te worden geregistreerd. Ten behoeve van de registratie zijn twee verschillende formulieren ontworpen. De huisartsen, de ambulancedienst en het MCA hebben gewerkt met een uitgebreid formulier; de deelnemende ziekenhuizen hebben gewerkt met een sterk ingekort formulier dat aansloot op de gegevens die normaliter voor de eigen bedrijfsvoering worden verzameld. Beide formulieren, die als bijlage in dit rapport zijn opgenomen, kwamen tot stand in overleg met de deelnemende artsen en verpleegkundigen. Hetzelfde geldt voor de patiëntenenquête; deze vragenlijst is besproken met zowel hulpverleners als vertegenwoordigers van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP).

Na introductiegesprekken met alle betrokken partijen, bleek iedereen in principe bereid mee te doen met het onderzoek. De onderzoeksperiode ving aan op 27 oktober 1986 en duurde in totaal tien weken. Wekelijks werden alle ingevulde registratieformulieren opgehaald bij alle deelnemende artsen en verpleegkundigen; eventuele ontbrekende gegevens werden ter plaatse zo veel mogelijk alsnog ingevuld. Bovendien werd, zeker in de beginfase van het onderzoek, regelmatig met de deelnemende instanties gebeld over het verloop van de registratie. Voor de patiëntenenquête geldt dat, als enkele weken na het uitreiken van de vragenlijst nog geen bericht is ontvangen, er éénmaal een herinneringskaartje is gestuurd indien het adres van de patiënt bekend was. Bij de categorie patiënten die door de ambulancedienst zijn geholpen, zijn daarnaast nog enige telefonische interviews afgenomen teneinde de respons bij deze vrij kleine groep zo hoog mogelijk te maken.

Alle gegevens zijn direct vanaf de registratie- of enquêteformulieren gecodeerd en ingevoerd in de computer; analyses vonden plaats met behulp van het computerprogramma SPSS.

3.2. Respons

In totaal zijn door de deelnemende hulpverleners 859 registratieformulieren ingevuld en werd een bijna evengroot aantal patiëntenenquêtes uitgereikt. Van deze patiëntenenquêtes werden er 400 ingevuld terugontvangen. Hoe deze aantallen zijn verdeeld over de deelnemende instanties laat tabel 3.1 zien.

Bij de tabel passen een tweetal opmerkingen:

In de eerste plaats hebben de aantallen ingevulde registratieformulieren en patiëntenenquêtes niet altijd betrekking op 'echte' EHBO-

Tabel 3.1.: terugontvangen EHBO-registratieformulieren en patiënten-enquêtes, in aantallen

instantie	aantal ingevulde registratie-formulieren	aantal ingevulde patiënten-enquêtes
huisartsen/gezondheidscentra	655	355
MCA	12	1
ambulancedienst	47	23
ziekenhuis AMC-Amsterdam	135	20
ziekenhuizen Gooi-Noord	10	1

gevallen overeenkomstig de door ons gehanteerde definitie. Met name in de beginfase van het onderzoek zijn er registratieformulieren ingevuld en patiënten-enquêtes uitgereikt aan patiënten die voor eerste hulp een beroep deden op de professionele hulpverlening, doch waarbij de klacht betrekking had op acute ziekteaanvallen of chronische aandoeningen. Voor de ambulancedienst en de ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben meegedaan, geldt dit gedurende de gehele onderzoeksperiode. Door bij deze instanties te kiezen voor een ruime definitie van Eerste Hulp boven EHBO werd aangesloten bij de gang van zaken in de praktijk waarbij niet in eerste instantie gekeken wordt naar de aard van de klacht of verwonding maar alle patiënten die hulp vragen in behandeling worden genomen. Alle formulieren en enquêtes die betrekking hebben op patiënten wier letsel of klacht niet binnen onze definitie van EHBO viel, zijn uit de analyse verwijderd. Een tweede bron van vervuiling vormen de dubbeltellingen. Voor sommige patiënten die van de ene hulpverlenende instantie naar de andere instantie zijn verwezen, zijn twee registratieformulieren ingevuld. Dit geldt in het bijzonder voor die patiënten die zich bij de MCA-polikliniek in Almere meldden en vervolgens werden doorgestuurd naar het gezondheidscentrum 'de Schakel' of waarvoor de ambulancedienst is gebeld. Dubbele registratieformulieren zijn uit de analyse verwijderd, waarbij het formulier is gehandhaafd van de instantie die daadwerkelijk EHBO heeft verleend. Dit probleem van dubbeltellingen deed zich niet voor bij de registratieformulieren die vanuit de ziekenhuizen werden terugontvangen. Hier vormde het selectie criterium voor het al dan niet invullen van een registratieformulier en het meegeven van een patiënten-enquête, het feit of de patiënt op eigen initiatief een beroep deed op EHBO bij de betreffende polikli-

niek. Bij door de huisarts verwezen patiënten of patiënten die werden afgeleverd door de ambulancedienst werden geen formulieren ingevuld.

Beperken we ons tot de 'echte EHBO-patiënten' zonder dubbeltellingen dan geldt tabel 3.2 en deze tabel vormt dan ook het uitgangspunt voor de in de hoofdstukken vier, vijf, zes en zeven te presenteren analyses en bevindingen.

Tabel 3.2.: terugontvangen EHBO-registratieformulieren en patiënten-enquêtes betrekking hebbend op 'echte' EHBO-gevallen, in aantallen.

instantie	aantal ingevulde registratie-formulieren	aantal ingevulde patiënten-enquêtes
huisartsen/gezondheidscentra	520	299
MCA	1	1
ambulancedienst	40	23
ziekenhuis AMC-Amsterdam	115	20
ziekenhuis Gooi-Noord	10	1

Met betrekking tot de respons van bijna 60% voor de ruim 500 patiënten-enquêtes uitgereikt aan degenen die voor EHBO een beroep hebben gedaan op de Almeerse gezondheidscentra, mag worden gesproken van een bevredigend resultaat. Minder voldoening geeft de 17% respons van degenen die zich rechtstreeks tot de polikliniek van een ziekenhuis hebben gemeld, te meer daar dit een groep is, waar we in het kader van het EHBO-onderzoek erg graag wat meer van zouden willen weten. Voor deze lage respons zijn drie oorzaken aan te geven. In de eerste plaats is het mogelijk dat veel patiënten, in de ban van de vreemde omgeving en een niet dagelijkse gebeurtenis van een behandeling in het ziekenhuis, de envelop met formulieren zijn kwijtgeraakt of er niet meer aan hebben gedacht deze in te vullen. Een tweede mogelijke oorzaak is dat patiënten, wetende dat zij bij het ziekenhuis eigenlijk niet op de juiste plaats zijn, doelbewust hebben nagelaten het formulier in te vullen. Een derde omstandigheid is dat, anders dan bij de gegevens van de gezondheidscentra en de ambulancedienst, wij ten aanzien van de ziekenhuisbezoekers op grond van privacy-

overwegingen niet de beschikking hadden over het adres van de betrokken patiënt; er zijn derhalve geen herhalingskaartjes of extra vragenlijsten verstuurd om de patiënt aan te sporen alsnog mee te doen met het onderzoek. Gelet op het aantal van 21 respondenten, zal de rapportage over dit deel van het onderzoek een summier karakter moeten dragen.

3.3. Non-respons en het gevolg hiervan

Bij de aantallen ingevulde registratieformulieren en patiëntenenquêtes moeten, waar het gaat om EHBO-slachtoffers die een beroep doen op de Almeerse huisartsen en gezondheidscentra, een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Bij de opzet van het onderzoek naar de EHBO-functie in Almere was het de bedoeling informatie te verkrijgen over alle of nagenoeg alle verzoeken om EHBO die de gezondheidscentra in de onderzoeksperiode zouden bereiken. In deze opzet zijn wij niet geslaagd, zo moet na vergelijking van de vooraf geschatte aantallen met uiteindelijk resultaat worden vastgesteld.

Bij de contactregistratie in 1985, waaraan door alle Almeerse huisartsen is meegewerkt, bleek dat 3 à 4% van alle patiënten die het gezondheidscentrum bezochten dit deden met een verzoek om EHBO (Sixma, 1986). Houden we een gemiddelde van 3,5% aan, dan betekent dit bij een contactfrequentie van 3,4 en een inwonertal van ruim 50.000, dat jaarlijks om en nabij de 6.000 patiënten voor EHBO een beroep doen op de Almeerse eerstelijns. Een andere invalshoek biedt een onderzoek dat in 1984 is gehouden bij twee gezondheidscentra in Almere naar de EHBO-functie (Vunderink, 1984). Vunderink komt via extrapolatie uit op jaarlijks 72 EHBO-verzoeken per 1000 inwoners, met daarbij de mededeling dat dit aantal waarschijnlijk iets te laag is door de korte meetperiode in een tijd met weinig sport en andere activiteiten buitenshuis. Wat dit laatste betreft is deze periode wel weer goed vergelijkbaar met ons eigen onderzoek dat plaatsvond in november/december. Bij een inwonertal van ruim 50.000 betekent 72 EHBO-verzoeken per 1000 bewoners per jaar, een jaarlijks aantal van circa 3.600 EHBO-patiënten voor de gezondheidscentra. Nemen we beide getallen als boven- en ondergrens, dan houdt dit bij een registratieperiode van tien weken in dat tussen de 700 en 1150 EHBO-patiënten verwacht mochten worden bij de Almeerse gezondheidscentra en dus ook eenzelfde aantal ingevulde registratieformulieren. In totaal zijn tijdens de onderzoeksperiode 520 registratieformulieren ingevuld door de Almeerse huisartsen en assistentes die betrekking had-

den op EHBO-contacten.

Bekijken we de spreiding van de aantallen EHBO-contacten over de individuele huisartsen en gezondheidscentra, dan varieert dit aantal van minder dan vijf per huisarts tot ruim 30. Op centrumniveau liggen de aantallen, uitgaande van drie full-time werkende huisartsen per centrum, tussen de 30 en 95 EHBO-contacten. Er zijn, wellicht met uitzondering van de centra 'de Haak' en 'de Schakel' waar - getet op de centrale ligging ten opzichte van de stadscentra - een wat grotere inloop van EHBO-patiënten niet onwaarschijnlijk is, geen motieven waarom over de gehele registratieperiode genomen het ene centrum een veelvoud aan EHBO-patiënten zou trekken ten opzichte van het andere centrum. Het is waarschijnlijk dat er in elk geval bij een aantal centra en individuele huisartsen sprake is van een aanzienlijke onderrapportage. Gaan we er vanuit dat een aantal van 95 EHBO-contacten per centrum bij tien weken registreren normaal is, dan zou het totaal aan ingevulde registratieformulieren uitkomen op ruim 800. Onze conclusie moet dan ook luiden dat de 520 ingevulde registratieformulieren zo'n 60 à 65% van het in werkelijkheid aangeboden EHBO-letsels betreffen. Wel biedt het gegeven dat de onderrapportage vooral huisarts- en/of centrumgebonden zal zijn, een aanwijzing dat bijvoorbeeld de ernst van de klacht een minder grote rol speelt als selectie criterium. Het bestand van 520 door de Almeerse huisartsen en assistentes ingevulde registratieformulieren bevat zowel lichte als zwaardere EHBO-letsels en vormt naar wij hopen een redelijke dwarsdoorsnede van het aanbod bij de Almeerse gezondheidscentra.

Waar het gaat om de resultaten van de patiëntenenquête vormen de non-respons van ruim 40% onder degenen die voor EHBO een beroep hebben gedaan op de huisarts of de ambulancedienst en de ruim 80% van de EHBO-patiënten bij de Gooi Noord ziekenhuizen en het Amsterdamse AMC die geen patiëntenenquête hebben ingevuld, een bron van onzekerheid. Doordat, ook in absolute zin, de aantallen ingevulde patiënten-enquêtes die betrekking op hulpverlening door de ambulancedienst, de ziekenhuizen en het Almeerse MCA klein zijn, dienen de conclusies op basis van deze gegevens met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De 299 ingevulde patiënten-enquêtes die betrekking hebben op de EHBO-hulpverlening door de Almeerse huisartsen en gezondheidscentra vormen een goede afspiegeling van het totale aanbod aan EHBO-patiënten zoals dit naar voren komt uit de 520 door hulpverleners ingevulde registratieformulieren. De verdelingen binnen beide databestanden op variabelen als sexe, verzekeringsvorm, leeftijd, ernst van de klacht en diagnose van de huisarts laten geen

significante verschillen zien.

Binnen de ziekenhuizen en de ambulancedienst tenslotte is, omdat kon worden aangesloten bij de bestaande registratiesystemen, iedereen die zich bij deze instantie voor hulp meldde ook werkelijk geregistreerd. Wel geldt voor de ziekenhuizen dat patiënten zijn geselecteerd op basis van hun woonplaats, in casu Almere. Dit laat de mogelijkheid open dat personen woonachtig in Almere in de omgeving van de genoemde ziekenhuizen een ongeval hebben gehad, zodat het alternatief van de eigen Almeerse huisarts wel erg onaantrekkelijk wordt. Een tweede beperking is dat patiënten die in Almere een ongeval hebben gehad, maar niet in Almere woonachtig zijn, niet in de registratie van de ziekenhuizen zijn meegenomen. In hoeverre de op grond van bovengenoemde beperkingen ontstane onder- en overrapportage elkaar compenseren, is niet te zeggen.

4. EHBO IN DE ALMEERSE GEZONDHEIDSCENTRA

Dit hoofdstuk gaat in op de EHBO-contacten tussen huisarts of gezondheidscentrum en patiënt, met een zijstap naar het functioneren van de dokterstelefoon.

Aan de orde komen de aantallen en de aard van de EHBO-contacten, de behandeling door de eerstelijns en eventuele verwijzingen en vervolgafspraken. Deze informatie is afkomstig uit de registratie bij de huisartsen. Daarnaast wordt, via de resultaten van de patiëntenenquête, ingaan op het zoekgedrag van patiënten als EHBO noodzakelijk is en hun oordeel over het functioneren van de EHBO in Almere.

4.1. Dokterstelefoon Almere

"Nu ging het goed, omdat dit toevallig op een doordeweekse dag is gebeurd. Maar wat in het weekend? Dan moet je eerst 11911 bellen, dan belt een dokter je terug en kan je op bepaalde uren bij hem terecht".

(Respondent nr. 742).

Bovenstaand citaat uit één van de ingevulde patiënten-enquêtes, waarbij met het nummer 11911 het telefoonnummer van de centrale dokterstelefoon in Almere wordt bedoeld, geeft in enkele zinnen een goed beeld van de rol van de dokterstelefoon.

Heeft men in Almere buiten de openingsuren van de gezondheidscentra (in casu de kantoortijden) snel een huisarts nodig, dan loopt dit contact in de regel via de dokterstelefoon. Een deel van deze contacten zal betrekking hebben op specifieke EHBO-gevallen. Gedurende de tien weken dat alle telefoontjes vanuit Almere zijn geturfd, is in totaal ruim 3.700 maal telefonisch om hulp door een huisarts gevraagd. Om precies te zijn 3.712 telefoontjes zijn bij de telefooncentrale in Bussum genoteerd, ofwel gemiddeld zo'n 53 telefoontjes per dag. Een deel van degenen die in het weekend belden, is doorverwezen naar de weekendsprekuren van de Almeerse huisartsen; het betreft hier ongeveer 30% van alle telefonische hulpvragen in het weekend. In verreweg de meeste andere gevallen zal de hulpvraag van de patiënt zijn doorgegeven aan de huisarts met het verzoek terug te bellen. Houden we rekening met de aantallen huisartsen per waarneem-

groep, dan zijn de verzoeken om medische hulp gelijkmatig gespreid over de verschillende waarneemgroepen.

Het merendeel van de verzoeken om hulp vindt, op werkdagen, plaats tussen 17.00 en 24.00 uur; het aantal keren dat de dokterstelefoon wordt gebeld tussen 7.00 en 9.00 uur en tussen 9.00 en 17.00 is zeer gering. Een volledig overzicht van de verzoeken om hulp op de verschillende tijdstippen van de dag geeft tabel 4.1.

Tabel 4.1.: aantal telefoontjes uit Almere bij de dokterstelefoon op werkdagen en vrije dagen, naar tijdstip

tijdstip	werkdagen (47)	za/zo/feestdagen (23)
tussen 24.00 en 07.00 uur	186	106
tussen 07.00 en 09.00 uur	31	68
tussen 09.00 en 17.00 uur	14	1286
tussen 17.00 en 24.00 uur	1330	691

Rekenen we de in tabel 4.1 gegeven aantallen om naar het gemiddeld aantal telefoontjes dat elke dienstdoende huisarts buiten de openingstijden van de gezondheidscentra per dag krijgt via de dokters-telefoon, dan staan de aantallen in tabel 4.2.

Tabel 4.2.: gemiddeld aantal en (tussen haakjes) het hoogst waargenomen aantal telefonische verzoeken om hulp per dienstdoende huisarts per dag

tijdstip	werkdag	za/zo/feestdag
tussen 24.00 en 07.00 uur	1.0 (4)	1.5 (5)
tussen 07.00 en 17.00 uur	.3 (3)	10.4 (27)
tussen 17.00 en 24.00 uur	7.1 (22)	10.0 (24)

Bovenop de in tabel 4.2 vermelde aantallen contacten komen nog eens gemiddeld ruim 9 personen die per huisarts naar één van de weekendsprekuren op zaterdag of zondag worden verwezen. De dienstdoende huisarts in Almere-Haven krijgt gemiddeld de meeste telefoontjes en ziet de meeste patiënten op de weekendsprekuren; de collega-huisarts in het stedenwijk gedeelte van Almere-Stad ziet de minste patiënten en krijgt wat minder telefoontjes. Een effect wat een direct

gevolg is van het aantal patiënten dat per waarneemgroep wordt bestreken. Hierbij moet wel bedacht worden dat huisartsen behorend tot waarneemgroep in Almere-Stad, door de groeps grootte wat vaker dienst hebben dan hun collegae elders in Almere. Het maximale aantal telefoontjes dat een arts tijdens zijn dienst van de dokterstelefoon kreeg doorgegeven in de periode dat ons onderzoek liep, staat in tabel 4.2 tussen haakjes vermeld; het maximale aantal dat in dezelfde periode het weekendspreekuur van één van de dienstdoende huisartsen bezocht, is 22.

Het aandeel van EHBO-patiënten in het totaal aan telefoontjes bij de dokterstelefoon is onbekend. Evenmin is uit dit deel van het onderzoek bekend welke actie vervolgens door de arts is ondernomen. Op het oordeel van patiënten over het functioneren van de dokterstelefoon komen we terug in paragraaf 4.4.1.

4.2. Patiëntkenmerken en tijdstip van EHBO-contact

Patiënten die zich voor EHBO tot de Almeerse huisarts of één van de gezondheidscentra melden, doen dit bijna zes van de tien keer tijdens de openingsuren van de centra; in ruim 40% van de gevallen wordt hulp gevraagd op een tijdstip dat het gezondheidscentrum gesloten is. Voor een groot deel bestaat deze laatste groep van 207 mensen uit personen die zich in het weekend tot de huisarts wenden voor EHBO; voor de rest zijn het vooral spoedgevallen 's avonds. Een overzicht van het aantal EHBO-contacten op de verschillende tijdstippen geeft tabel 4.3.

Tabel 4.3.: aantal EHBO-contacten met de Almeerse huisartsen en gezondheidscentra naar tijdstip van het contact, in aantallen en percentages

tijdstip van EHBO-contact	aantal	%
werkdag, tussen 08.00 en 17.00 uur	291	56.0
werkdag, tussen 17.00 en 24.00 uur	91	17.5
werkdag, tussen 00.00 en 08.00 uur	15	2.9
zaterdag/zondag, op weekendspreekuur	75	14.4
zaterdag/zondag, buiten spreekuur	26	5.0
onbekend	22	4.2

Van de personen die overdag op werkdagen voor EHBO bij het gezondheidscentrum komen, komt 7% op het spreekuur en wordt 78% tussen de bedrijven door geholpen in het gezondheidscentrum. Voor de resterende 15% van de EHBO-gevallen moet de huisarts het spreekuur onderbreken om buiten het centrum hulp te verlenen of een spoedvisite af te leggen. Dat in de eerste twee categorieën een aantal patiënten zit waarbij het begrip 'acute hulpverlening' wel erg ruim is geïnterpreteerd, zal blijken als we in het vervolg van dit hoofdstuk ingaan op de resultaten van de patiëntenenquête. Voorlopig mogen we, rekening houdend met de in paragraaf 3.3 geconstateerde onderrapportage, concluderen dat elk centrum per dag 2 à 3 keer wordt geconfronteerd met een EHBO-patiënt waarbij onmiddellijke hulp noodzakelijk is; spoedvisites voor EHBO, 's avonds of overdag, komen minder vaak voor, maar vormen doordat zij verdeeld worden over een veel kleiner aantal dienstdoende huisartsen voor elke huisarts een ongeveer even zware belasting. In het weekend ziet elke huisarts die weekenddienst heeft zo'n 5 à 7 EHBO-patiënten, waarvan het grootste deel zich via de dokterstelefoon meldt op de weekendspreekuren.

Wie zijn nu de mensen die zich voor EHBO tot de Almeerse eerstelijnszorg richten? In tegenstelling tot de 'normale' contacten zijn het bij EHBO wat meer mannen dan vrouwen die bij de huisarts of het gezondheidscentrum aankloppen. Van de ruim 200 patiënten die zich buiten de openingstijden voor EHBO melden, is ruim 60% van het mannelijk geslacht; overdag op werkdagen gaat de verdeling naar geslacht wat meer naar een 50/50 verhouding. Wellicht dat mannen meer sporten of klussen thuis uitvoeren en daarmee een groter risico op ongevallen lopen. Een mogelijke andere verklaring is, dat de wat meer gelijke verdeling overdag het gevolg is van het feit dat zich overdag minder mannen in Almere bevinden (forenzengemeente!) en dat bij kleine ongevallen op het werk (de werkende beroepsbevolking bestaat voor het grootste deel uit mannen) een gespecialiseerde EHBO'er wellicht de taak van de huisarts of de doktersassistent overneemt. Verzekeringsvorm blijkt nauwelijks effect te hebben op de mate waarin mensen zich bij de Almeerse eerstelijns melden voor EHBO; de verdeling ziekenfonds-particulier verzekerden bij EHBO-patiënten komt nagenoeg overeen met de verdeling bij de totale bevolking. Dat particuliere verzekerden en masse de huisarts passeren om een wel te vergoeden EHBO-behandeling elders te ondergaan, lijkt niet zo te zijn. Kijken we als derde kenmerk naar de leeftijdscategorieën van de EHBO-patiënten, dan blijken de categorieën tot 20 jaar te zijn oververtegenwoordigd en geldt een ondervertegenwoordiging voor de

leeftijdsklassen vanaf 20 jaar. De leeftijdsverdeling van de EHBO-patiënten, afgezet tegen dezelfde verdeling onder de totale Almeerse bevolking staat in tabel 4.4. Ook uit deze tabel blijkt dat kinderen een groep vormen met een relatief hoog risico op een ongeval waarvoor professionele eerste hulp noodzakelijk wordt geacht.

Tabel 4.4.: aantal EHBO-contacten naar leeftijdsklasse alsmede aandeel van de leeftijdsklassen op de totale Almeerse bevolking, in percentages (N=520)

leeftijdsklasse	EHBO	aandeel bevolking*
0- 9 jaar	31%	20%
10-19 jaar	20%	13%
20-49 jaar	43%	55%
50-69 jaar	5%	10%
70 jaar	1%	2%

* Bron: Gemeente Almere

Een van de kenmerken van eerste hulp is dat deze direct en zo nabij mogelijk gezocht zou moeten worden. Op dit zoekgedrag van patiënten komen we in het vervolg van dit hoofdstuk nog nader terug. Op het registratieformulier van de huisartsen is bijgehouden of de verleende EHBO betrekking had op een patiënt van het eigen centrum, danwel op een passant. Tabel 4.5 geeft de aantallen patiënten verdeeld naar passanten en patiënten van het eigen centrum, zowel overdag op werkdagen als buiten de openingsuren van de Almeerse gezondheidscentra.

Tabel 4.5.: aantallen EHBO-contacten voor passanten en patiënten van het eigen gezondheidscentrum tijdens of buiten de openingsuren van de centra, in aantallen

	passant	patiënt eigen centrum
op werkdagen, tussen 08.00 en 17.00 uur	69	225
buiten openingstijden centra	114	86
totaal	183	311

Tussen de 20 en 25% van de mensen die zich overdag op werkdagen tot een gezondheidscentrum wendden voor EHBO, doet dit als passant. Buiten de openingstijden van de centra komt het percentage passanten uit op 57%, met daarbij de opmerking dat dit voor een deel patiënten zal betreffen behorend tot dezelfde waarneemregeling. Het bleek niet mogelijk beide groepen patiënten administratief uit elkaar te houden. De conclusie van Vunderink (1984), die een percentage van 31% passanten vond en op basis hiervan vermeldt dat eerste hulp zo nabij mogelijk wordt gezocht, wordt door onze resultaten onderschreven.

4.3.1. Klacht en behandeling

In de voorafgaande paragraaf hebben we gekeken welke personen gebruik maken van de Almeerse eerstelijns voor het verlenen van EHBO. In deze paragraaf staan de aard van de verwonding en de behandeling, indien die in het gezondheidscentrum plaatsvindt, centraal.

Tabel 4.6.: aard van de klacht waarbij EHBO wordt verleend, in percentages

klacht/diagnose	aantal, in %
bulten, builen, bloeduitstortingen	8
corpora aliena	6
oogletsel	4
luxaties	2
honden- of kattenbeet	3
verbrandingen	2
open wond (snijwonden e.d.)	35
contusies/distorsies	23
fracturen	7
overige letstels	10
	N=520

De Almeerse huisartsen (of meer algemeen: de gezondheidscentra) worden geacht een breed aanbod van EHBO-letsels zelf te kunnen behandelen. Kijken we, via tabel 4.6, naar de klachten waarmee mensen zich tot de Almeerse eerstelijns wendden, dan kan worden geconstateerd, dat de letsels variëren van eenvoudige bulten, builen en bloeduitstortingen tot meer ernstige letsels als snijwonden die gehecht moeten worden en fracturen.

De top tien van letsels waarmee mensen zich in Almere tot de gezondheidscentra wenden, wordt aangevoerd door de categorie 'open wonden'. Hierbij moet men vooral denken aan snijwonden en andere wonden veroorzaakt door scherpe voorwerpen. Als afgetekende tweede eindigen de contusies en distorsies. Tijdens de onderzoeksperiode meldden zich 37 personen ofwel 7% van het totaal aantal klachten waarbij een fractuur werd vastgesteld. De categorie 'overigen' omvat de letsels die minder dan tien keer voorkwamen zoals spier- en peesletsel (9), chemische intoxicaties (9), neusbloedingen (8), hersenschuddingen (4) en één persoon die door een bij of wesp was gestoken. Daarnaast zijn in deze categorie een aantal klachten ondergebracht, waarbij het twijfelachtig is of zij onder de definitie van EHBO vallen. Dit betreft: acute rugklachten (2), flauwvallen (2), benauwdheid (4) en epileptische aanval (2).

Alle klachten zoals die bij de huisarts werden gepresenteerd, zijn door degene die de EHBO verleende, beoordeeld op de ernst van de klacht en de mate waarin het letsel door de hulpverlener, werd gezien als levensbedreigend. Beoordeling geschiedde via een vijfpuntschaal. Overigens kunnen klachten best niet-ernstig of levensbedreigend zijn, maar toch een behandeling noodzakelijk maken.

Kijken we naar de ernst van de klacht dan is er nauwelijks verschil tussen de klachten die tijdens de openingstijden van de gezondheidscentra worden gepresenteerd en de klachten waarmee men buiten de openingstijden een beroep doet op de hulp van een huisarts. In beide gevallen wordt ongeveer 15% van alle klachten door de huisarts als ernstig beoordeeld, terwijl tussen 55 en 70% van de klachten wordt ondergebracht in de categorie 'niet ernstig'. Hanteren we in plaats van de ernst van een letsel als criterium de mate waarin de klacht door de arts als levensbedreigend wordt gezien, dan is er een lichte tendens dat de buiten de openingsuren gepresenteerde klachten wat meer een levensbedreigend karakter hebben dan de klachten die de huisarts overdag op werkdagen onder ogen krijgt.

Over het geheel genomen betreft ruim 95% van de EHBO-verzoeken letsel of klachten die door de huisarts als 'niet-levensbedreigend' worden gezien.

Voordat tot behandeling van het letsel wordt overgegaan, is het noodzakelijk dat de arts nauwkeurig vaststelt wat er aan de hand is. Veelal zal de situatie zonder meer duidelijk zijn en vindt behandeling plaats in het gezondheidscentrum, zonder gebruik te maken van diagnostische apparatuur. In andere gevallen zal eerst, in het

eigen centrum of elders, een diagnose moeten worden gesteld, waarna behandeling volgt, of wordt de patiënt direct naar de tweedelijndoorverwezen voor behandeling. Tabel 4.7 geeft een cijfermatig overzicht van deze mogelijkheden.

Tabel 4.7.: diagnostiek en plaats van behandeling bij patiënten die voor EHBO een beroep doen op de Almeerse gezondheidscentra, in aantallen en percentages.

	aantal	%
diagnose zonder meer duidelijk,	439	84.4
- behandeling door huisarts/assistente	394	75.7
- behandeling elders	45	8.7
diagnostisch onderzoek noodzakelijk,	81	15.6
- diagnostiek + behandeling door huisarts/assistente	27	5.2
- diagnostiek elders, behandeling door huisarts/assistente	26	5.0
- diagnostiek + behandeling elders	28	5.4
totaal	N=520	100%

Ruim 80% van alle EHBO-patiënten die zich voor hulp tot de Almeerse gezondheidscentra wenden, kan volledig binnen de centra worden behandeld. De letsels strekken zich uit over alle in tabel 4.6 opgenomen categorieën; wordt diagnostisch onderzoek in de eigen praktijk verricht dan gaat het in het bijzonder om oogletsels en corpora aliena. Het brede scala letsels gaat samen met een veelheid van behandelingen toegepast door huisarts of assistente of beiden. Daarbij komt dat de behandeling vaak bestaat uit meerdere onderdelen. Beperken we ons tot de meest genoemde vormen van behandeling die worden toegepast, dan zijn dit het schoonmaken van de wond (130), het stelpen van de bloeding (83), zwachtelen of verbinden (96) en het hechten van een wond (82). In 20% van alle EHBO-verzoeken wordt volstaan met een (kortdurend) onderzoek eventueel in combinatie met medicatie of advies. De behandeling van de EHBO-patiënten in de gezondheidscentra geschiedt bij driekwart van alle patiënten door de huisarts; de resterende 25% van de EHBO-patiënten wordt door de huisarts en de assistente of door enkel de assistente behandeld.

Bij een klein deel van de EHBO-patiënten (26 patiënten) wordt de be-

handeling door de huisarts gecombineerd met een diagnostisch onderzoek buiten het eigen centrum. Een keer betreft het een doorsturen van een patiënt naar een ander gezondheidscentrum; de andere keren betreft het patiënten die voor röntgenopnamen worden doorgestuurd naar het MCA. De behandeling van de huisarts blijft in deze gevallen vooral beperkt tot het zwachtelen of verbinden danwel enkel een onderzoek.

Al met al kan worden vastgesteld dat de huisarts of assistente gemiddeld ruim 10 minuten met de behandeling van een EHBO-patiënt bezig is; ongeveer 25% van alle behandelingen duren 15 minuten of langer tot maximaal een uur. Van slechts vijf procent van alle EHBO-patiënten zegt de huisarts dat de behandeling eigenlijk niet in het gezondheidscentrum thuishoort. Dit kan, gelet op de diagnoses, zowel betekenen dat het letsel in de ogen van de huisarts te onbeduidend is om er beroepshalve aandacht aan te besteden, maar ook dat een behandeling beter elders kan plaatsvinden. Het eerste is waarschijnlijk het geval bij diagnoses als bulten, builen en bloeduitstortingen en een paar gevallen van oogletsel, waarbij naar het oordeel van de huisarts het letsel niet van ernstige aard is en zeker geen levensbedreigend karakter heeft. Andere letsels, zoals een aantal fracturen, chemische intoxicaties en open wonden zijn door de huisarts als zeer ernstig aangemerkt, zodat mag worden aangenomen dat hier wordt gedoeld op een polikliniek van een ziekenhuis als meest passende plaats voor de EHBO-verlening.

De volgende paragraaf behandelt de patiënten die door de huisarts voor behandeling worden doorverwezen.

4.3.2. Verwijzen bij EHBO-behandeling

Eerder onderzoek naar de EHBO-voorziening in Almere gaf, gebaseerd op een relatief gering aantal contacten, een verwijzpercentage van ongeveer 15% te zien (Vunderink, 1984). Uit ons onderzoek komt eenzelfde percentage van 15% patiënten die voor diagnose en/of behandeling worden doorverwezen naar de medisch specialist, waarbij het vooral gaat om fracturen, chemische intoxicaties en spierletsels maar ook om de wat vagere categorieën als contusies/distorsies, bulten/builen. De activiteiten van de huisarts beperken zich in deze gevallen tot een (kort) onderzoek, eventueel gevolgd door een voorlopige behandeling.

Naar welke ziekenhuizen of poliklinieken deze EHBO-patiënten worden verwezen, staat weergegeven in tabel 4.8.

De 15% van de verwijzingen in de categorie 'anders' zijn verdeeld over zeven ziekenhuizen of instellingen rond Almere. Soms gaat het

Tabel 4.8.: aantal verwezen EHBO-patiënten naar vestigingsplaats van de specialist, absoluut en in percentages

vestigingsplaats specialist	aantal	%
AMC-Amsterdam	22	30
MCA-Almere	21	29
Gooi-Noord ziekenhuizen	14	19
Zuiderzeeziekenhuis-Lelystad	2	3
anders	11	15
onbekend	3	4

om een ziekenhuis in de eigen woonplaats, andere mogelijkheden betreffen ziekenhuizen in de omgeving. Kijken we naar de specialist waarnaar wordt verwezen, dan betreft het in hoofdzaak de chirurg (37%), de röntgenoloog (25%) en de meer algemene EHBO-polikliniek (10%). Andere specialismen die worden genoemd zijn oogheelkunde, neurochirurgie, neurologie, kindergeneeskunde, psychiatrie en urologie.

Bijna 80% van alle patiënten die worden verwezen naar de tweedelij worden verwezen voor diagnose en behandeling; bij de resterende 20% is de diagnose gesteld en gaat het enkel om een vervolgbehandeling. Slechts één patiënt wordt verwezen met als doel 'geruststelling'. Of het in dit geval een geruststelling van de patiënt of de verwijzende huisarts betreft, blijft in het midden.

Bij de verwezen EHBO-patiënten is het in 95% van de gevallen de huisarts die het initiatief tot de verwijzing bij de patiënt heeft genomen; patiënten zijn hier vooral 'lijdend voorwerp'.

4.3.3. Overleg bij EHBO-letsel

In de voorgaande paragrafen hebben we gezien dat de hulp die door de huisartsen en assistenten wordt verleend vaak betrekking heeft op letsel waarbij aard en behandeling duidelijk zijn. Echter, onder de 520 EHBO-verzoeken, zitten ook verwondingen die niet zonder meer duidelijk zijn en van de behandelend arts specifieke kennis en bovenal improvisatievermogen vragen. Bij die gevallen kan het prettig zijn de mening van een meer gespecialiseerde beroepsgenoot te weten. Bij 38 EHBO-gevallen (= 7%) vindt overleg plaats over de te volgen behandeling of de mogelijkheid van een opvang elders. In bijna alle gevallen betreft het overleg met collegae-artsen of -specialisten, waarbij beide begrippen ruim moeten worden opgevat. Bij specialisten

gaat het vooral om overleg met die personen waarnaar wordt verwezen, maar ook om contacten met RIAGG-medewerkers en gespecialiseerde klinieken als een vergiftigingencentrum. Wordt overleg gepleegd met andere huisartsen, dan gaat het zowel om collega's in hetzelfde centrum, andere dienstdoende huisartsen of een vertrouwensarts.

Wordt gevraagd naar het doel van het overleg, dan gaat dit in circa 60% van de gevallen om het regelen van een (snelle) verwijzing en is zo'n 25% van het overleg samen te vatten onder de noemer consultatie.

4.3.4. Het terugbestellen bij EHBO

In een eerdere publicatie is vastgesteld dat de Almeerse huisarts in vergelijking tot bijvoorbeeld zijn collega in Lelystad wat meer greep wil houden op zijn of haar patiënten; een van de middelen is het terugbestellen van patiënten (Sixma, 1986). Uit de contactregistratie in 1985 bleek dat het percentage onvoorwaardelijke terugbestelling rond de 25% ligt, terwijl de voorwaardelijke terugbestellingen ("u komt over een week bij mij terug als de klacht niet over is") liggen tussen de 25 en 30%. Naast de onvoorwaardelijke en de voorwaardelijke terugbestellingen kan bij EHBO nog een onderscheid worden gemaakt naar huisarts. De spoed die bij de behandeling van ongevalsletsel geboden is, maakt dat het eerder regel dan uitzondering zal zijn dat de behandeling door een ander dan de eigen huisarts plaatsvindt. Worden vervolgspraken gemaakt, dan kan het zo zijn dat het een afspraak met de eigen huisarts betreft of een afspraak met degene die de persoon ook in eerste instantie heeft behandeld. Tabel 4.9 geeft de verdeling van de verschillende categorieën vervolgspraken.

Tabel 4.9.: vervolgspraken bij EHBO, in percentages

	aantal in %
geen vervolgspraak	47
voorwaardelijke terugbestelling	23
vervolgspraak bij eigen huisarts	27
vervolgspraak met behandelend huisarts	3
	N=520

Rond de 50% van alle EHBO-behandelingen is eenmalig; er hoeft geen vervolgspraak te worden gemaakt. Moet de patiënt terugkomen, dan

is dit in de regel bij de eigen huisarts. Kijken we naar de categorie patiënten die voor EHBO wordt doorverwezen naar de tweedelijndan geldt dat van deze groep patiënten circa 15% wordt terugbesteld voor nabehandeling in de Almeerse gezondheidscentra.

4.4. Het oordeel van de patiënten

In het inleidende hoofdstuk is al aangegeven dat gekoppeld aan de registratie bij de Almeerse gezondheidscentra er een patiëntenenquête is gehouden naar het functioneren van de EHBO-voorziening in Almere. In deze paragraaf presenteren wij gegevens uit deze enquête, waarbij het gaat om het oordeel van 299 patiënten die voor EHBO gebruik hebben gemaakt van de Almeerse gezondheidscentra. Bij de analyses is het mogelijk geweest het registratieformulier dat is ingevuld door de hulpverlener te koppelen aan de patiëntenenquête. Op deze manier kon worden nagegaan of het betreffende voorval waarop het oordeel over de Almeerse EHBO-voorziening is gebaseerd ook echt betrekking had op de hulpverlening door de Almeerse huisartsen en assistentes. Kon niet met zekerheid worden vastgesteld op welk artsformulier het patiëntenoordeel betrekking had, dan is de betreffende enquête niet in de analyse meegenomen.

4.4.1. De weg naar de huisarts

Uitgangspunt is de volgende situatie: iemand heeft thuis (41%), in de omgeving van de woning (14%), op school of werk (15%) of elders (30%) een ongeluk(je) gehad, waarvoor de persoon in kwestie behandeling noodzakelijk acht. Het kan hierbij gaan om, in de ogen van de patiënt, ernstige zaken (16%) of om verwondingen die wat minder ernstig worden ingeschat (57%). De behandeling vindt plaats in één van de Almeerse gezondheidscentra. De eerste vraag is hoe men in het centrum waar de uiteindelijke behandeling heeft plaatsgevonden terecht is gekomen? Heeft men eerst telefonisch contact met het centrum gezocht, is men direct naar het gezondheidscentrum toegestapt of heeft men onder dwang van de omstandigheden een beroep moeten doen op de dokterstelefoon? Omdat bovenstaande mogelijkheden sterk afhankelijk zijn van het tijdstip waarop hulp wordt verlangd, is een uitsplitsing gemaakt naar die verzoeken om hulp die buiten de openingsuren van de centra zijn gedaan en de EHBO-verzoeken overdag op werkdagen. Tabel 4.10 geeft aan op welke wijze contact is gezocht met de huisarts.

Tabel 4.10.: wijze waarop contact met de huisarts tot stand kwam, naar tijdstip van de dag, in procenten

	overdag, op werkdagen	buiten openingsuren gezondheidscentra
- rechtstreeks naar gezondheids- centrum toegegaan	63%	17%
- na telefonisch contact naar ge- zondheidscentrum toegegaan	23%	8%
- via dokterstelefoon naar gezond- heidscentrum verwezen	3%	63%
- door ander naar gezondheidscen- trum verwezen	11%	6%
- de dokter thuis laten komen	-	6%
	N=190	N=109

Tijdens de perioden dat de gezondheidscentra open zijn, meldt ruim 60% van de EHBO-patiënten zich direct aan de balie van een centrum, ruim 20% neemt eerst telefonisch contact op met een centrum en zo'n 10% wordt door derden naar een van de centra verwezen. Deze derden kunnen collega's op het werk zijn, maar ook politie en MCA worden enkele keren genoemd. Zoals verwacht speelt overdag de dokterstelefoon nauwelijks een rol van betekenis.

Dat het zich aan de balie melden voor hulp overigens niet altijd resulteert in een, in de ogen van de patiënt, vlotte behandeling, laat het volgende citaat zien.

"Bij dit EHBO-geval en bij dit centrum verliep alles naar wens. Ik heb echter in Almere gewerkt op een basisschool en daar heb ik meegemaakt dat we met een kind dat een ongelukje had gehad tijdens de lunchpauze naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum gingen en werden doorgestuurd naar de arts die dienst had tijdens de lunchpauze (van een ander centrum). Die keer hebben we ons laten overbluffen en hebben dat gedaan; in andere gevallen hebben we dat niet geaccepteerd. Ik heb eigenlijk geen idee of dat inmiddels veranderd is. Weekend- en avonddiensten oké, dan informeer je vooraf. Maar als je ook nog

met lunchpauzes niet geholpen wordt, dat vonden we echt absurd!

(Respondent nr. 055).

Bovenstaand citaat is natuurlijk niet maatgevend voor het functioneren van de EHBO-opvang in de Almeerse gezondheidscentra en vormt wellicht een incident. Echter, wel een incident dat in dit geval bij een begeleider van een kind blijft hangen.

Buiten de normale openingsuren van de centra is de situatie anders. Bijna 80% van alle EHBO-patiënten wordt per telefoon verwezen naar een van de dienstdoende gezondheidscentra; het overgrote deel via de centrale dokterstelefoon.

Een goed voorbeeld van de wijze waarop het merendeel van de EHBO-contacten buiten de openingsuren van de gezondheidscentra tot stand komt, laat het volgende citaat zien. Het betreft een sportongeval waarbij om 21.15 uur met een squash-racket de eigen hand werd geraakt.

"Vanuit de sporthal heb ik zo snel mogelijk de doktersdienst gebeld - het is in Almere regel dat je 's avonds en in het weekend de doktersdienst belt, ook voor EHBO - en de situatie uitgelegd. Zij hebben de dienstdoende arts terug laten bellen en deze liet me naar het centrum komen. Tussen mijn ongeluk en het begin van de behandeling in het centrum lagen ongeveer 10 minuten. Ik ben erg tevreden over de snelheid waarmee de arts mij terugbelde en de uitleg over de behandeling."

(Respondent nr. 719).

De 17% patiënten die rechtstreeks naar een gezondheidscentrum zijn toegegaan, betreffen voor een deel patiënten die zich voor EHBO melden op een tijdstip dat de reguliere openingstijden zijn verstreken maar er zich nog wel hulpverleners in de centra bevinden. Voor een ander deel betreft het personen die gebruik maken van de weekendspreekuren van de dienstdoende centra.

De telefonische bereikbaarheid van hulpverleners vormt een dankbaar onderwerp van discussie. Concrete ervaringen, dat bijvoorbeeld de huisartsen altijd in gesprek zijn, of de angst in geval van nood een instantie als de dokterstelefoon niet te kunnen bereiken zijn, zo krijgt men de indruk, bij velen aanwezig.

Of zoals één van de patiënten het formuleert:

"Als er overdag iets gebeurt dan kun je altijd nog naar het gezondheidscentrum. Krijg je 's nachts bijvoorbeeld een hartaanval of zoiets, waardoor je direct naar het ziekenhuis moet, dan hoop ik wel dat je via de dokterstelefoon snel hulp krijgt en het ziekenhuis haalt. Dat je niet overleden bent voordat ze je hebben kunnen helpen."

(Respondent nr. 588).

Aan die mensen die voor EHBO eerst telefonisch contact hebben gezocht met hulpverlenende instanties als de gezondheidscentra of de dokterstelefoon is gevraagd hoe snel dit contact tot stand kwam. Tabel 4.11 geeft de antwoorden voor de twee belangrijkste telefonische informatiebronnen.

Tabel 4.11.: snelheid waarmee telefonisch contact tot stand kwam bij gezondheidscentra en dokterstelefoon, in percentages

	gezondheidscentra	dokterstelefoon
Ik kreeg onmiddellijk degene aan de lijn die ik wilde hebben	61%	57%
Ik kreeg na enige tijd verbinding met degene die ik wilde hebben	27%	29%
Ik kreeg na lang wachten verbinding met degene die ik wilde hebben	-	4%
Ik heb geen verbinding kunnen krijgen met degene die ik wilde hebben	12%	10%
	N=59	N=70

Voor zowel de dokterstelefoon als de gezondheidscentra geldt dat tussen de 80 en 90% van de patiënten onmiddellijk of na enige tijd die persoon aan de lijn kreeg die men wilde hebben. Bij ongeveer 10% van alle eerste telefoontjes blijft de betreffende instantie onbereikbaar, waarna patiënten het nogmaals bij dezelfde of andere instantie proberen, in een enkel geval de politie bellen of rechtstreeks naar een gezondheidscentrum toestappen. Deze laatste oplossing wordt bijvoorbeeld gekozen door een van de ouders waarvan de

6-jarige zoon met zijn fietsje tegen een obstakel botst en een forse hoofdwond oploopt.

"Eerst hebben wij het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum gebeld, maar daarmee heb ik geen verbinding kunnen krijgen. Vervolgens ben ik op goed geluk met mijn zoon naar het gezondheidscentrum toegegaan, in de hoop daar nog iemand aan te treffen. Ondanks het feit dat het centrum eigenlijk dicht was - het was ± 17.30 uur - werd ik toch nog prima geholpen door een van de huisartsen."

(Respondent nr. 064).

Eén persoon krijgt, ook bij een tweede poging om telefonisch in contact te komen met een hulpverlener, geen verbinding en heeft vervolgens elders het telefoonnummer van een huisarts gevraagd.

De ideale situatie dat iedereen onmiddellijk die persoon aan de lijn krijgt die hij of zij wilde hebben, zal wel altijd een utopie zal blijven. Toch geeft een percentage van rond 10% van de patiënten die, als de nood aan de man is, geen telefonische verbinding kunnen krijgen met de eerst aangewezen hulpverlenersinstantie te denken. Bij de aanbevelingen op basis van dit onderzoek komen we hierop terug. Daarnaast geeft een flink aantal patiënten via een schriftelijke toelichting bij de vragenlijst te kennen dat zij moeite hebben met de procedure, waarbij men via het gezondheidscentrum (antwoordapparaat), de dokterstelefoon ("arts belt terug") en de terugbellende huisarts ("komt U maar naar het centrum") uiteindelijk uitkomt bij een daadwerkelijke hulpverlening.

"Krijg je iets ernstigs dan moet je eerst de dokterdienst bellen. Die moet je alles vertellen (soms ook heel onbelangrijke dingen). Dan word je teruggebeld door de dienstdoende arts en die moet ook weer het een en ander weten, dan moet hij een ambulance bellen, enz. enz.. Volgens mij is alles in zo'n geval te tijdrovend, helemaal als je weet dat die ambulance er nog eens 25 minuten over doet om bij het ziekenhuis te komen. Dan kan ik wel dood zijn!"

(Respondent nr. 368).

Overigens mag uit bovenstaand citaat niet worden afgeleid dat elke patiënt die met de Almeerse wijze van EHBO-verlening te maken krijgt, dezer negatief waardeert.

Met andere woorden:

"Er wordt vaak negatief gedaan over weekend- en nachtdiensten, maar ik vind dit onterecht. Vaak hebben ze er zelf niets mee te maken gehad, maar verhalen gehoord van kennissen, dus via via. Ik heb zo'n 5 keer 's avonds of 's nachts de dokter nodig gehad, waarbij ik alle keren vrijwel meteen de doktersdienst aan de telefoon kreeg die op hun beurt mij weer door een dokter terug lieten bellen. Allemaal binnen \pm 10 minuten en als ze moesten komen, waren ze er altijd binnen \pm 15 minuten. Ik vind dus dat (meestal) onterecht in negatieve zin over deze zaken wordt gesproken."

(Respondent nr. 262).

Indien men zelf bepaalt naar welk gezondheidscentrum men toegaat, welke argumenten bepalen dan de keuze? Het meest genoemd in dit verband is de afstand. Ongeveer 50% van alle respondenten voor wie de vraag van toepassing is, noemt als motief het feit dat het centrum waar de behandeling heeft plaatsgevonden ook het dichtstbijzijnde centrum was. Een ander veelgenoemd (43%) argument is de keuze voor behandeling door de eigen huisarts in het eigen gezondheidscentrum. Beide argumenten hoeven overigens niet strijdig met elkaar te zijn. Andere argumenten, die overigens veel minder vaak worden genoemd, zijn de kennis van zaken die men in een bepaald centrum aanwezig weet of de aanwezigheid van een 'aardige dokter'.

4.4.2. De kwaliteit van de hulpverlening

Naast een algemeen oordeel over de gehele gang van zaken rond het EHBO-verzoek, is aan degenen die zich voor EHBO tot de professionele hulpverlening hebben gewend een oordeel gevraagd over vier aspecten van de hulpverlening. Deze aspecten zijn: de snelheid waarmee EHBO is verleend, de opvang door de hulpverlener, de wijze waarop de hulpverlener met de EHBO-patiënt omging (= bejegening) en de kwaliteit van de hulpverlening in medische zin. De patiënten konden hun oordeel geven via rapportcijfers. Tabel 4.12 vat de oordelen op deze vier aspecten samen in één tabel.

De meeste patiënten kijken met tevredenheid terug op de EHBO-verlening zoals die in de Almeerse gezondheidscentra heeft plaatsgevonden. De grootste tevredenheid wordt gevonden bij de bejegening door de hulpverleners, waar minder dan 10% het contact waardeert met een zes of minder. Het relatief grootste aantal ontevreden patiënten vinden we bij de snelheid van de hulpverlening: een relatief lage

Tabel 4.12.: oordelen over de kwaliteit van de EHBO-voorziening via enkele kerngetallen

aspecten	rekenkundig gemiddelde	standaard- deviatie	% patiënten met 7
snelheid van EHBO	7.6	2.4	76%
opvang door hulpverlener	8.3	2.0	86%
bejegening als patiënt	8.6	1.7	92%
kwaliteit in medische zin	8.4	1.8	89%

N=299

gemiddelde score van 7.6 en één op elke vier patiënten die de snelheid waarmee hulp is verleend met een zes of minder honoreert laten dit zien. De snelheid waarmee eerste hulp wordt verleend, is onafhankelijk van de ernst van de klacht; de ernst van de klacht zowel in de ogen van de huisarts als in de ogen van de patiënt zelf. Overigens bestaat er ook tussen de mening van de patiënt en die van de huisarts over de ernst van het letsel nauwelijks een verband. Wat de huisarts als ernstig ziet, wordt door de patiënt zelf lang niet altijd als zodanig herkend; de omgekeerde situatie komt ook regelmatig voor. Ter illustratie van tabel 4.12 weer enkele van opmerkingen uit de verschillende patiënten-enquêtes.

"In Almere was de snelheid van behandeling niet erg vlot, maar in ziekenhuizen zijn de wachttijden vaak nog veel langer, bijvoorbeeld zondags."

(Respondent nr. 176).

"In Almere is EHBO prima geregeld: dicht bij huis, altijd iemand aanwezig, de vriendelijke bejegening, er wordt altijd tussendoor tijd voor je gemaakt en de hulp is adequaat en correct."

(Respondent nr. 235).

"Ten eerste spuiten ze de verkeerde spray op je duim, dan moet je je handen wassen met een zeer pijnlijke duim. Ten tweede vragen ze je of je een mitella wilt hebben. "Ja", zei ik en die hebben ze dan niet; de sukkels."

(Respondent nr. 581).

Een opvallend aspect bij het oordeel over de snelheid waarmee hulp is verleend, is dat het tijdstip waarop de behandeling heeft plaatsgevonden geen invloed heeft op het gemiddelde rapportcijfer. De EHBO die buiten de openingsuren van de centra wordt verleend, krijgt, als het gaat om de snelheid, geen lagere score dan de hulpverlening overdag op werkdagen. Overigens geldt deze overeenstemming in de oordelen ook voor de andere aspecten waarover een mening is gevraagd. Het is natuurlijk mogelijk dat de verwachtingen die men heeft ten aanzien van de hulpverlening buiten de openingsuren van de gezondheidscentra wat anders liggen dan overdag. Met andere woorden: 's nachts of in het weekend neemt men genoegen met wat langere tijden tussen het gebeuren van het ongeval en het begin van de behandeling of is men wat eerder geneigd de humeurigheid van een uit zijn bed gebelde huisarts door de vingers te zien. Bij de snelheid van de hulpverlening kunnen we kijken of dit effect aanwezig is, omdat ook is gevraagd hoeveel minuten lagen tussen ongeluk en het begin van de feitelijke behandeling. We beperken de analyse tot die respondenten die onmiddellijk hulp nodig hadden, waarbij ruim 30 personen die twee uur of langer hebben gewacht met het gaan naar de dokter worden genegeerd. Geheel overeenkomstig de verwachting gaat een langere wachttijd tussen ongeval en hulp samen met een lager rapportcijfer voor de snelheid van hulpverlening ($r = -.32$, $p < .001$). Het tijdstip waarop de behandeling plaatsvond, onderverdeeld naar tijdens of buiten de openingsuren van de gezondheidscentra, heeft geen zelfstandig effect op de tevredenheidsscore. Opmerkelijk is dat er nauwelijks verschillen zijn in tijd tussen voorval en begin van de behandeling op de momenten dat de gezondheidscentra normaal geopend zijn en op die momenten dat de centra zijn gesloten. Overdag op werkdagen liggen er gemiddeld ongeveer 15 minuten tussen ongeval en begin van de behandeling door professionele hulpverleners; buiten de openingsuren van de centra ligt deze wachttijd op ongeveer 20 minuten.

Met betrekking tot de tevredenheid over de EHBO-behandeling is tenslotte gekeken naar het onderscheid tussen de mensen die voorheen in Amsterdam woonden en degenen die vanuit andere plaatsen in Almere zijn komen wonen. Met betrekking tot de aspecten 'opvang', 'bejegening' en 'kwaliteit van de hulpverlening' zijn er geen verschillen tussen beide groepen. Gevraagd naar de tevredenheid over de snelheid waarmee eerste hulp is verleend, blijkt dat de ex-Amsterdammers hier wat positiever zijn dan degenen die uit andere gemeenten afkomstig zijn. Het verschil ($\eta = .10$) is echter klein.

Behalve met behulp van rapportcijfers op de vier met name genoemde

aspecten is aan de respondenten gevraagd of er met betrekking tot het EHBO-verzoek of behandeling nog andere aspecten zijn waar men erg tevreden of juist ontevreden over was. Ruim 100 respondenten hebben via deze open vraag hun tevredenheid kenbaar gemaakt over een groot aantal zaken. Meer dan vijf keer genoemd werden: de gehele opvang en behandeling (28 keer genoemd), de snelheid van hulpverlening en waarmee werd gewerkt (17 keer genoemd), de bejegening of het geduld van de hulpverlener (12 keer genoemd), de opvang (11 keer genoemd) en het feit dat men onafhankelijk van het tijdstip van de dag toch tijd voor de behandeling weet vrij te maken (zes keer genoemd). Ook de ontevredenen hebben een groot aantal punten aangegeven waaraan men zich bij de EHBO-behandeling heeft gestoord. Tien aandachtspunten worden drie of meer keer genoemd. Dit zijn: de lange wachttijd voordat met de behandeling kon worden begonnen (19 keer genoemd), de houding van degene die de behandeling verzorgde alsmede de weinige informatie die werd gegeven (13 keer genoemd), het feit dat men werd doorverwezen of de keuze van het ziekenhuis (zes keer genoemd), het ontbreken van specifieke EHBO-posten (vier keer genoemd), wachttijd tussen de verwijzing en het maken van foto's (drie keer genoemd), de bereikbaarheid van de apotheek (drie keer genoemd), het terugbelsysteem van de huisartsen (drie keer genoemd), de afstand tot het behandelend centrum (drie keer genoemd) en tenslotte het gebrek aan voorzieningen benodigd voor een goede EHBO-opvang (drie keer genoemd).

Een meer algemene klacht over de geringe bereidheid van huisartsen om visities af te leggen, komt ook in dit EHBO-onderzoek weer een aantal keren naar voren.

"Nu was het vrij goed, maar de vorige keer was meer dan slecht. Te vaak wordt geweigerd om hulp thuis te bieden."
(Respondent nr. 031).

"Mijn ervaring is dat zolang je naar de arts toe kunt komen er geen problemen zijn. Wil je een arts thuis hebben, dan bereik je dit alleen door heel kwaad te worden (twee keer gebeurd) en zelfs met dreigen over een klacht indienen. Ik vind dit meer dan erg."

(Respondent nr. 077).

"'s Nachts zijn artsen moeilijk te bewegen om te komen. Ze kennen je vaak niet en zullen ook best af en toe voor niets gebeld worden. Als je er op staat, moet je wel zelf initiatief tonen."

(Respondent nr. 499).

Nogmaals zij gezegd dat het in bovenomschreven gevallen om incidenten zal gaan. Tegenover deze negatieve ervaringen staan waarschijnlijk een groot aantal patiënten die ook 's nachts snel en tot ieders tevredenheid worden geholpen. In totaal hebben 84 van de 299 respondenten één of meerdere aspecten genoemd waarover zij ontevreden zijn.

Als afsluiting van de serie vragen over het ongeval waarvoor men een beroep heeft gedaan op de diensten van de Almeerse gezondheidscentra, is gevraagd de gehele gang van zaken rond het EHBO-verzoek te beoordelen met een rapportcijfer, waarin alle positieve en negatieve aspecten tegen elkaar konden worden afgewogen. Bovendien is gevraagd naar welke instantie men in de vorige woonplaats zou zijn gegaan bij een soortgelijk ongeval en hoe men de Almeerse opzet van de EHBO-voorziening beoordeelt ten opzichte van dezelfde voorziening in de vorige woonplaats. Allereerst het eindoordeel via rapportcijfers. Met een gemiddelde van 7.7 krijgt de EHBO-voorziening zoals die vanuit de gezondheidscentra gestalte krijgt van degenen die daadwerkelijk met deze voorziening te maken hebben gehad, een predikaat dat ligt tussen 'ruim-voldoende' en 'goed'. Ruim 20% van alle respondenten geven een cijfer van zes of lager; zeer ontevreden zijn zo'n 5% van alle respondenten met rapportcijfers tussen de één en vier. In hun eindoordeel verschillen ex-Amsterdammers niet van mensen die voorheen in andere gemeenten woonachtig waren; degenen die 's avonds, 's nachts of in het weekend een beroep doen op EHBO via de Almeerse gezondheidscentra tonen wat meer reserve dan de patiënten die overdag op werkdagen met EHBO te maken krijgen (7.5 versus 7.8).

Dat een groot deel van alle EHBO-patiënten die onder 'normale' omstandigheden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis toestappen tot vaak volle tevredenheid in de eerstelijns geholpen kunnen worden, blijkt uit tabel 4.13. Deze tabel geeft aan waar mensen in hun vorige woonplaats naar toe zouden stappen met een soortgelijke verwonding. Het betreft hier dus patiënten die in Almere allemaal van de gezondheidscentra gebruik hebben gemaakt.

Hier onderscheidden de ex-Amsterdammers zich van degenen die niet uit Amsterdam afkomstig zijn ($\chi^2 = 34.9$, $df = 5$, $p < .001$), door dat zij veel vaker gebruik zouden maken van de polikliniek van een ziekenhuis.

Bijna 70% van de mensen die voorheen in Amsterdam woonden zou, indien eenzelfde voorval hen in Amsterdam zou overkomen, gebruik maken van de diensten van een ziekenhuis, terwijl 17% voor de huisarts zou

Tabel 4.13.: EHBO-keuze in vorige woonplaats, in percentages

EHBO-behandeling door	%
ziekenhuis/polikliniek	55
huisarts	28
huisarts of ziekenhuis	11
anders	4
weet niet	2

kiezen. Bij de niet ex-Amsterdammers gaat 32% naar een ziekenhuis en kiest 44% voor de huisarts. De effecten van de overige achtergrondvariabelen zoals sexe van de patiënt, verzekeringsvorm en tijdstip waarop het ongeval in Almere gebeurde zijn gering.

Gevraagd naar een directe vergelijking tussen de EHBO-voorziening in de vorige gemeente en de opzet in Almere waar EHBO het domein van de eerstelijnszorg is, houden de meningen elkaar ongeveer in evenwicht. Ruim 23% vindt de situatie in Almere (veel) beter, 48% ziet geen verschil en 29% vindt de situatie in Almere (veel) slechter geregeld. Vooral wordt zwaar getild aan het voor noodgevallen ontbreken van een ziekenhuis. Of zoals een moeder van een jongetje, dat met zijn hoofd tegen een openstaande deur was gevallen, verwoordde.

"Bij dit niet ernstige geval was de opvang prima; in het gezondheidscentrum is altijd een arts aanwezig. Zo niet, dan is contact met de dienstdoende arts via de centrale dokterstelefoon mogelijk. Voor ernstige ongevallen lijkt de aanwezigheid van een ziekenhuis in Almere geen overbodige luxe."

(Respondent nr. 001).

Ook hier weer kleine verschillen tussen de personen die voorheen in Amsterdam woonden en inwoners afkomstig uit andere gemeenten, waarbij de ex-Amsterdammers zich wat kritischer opstellen met betrekking tot de situatie in Almere. Ook personen die buiten de openingstijden van de gezondheidscentra in Almere met EHBO te maken hebben gehad, laten wat meer voorbehoud zien in hun oordeel over Almere in vergelijking tot hun vorige gemeente. Wordt de situatie in Almere als (veel) beter beoordeeld dan zijn de argumenten daarvoor te vinden in: de snellere hulpverlening met meer aandacht (23 keer genoemd), de kleinschalige opzet met hulp dichtbij de patiënt (tien keer ge-

noemd) en de goede organisatie met behulp van de dokterstelefoon (vier keer genoemd).

Valt de vergelijking voor Almere negatief uit dan zijn de argumenten hiervoor: de snelheid van hulpverlening buiten de openingstijden van de gezondheidscentra gekoppeld aan de onzekerheid over het terugbellen na een contact met de dokterstelefoon (tien keer genoemd), het ontbreken van een gespecialiseerde eerste hulp post of ziekenhuis (31 keer genoemd, in verschillende varianten), de geringe mogelijkheden om buiten de openingsuren van de centra direct een arts te kunnen raadplegen (negen keer genoemd) en de gebrekkige wijze waarop staat aangegeven waar men 's avonds of 's nachts voor EHBO terecht kan (drie keer genoemd). Vatten we deze opmerkingen samen in één totaalbeeld, dan is een positief oordeel vooral gebaseerd op de situatie overdag op werkdagen waarbij men snel en dichtbij huis geholpen kan worden in de gezondheidscentra; wordt de EHBO-voorziening in Almere als slechter beoordeeld, dan geldt dit in het bijzonder de situatie buiten de openingsuren van de gezondheidscentra. Het ontbreken van een of meerdere gespecialiseerde, continu open zijnde EHBO-voorzieningen wordt door zeer velen als een ernstig manco beschouwd.

4.4.3. Patiënten over de plaats van de EHBO

Tot nu toe heeft in deze paragraaf het oordeel van de patiënt over een aan den lijve ondervonden EHBO-behandeling centraal gestaan. Deze behandeling vond in 80 van de 100 gevallen plaats in een Almeers gezondheidscentrum.

Afgezien van het oordeel over de specifieke EHBO-behandeling kan men zich afvragen of de Almeerse bevolking in meer algemene zin EHBO ziet als vooral een taak van de huisarts of meer van de medisch specialist in de polikliniek van een ziekenhuis. Deze vraag is op dit moment nog vooral theoretisch van aard, daar de Almeerse bevolking in feite weinig andere keus heeft dan de gang naar de huisarts. In de toekomst kan deze vraag ook praktisch van belang worden als een eigen Almeers ziekenhuis de deuren zal openen. In de enquête onder de gebruikers van EHBO-voorzieningen in en om Almere is ingespeeld op deze toekomstige situatie via een serie vragen over waar de EHBO-functie thuishoort en bij welke instantie in een aantal specifieke situaties hulp wordt gezocht.

Allereerst de reacties op een aantal stellingen over de EHBO-functie in Almere. Tabel 4.14 presenteert de mening van in totaal 419 respondenten, die met elkaar gemeen hebben dat zij allen recent met EHBO zijn geconfronteerd. Van de respondenten heeft het merendeel (ca. 370) naar aanleiding van dit voorval contact gehad met de huis-

arts of meer algemeen een gezondheidscentrum in Almere; de overige 50 respondenten hebben, verdeeld over twee ongeveer even grote groepen, een behandeling ondergaan van medewerkers van de ambulance-dienst in Almere of zijn rechtstreeks naar één van de omliggende

Tabel 4.14.: oordelen van Almeerse patiënten over de plaats van de EHBO-voorziening, in percentages

	ik twijfel, dat maar eigen- is lijk is dat zo wel zo		ik twijfel, maar eigen- lijk is dat niet zo		dat is niet zo	N
EHBO is meer een taak voor de huisarts of een gezondheidscentrum dan voor de polikliniek van een ziekenhuis.	15	12	14	59	399	
Als ik in Almere in het weekend of 's nachts EHBO nodig heb, ga ik liever direct naar een ziekenhuis in de buurt dan dat ik op een huisarts wacht.	45	16	8	31	384	
Doktersassistentes horen zich niet met EHBO bezig te houden, maar moeten dit altijd overlaten aan de huisarts.	27	13	17	43	406	
Van een goede EHBO-voorziening kan in Almere geen sprake zijn zolang een eigen Almeers ziekenhuis ontbreekt.	51	16	7	26	400	

ziekenhuizen toegestapt voor medische hulp.

Op grond van tabel 4.14 mag worden geconcludeerd dat bij de Almeerse bevolking, zelfs als zij voor het grootste deel recent voor EHBO in de eerstelijns zijn behandeld, EHBO toch vooral wordt gezien als de taak van 'specialisten' in de polikliniek van een ziekenhuis. Voor tweederde van alle respondenten is het zo dat er geen sprake kan zijn van een goede EHBO-voorziening als een eigen ziekenhuis in de woonplaats ontbreekt. Binnen de eerstelijnszorg ziet een minderheid van de respondenten het liefst een doktersassistente die alle EHBO-patiënten onmiddellijk overdraagt aan de huisarts. Bij 60% van de respondenten die ook voor de doktersassistenten een EHBO-taak zien weggelegd, plaatsen sommigen wel in de meest letterlijke zin van het woord een kanttekening dat dit alleen geldt voor de 'niet-ernstige gevallen'. Samenvattend:

"Ik vind dat voor sommige EHBO-gevallen een huisarts voldoende is en voor hele kleine ongevallen zelfs een opgeleide assistente. Echter een ziekenhuis voor noodgevallen zou beslist geen overbodige luxe zijn."

(Respondent nr. 434).

Kijken we naar drie groepen respondenten, te weten degenen die zich voor hulp tot de huisarts hebben gewend, de mensen die geholpen zijn door de ambulancedienst en degenen die zich rechtstreeks tot het ziekenhuis hebben gewend, dan blijkt dat de eerstgenoemde groep nauwelijks verschilt van de patiënten die zijn geholpen door de ambulancedienst. Met betrekking tot de stellingen over de rolverdeling huisarts-doktersassistenten en de bereikbaarheid van de huisartsen overdag geldt dit ook voor de bezoekers van het ziekenhuis.

De groep personen die zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wendt, wijkt qua mening wel af van de personen die bij de eerstelijns terecht komen als het gaat om de rol van het ziekenhuis of de specialist. Patiënten die zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wenden, zijn meer van mening dat EHBO een taak is voor de polikliniek van een ziekenhuis en zeggen in het weekend of 's nachts bij EHBO eerder naar een ziekenhuis te gaan dan te wachten op een huisarts.

Naast de in tabel 4.14 opgenomen stellingen zijn ook twee vragen gesteld over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van medische voorzieningen in Almere. De bereikbaarheid van de huisarts, geoperationaliseerd via de stelling "als ik op werkdagen in Almere EHBO nodig

heb, kan ik altijd direct bij een huisarts terecht", wordt door 86% van de respondenten als positief beoordeeld; 14% van de patiënten is het niet met de stelling eens. De tweede stelling betrof de directe toegankelijkheid van het Medisch Centrum Almere (MCA) voor EHBO. Hierbij is het goed te weten dat de inwoners van Almere geacht worden geen gebruik te maken van deze polikliniek anders dan na verwijzing door de huisarts. Een minderheid van ongeveer 25% van alle respondenten is op de hoogte van het feit dat het MCA niet bedoeld is voor EHBO, ruim 50% denkt dat men ook hier terecht kan voor EHBO en de overige ruim 20% geeft aan dat zij niet weten of men bij het MCA voor EHBO terecht kan. Dat deze onwetendheid over de functie van het MCA in het Almeerse EHBO-gebeuren tot onnodig tijdverlies kan leiden bij het zoeken naar hulp, laten de hieronder geciteerde voorbeelden zien.

"Mijn dochtertje was op school gevallen met gym en tegen een muur terecht gekomen. De school heeft het initiatief genomen om naar het MCA te gaan, maar daar werden ze doorgestuurd naar de huisarts in 'De Schakel'. Al met al heeft het 45 minuten geduurd, voordat ze werd behandeld."

(Respondent nr. 430).

"Ik was eerst in het MCA, wat het dichtstbij was. Hier was echter geen arts aanwezig en ik werd doorverwezen naar 'De Schakel'."

(Respondent nr. 472).

"De hond van de burens had mijn dochtertje in het gezicht gebeten waardoor zij hevig bloedde en een erg diepe wond had die gehecht moest worden. Ik ben eerst naar het Medisch Centrum Almere gereden, wat gesloten bleek te zijn. Ik ben toen naar een telefooncél gegaan die stuk bleek te zijn. Ben toen naar het politiebureau gereden en die hebben een dokter gebeld. Daarna ben ik regelrecht naar 'De Schakel' gegaan waar ze dan ook is behandeld. Bij elkaar duurde het zo'n 30 minuten voordat zij werd behandeld."

(Respondent nr. 632).

Een tweede serie vragen betreft de keuze van hulpverlening bij een aantal situaties waarin EHBO door professionele hulpverleners tot de mogelijkheden behoort. Wat zeggen mensen te doen als zij worden geconfronteerd met letsels die variëren van een schaafwond aan de knie tot gebroken ledematen? Verschilt hun reactie overdag met die 's nachts of in het weekend, als niet onmiddellijk een huisarts be-

schikbaar is? Bij het bekijken van de antwoorden op deze vraag is het weer goed te beseffen dat deze antwoorden zijn gegeven door inwoners van Almere die voor het merendeel (80 à 85%) een beroep hebben gedaan op de Almeerse gezondheidscentra voor EHBO. Tabel 4.15 geeft de verschillende situaties met de belangrijkste antwoordcategorieën voor zowel overdag op werkdagen als 's avonds, 's nachts of in het weekend als de gezondheidscentra in Almere gesloten zijn.

Tabel 4.15.: keuze van hulpverlening in een aantal denkbeeldige EHBO-situaties, in percentages (N = 419)

	overdag				nacht/weekend			
	nie- mand	huis- arts	zieken- huis	an- ders	nie- mand	huis- arts	zieken- huis	an- ders
tand door de lip	73	22	2	3	77	17	4	2
schaafwond aan knie	85	11	2	2	89	8	2	1
splinter in het oog	2	69	25	4	3	55	36	6
ernstige brandwond	1	63	29	7	1	48	40	11
vergiftiging, na drinken chloor	-	49	35	16	-	41	41	18
sniwond, die ge- hecht moet worden	1	73	21	5	-	63	31	6
gebroken been	-	40	34	26	-	37	37	26
hartinfarct	-	33	27	40	-	29	29	42

Lichte ongevalsletsel zoals schaafwonden en bijvoorbeeld een tand door de lip behandelt men zelf of men laat de behandeling plaatsvinden door een huisgenoot of kennis. Roept men professionele hulp in dan is dit van de huisarts, waarbij opvalt dat de percentages mensen dat met dergelijk letsel overdag naar een huisarts toestappen wat hoger liggen dan 's nachts of in het weekend; het is alsof men het letsel eigenlijk niet ernstig genoeg vindt om daarmee de huisarts buiten spreekuurtijden lastig te vallen.

Een tweede categorie letsel zijn die verwondingen die in het algemeen goed door de huisarts behandeld kunnen worden zoals sniwwonden, brandwonden en bijvoorbeeld een splinter in het oog. Loopt men overdag tegen dergelijk letsel op, dan zegt tussen de 65 en 75% van de inwoners van Almere een beroep te doen op de huisarts en zou 20-30% kiezen voor een directe gang en behandeling in de polikliniek van

een ziekenhuis. Gebeurt een voorval wat dergelijk letsel tot gevolg heeft 's nachts of in het weekend, dan switcht ongeveer 15-20% van alle respondenten van keuze ten gunste van een behandeling in het ziekenhuis. Bij deze drie letsels wordt de 100% volgemaakt door antwoorden zoals huisarts of ziekenhuis, het waarschuwen van de ambulance of gecombineerde categorieën die elk minder dan 5% van alle antwoorden krijgen.

De drie resterende letsels kunnen worden beschouwd als ernstige letsels waar de huisarts vaak wel bij betrokken wordt, maar waar een verdere behandeling toch vooral in de tweedelijnszorg ofwel het ziekenhuis zal plaatsvinden. Bij dergelijke ongelukken waarschuwt 30 tot 50% overdag de huisarts; wat vaker bij een ongeval als het drinken van chloor (49%), wat minder vaak bij een vermoed hartinfarct (33%) terwijl het gebroken been een positie in het midden inneemt (40%). Tussen de 25 en 35% zou zich naar eigen zeggen voor hulp wenden tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Gebeurt een dergelijk ongeval buiten de openingstijden van de gezondheidscentra, zodat men voor huisartsenhulp in eerste instantie is aangewezen op de dokters-telefoon, dan haakt wat de huisarts betreft 5-10% af, terwijl de categorie 'ziekenhuis' licht stijgt. De restcategorieën worden hier gevormd door het waarschuwen van de ambulancedienst, al dan niet in combinatie met de huisarts of het ziekenhuis. Bij een chloorvergiftiging kiest overdag 8% en 's nachts/weekend 10% voor deze oplossing; bij een gebroken been liggen deze percentages op 22% en 23%, terwijl bij een vermoed hartinfarct de ambulancedienst overdag door 33% en 's nachts of in het weekend door 37% van de mensen wordt gewaarschuwd.

We weten niet alleen wat mensen zeggen te doen bij een aantal letsels, maar ook tot wie zij zich recent hebben gemeld voor een behandeling van ongevalsletsel. Veruit de grootste groep heeft zich, uit vrije wil of toch enigzins gedwongen door de omstandigheid dat een eigen Almeers ziekenhuis ontbreekt en het dichtstbijzijnde ziekenhuis op 25 kilometer afstand ligt, voor behandeling gewend tot de Almeerse eerstelijns. Er is echter ook een groep die op eigen initiatief, zonder te zijn verwezen naar een ziekenhuis zijn toegestapt. Of deze laatste groep respondenten in hun oordelen verschillen van degenen die zich tot de gezondheidscentra hebben gewend, laten tabellen 4.16a en 4.16b zien. Bij deze tabellen zijn de hiervoor gepresenteerde cijfers opgedeeld naar twee categorieën.

Uit deze tabellen blijkt dat degenen die in daad hebben aangegeven dat zij voor EHBO kiezen voor het ziekenhuis, ook in woorden een be-

langrijkere rol toekennen aan het ziekenhuis bij de behandeling van

Tabel 4.16a: keuze van hulpverlening in een aantal denkbeeldige EHBO-situaties door bezoekers van gezondheidscentra, in percentages (N=299)

	overdag				nacht/weekend			
	nie- mand	huis- arts	zie- ken- huis	an- ders	nie- mand	huis- arts	zie- ken- huis	anders
tand door de lip	76	20	2	2	80	15	4	1
schaafwond knie	87	10	2	1	90	5	3	2
splinter in het oog	2	68	24	6	4	57	32	7
ernstige brandwond	1	63	29	7	2	50	36	12
vergiftiging, chloor	-	48	34	18	-	41	40	19
snijwond, hechting	-	75	19	6	2	65	28	5
gebroken been	-	39	36	25	-	37	37	26
hartinfarct	-	32	29	39	-	29	31	40

Tabel 4.16b: keuze van hulpverlening in een aantal denkbeeldige EHBO-situaties door bezoekers van een ziekenhuis, in percentages (N=21)

	overdag				nacht/weekend			
	nie- mand	huis- arts	zie- ken- huis	an- ders	nie- mand	huis- arts	zie- ken- huis	anders
tand door de lip	62	30	4	4	67	17	4	12
schaafwond knie	90	9	-	1	90	10	-	2
splinter in oog	-	50	40	10	-	27	73	-
ernstige brandwond	-	50	50	-	-	23	73	-
vergiftiging chloor	-	32	59	9	-	18	73	9
snijwond, hechting	-	50	46	4	-	27	64	9
gebroken been	-	23	64	13	-	14	73	13
hartinfarct	-	18	46	36	-	18	41	41

EHBO-letsel dan de patiënten die een beroep hebben gedaan op de huisarts of het gezondheidscentrum. Deze conclusie geldt zowel voor gebeurtenissen overdag als in het weekend of 's nachts, waarbij het effect 's nachts en in het weekend sterker is dan overdag.

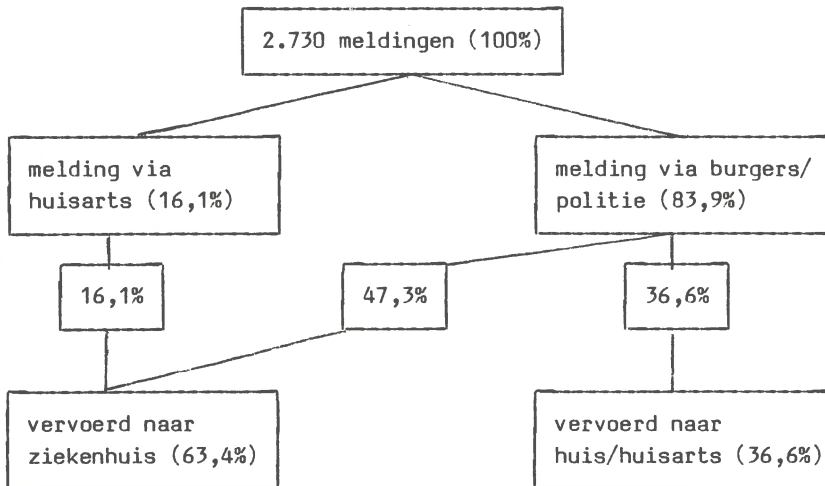
Alle resultaten van deze subparagraaf samenvattend, mag worden geconcludeerd dat het voor de Almeerse bevolking zeker nog geen uitgemakte zaak is dat EHBO een taak is voor de huisarts. Ondanks goede ervaringen bij de huisarts mag verwacht worden dat bij opening van het ziekenhuis een belangrijk deel van de bevolking het zekere voor het onzekere kiest en zich zal laten behandelen in het ziekenhuis, zonder dat eerst de huisarts wordt geraadpleegd. Dat is, indien een EHBO-functie beschikbaar zal zijn en er in het ziekenhuis geen drempels worden opgeworpen met betrekking tot de EHBO-voorziening. We komen hier bij de conclusies en aanbevelingen op terug.

5. EHBO EN DE AMBULANCEDIENST

5.1. Inleiding

De ambulancedienst vormt een belangrijke schakel tussen huisarts en specialist, waarbij het veelal de bemanning van de ambulance is die bepaalt wat er in eerste instantie met de patiënt gebeurt. Het Almeerse beleid met behandeling zo veel mogelijk in de eerstelijns, kan daarbij komen te staan tegenover de factoren tijd en kwaliteit van zorg die beide wijzen in de richting van een ziekenhuis. Illustratief in dit verband een figuur gebaseerd op cijfers van de ambulancedienst van de GG en GD Leiden, overgenomen uit Kerkhoff en Klumper (1987). Deze dienst doet uitsluitend spoed- en ongevalvervoer en volgt een beleid dat patiënten niet onnodig naar een ziekenhuis dienen te worden vervoerd.

Figuur 5.1.: meldingen en vervoerspatroon GG & GD Leiden 1984 (Bron: Kerkhoff en Klumper)



Niet alleen blijkt dat verreweg de meeste aanvragen om een ambulance niet door medici worden gedaan, maar ook dat bijna 65% van alle patiënten wordt vervoerd naar het ziekenhuis. Bij de 36,6% van alle

patiënten die naar huis of huisarts werden vervoerd, gaat het in 20% om zogenaamde 'loze ritten'; de resterende 80% betrof een breed scala van klachten in de medische en maatschappelijke sfeer die naar de mening van de ambulancebemanning thuis hoorden bij de huisarts of waarvoor vervoer naar huis de meest aangewezen weg was. Kerkhoff en Klumper spreken met betrekking tot deze laatste categorie van ruim 36% over de 'schepnetfunctie' van de ambulance.

In Almere bestaan (nog) geen vaste protocollen tussen huisartsen, specialisten en ambulancedienst waarin is vastgelegd hoe de verpleegkundigen van de ambulancedienst moeten handelen en waar naartoe patiënten worden vervoerd. Wel is ook in Almere het uitgangspunt dat patiënten zo veel mogelijk in de eerstelijns worden behandeld. Overdag vormt dit, met in principe alle centra geopend, geen probleem; 's avonds, 's nachts en in de weekenden heeft Almere geen vast punt waar EHBO wordt verleend en zal men, indien noodzakelijk, al snel kiezen voor één van de omliggende ziekenhuizen.

5.2. Aantallen EHBO-contacten van de ambulancedienst

De tien weken dat is bijgehouden hoeveel ambulanceritten met een spoedeisend karakter plaatsvonden in Almere, kunnen worden gekenschetst als uitermate rustig, aldus de mening die meerdere malen bij het ophalen van de registratieformulieren werd uitgesproken door medewerkers van de ambulancedienst. Tussen eind oktober 1986 en begin januari 1987 werd 47 maal de hulp van de ambulancedienst ingeroepen. Bij deze 47 ritten ging het in 40 gevallen om EHBO overeenkomstig de in dit rapport gehanteerde definitie. De overige zeven ritten betroffen wel 'Eerste Hulp' verzoeken, maar hadden geen betrekking op ongevallen; in deze categorie vallen de opvang van patiënten in psychische nood, epilepsiepatiënten en acute aandoeningen als een hartinfarct. Om de vergelijking met de huisartsenregistratie zo zuiver mogelijk te houden, beperkt de analyse zich tot de 40 echte EHBO-contacten.

5.3. Patiëntkenmerken en tijdstip van de EHBO

Een aantal van 'slechts' 40 EHBO-contacten van de ambulancedienst, maakt het uitgebreid analyseren van deze contacten tot een hachelijke onderneming. Bij een zo gering aantal 'cases' gaan toevalsfactoren een belangrijke rol spelen en zijn 'harde' uitspraken niet goed

mogelijk. Desondanks toch enige kenmerken van de patiënten die ambulancehulp nodig hadden en gegevens over het tijdstip van het contact.

Van de 40 ritten vonden er 18 plaats op werkdagen tussen 8 en 17 uur, drie tussen 0 en 8 uur 's morgens en acht op werkdagen tussen 17 en 24 uur. De resterende elf ritten betroffen ongevallen op zaterdag (10 stuks) en één op zondag. Het merendeel van deze laatste categorie ongevallen vond overdag plaats tussen 13 en 19 uur. Opvallend laag is het aantal ritten 's nachts, hetgeen wellicht een indicatie is voor het feit dat Almere niet bepaald een bruisend nachtleven bezit. Over de gehele onderzoeksperiode genomen, betekent een aantal van 40 ritten, dat gemiddeld ongeveer één keer in de twee dagen de ambulance is uitgerukt voor een ongeval.

In de onderzoeksperiode maakten 31 mannen tegenover 9 vrouwen gebruik van ambulancevervoer na een ongeval; van degenen van wie de verzekeringsvorm bekend is (36 patiënten), was 80% verplicht verzekerd via het ziekenfonds en 20% particulier verzekerd. Anders dan bij EHBO-patiënten die gebruik maken van de diensten van de gezondheidscentra, valt de top van het aantal personen aan wie EHBO door het ambulancepersoneel wordt verleend in de leeftijdsklassen tussen de 20 en 40 jaar. De hulpverlening van de ambulancedienst betrof bij 21 patiënten iemand afkomstig uit Almere, terwijl 18 patiënten niet in Almere woonachtig waren; van één patiënt was de woonplaats onbekend.

5.4. Klacht en behandeling

Na de presentatie van patiëntkenmerken en gegevens over het tijdstip van het ongeval, bieden klacht en behandeling wat meer mogelijkheden op interessante bevindingen.

Tabel 5.1 laat zien dat de letsels waarvoor ambulancevervoer wordt ingeschakeld een wat ander karakter hebben dan het in tabel 4.6 gepresenteerde overzicht bij de gezondheidscentra; relatief meer fracturen en gecompliceerde verwondingen en minder 'lichte' ongevalsletsels.

Kijken we naar de ernst van het letsel, dan wordt van de letsels 45% door de behandelend verpleegkundige die deel uitmaakt van de ambulancebemanning als ernstig beoordeeld, is bij 32,5% de ernst twijfelachtig en valt 22,5% in de categorie 'niet ernstig'. Direct levensgevaar was, opnieuw naar het oordeel van de verpleegkundige,

Tabel 5.1.: aard van de klacht waarvoor EHBO wordt verleend door ambulancedienst, in aantallen

klacht/diagnose	aantal
open wond (snijwond e.d.)	5
contusies/distorsies	2
fracturen	6
gecompliceerde verwondingen	16
(chemische) intoxicaties	2
shock	2
overige letsels	7

aanwezig bij 25% van de patiënten aan wie eerste hulp is verleend. Dit laatste punt wordt nog eens extra geaccentueerd, als we beseffen dat van in elk geval twee patiënten bekend is dat zij ondanks de verleende eerste hulp kort daarna aan hun letsel zijn overleden. Keren we nog even terug naar tabel 5.1, dan geldt dat het merendeel van de verwondingen betrekking hebben op verkeersongevallen. Een tweede plaats wordt ingenomen door de sportletsels. De chemische intoxicaties betreffen in beide gevallen een te hoge dosis heroïne.

Bij negen van de 40 EHBO-patiënten wordt gebruik gemaakt van de diagnostische apparatuur die in de ambulance aanwezig is. In vijf gevallen betreft het het maken van een ECG, eventueel in combinatie met het meten van de bloeddruk; de overige gevallen betreffen auscultatie en bloeddrukmeting. De behandeling die wordt verleend bestond voor ruim de helft van alle patiënten uit het stelpen van bloedingen en het schoonmaken van de wond. Andere, meerdere malen toegepaste behandelingen hebben betrekking op het verbinden/zwachtelen van de verwonding, het aanleggen van een infuus en het spalken van gebroken ledematen. Bij acht van de veertig slachtoffers beperkt de behandeling zich tot een onderzoek, gevolgd door een advies of het vervoer naar huis, ziekenhuis of gezondheidscentrum.

Gevraagd naar de noodzaak van de behandeling dan wordt bijna 90% als noodzakelijk beoordeeld, waarbij de ambulancedienst terecht als eerste hulp verlenende instantie is gewaarschuwd. Vier van de veertig ritten zijn wellicht niet helemaal 'loze ritten', maar toch is hier de noodzaak van ambulancevervoer niet of nauwelijks aanwezig en volgt ook geen verder vervoer naar een andere hulpverlenende instantie. Bij de rest van de analyses beperken we ons tot de 36 personen

die na een eerste behandeling op straat verder worden vervoerd of voor behandeling worden verwezen naar een andere instantie.

Zoals in de inleiding bij dit hoofdstuk al is aangegeven, is het beleid in Almere gericht op een behandeling die zo veel mogelijk in de eerstelijns plaatsvindt. Echter, met name bij ernstige letsels zijn de mogelijkheden voor een behandeling in Almere beperkt en zal al snel worden gekozen voor vervoer naar een ziekenhuis in de omgeving. Tabel 5.2 geeft aan wat er met de patiënten gebeurt die door de ambulancedienst naar een andere hulpverlenende instantie worden vervoerd.

Tabel 5.2.: instellingen waarnaar patiënten worden verwezen/vervoerd door de ambulancedienst, in aantallen

instantie	aantal patiënten
AMC, Amsterdam	21
Gooi-Noord, Naarden/Bussum	3
Zuiderzeeziekenhuis, Lelystad	4
MCA, Almere	2
gezondheidscentrum, Almere	2
elders	4

Het merendeel van de patiënten wordt rechtstreeks naar de EHBO-polikliniek van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in Amsterdam gebracht. Een logische keuze gelet op de relatief korte afstand over goede verbindingswegen, de grote deskundigheid die in het AMC verwacht mag worden en het 24 uur per dag open zijn van de betreffende polikliniek. Veel minder patiënten worden vervoerd naar Naarden/Bussum en Lelystad, hoewel dit laatste toch wel opvallend is, omdat bij de reguliere verwijzingen van huisarts naar specialist de relatie met het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad nauwelijks aanwezig was. Van de vier patiënten die in Almere bleven, werden er twee verwezen naar het MCA - het betreffende ongeval gebeurde in de onmiddellijke omgeving was het MCA - terwijl de andere twee patiënten bij een van de Almeerse gezondheidscentra werden afgeleverd. In vergelijking met de in de inleiding gegeven cijfers voor Leiden, waar ruim 1/3 van alle door de ambulancedienst behandelde slachtoffers naar huis of huisarts werden vervoerd, is er in Almere nauwelijks sprake van een band tussen ambulancedienst en huisarts als het gaat om aantallen patiën-

ten die naar het gezondheidscentrum worden vervoerd. De onder de categorie 'elders' samengenomen instanties betroffen twee ziekenhuizen in Amsterdam (waaronder één patiënt voor het Burgerziekenhuis) en twee instellingen in Amersfoort. Werd een patiënt naar een ziekenhuis gebracht, dan betrof het in bijna alle gevallen het vervoer naar de speciale Eerste Hulp afdeling.

Wordt overleg gepleegd over de verdere behandeling, naast het welhaast vanzelfsprekende overleg tussen behandelaar en patiënt en de behandelaars onderling, dan is de politie in de meeste gevallen de overlegpartner waarmee vooral informatie wordt uitgewisseld. Incidenteel vindt, voordat de patiënt verder wordt vervoerd, overleg plaats met artsen ter consultatie of om de verwijzing te regelen. Het besluit te verwijzen wordt in negen van de tien gevallen genomen op initiatief van de verpleegkundige op de ambulance; bij drie van de 36 slachtoffers wordt het initiatief vooral bij de patiënt neergelegd.

Ter afsluiting van deze korte paragrafen over EHBO zoals verleend door de ambulancedienst nog een tweetal opmerkingen uit de registratieformulieren, die wellicht niet karakteristiek zijn voor de gezondheidszorg in Almere maar wel aangeven dat nog niet alles altijd even soepel verloopt. De eerste opmerking had betrekking op een patiënt met rugklachten na een ongeval waarbij men contact heeft gezocht met het MCA. Met de mededeling 'geen arts in het MCA aanwezig of te bereiken' is de patiënt voor verdere behandeling doorgestuurd naar de huisarts. Dat niet elke huisarts altijd bereikbaar is, blijkt uit de mededeling op het registratieformulier na melding van een sportongeval in het weekend: "huisarts weer niet te bereiken op 11911, ± 30 minuten geprobeerd door omstanders". Juist dergelijke incidenten zijn vaak bepalend voor het beeld dat de buitenwereld heeft van de EHBO-voorziening in een gemeente; dat daarbij in zeer veel gevallen de gehele hulpverlening op rolletjes verloopt, wordt hierdoor makkelijk naar de achtergrond gedrongen.

5.5. Het oordeel van patiënten over de ambulancedienst

In de voorgaande paragrafen werden al te stellige conclusies bemoeilijkt door het geringe aantal van 40 ongevallen waarbij de hulp van de ambulancedienst werd ingeroepen. Dit is nog meer het geval als we kijken naar het oordeel van de patiënten de hulpverlening door het personeel van de ambulancedienst. Bij de 23 personen die de moeite

hebben genomen de vragenlijst in te vullen, hebben zes patiënten hun antwoorden gebaseerd op de behandeling in het ziekenhuis of het gezondheidscentrum waarnaar zij zijn vervoerd. Wat resteert, zijn 17 respondenten met een oordeel over het functioneren van de ambulance-dienst. Gelet op dit geringe aantal zal ook hier de rapportage sum-mier worden gehouden en zullen geen uitsplitsingen plaatsvinden naar verschillende categorieën patiënten.

Van de 23 ongevallen waarover informatie beschikbaar is, vond er één plaats in de eigen woning, vier buiten in de omgeving van de woning, vijf op of tijdens het werk of op school en dertien elders in Almere op de openbare weg.

Anders dan bij de patiënten die vaak op eigen initiatief hun weg naar het gezondheidscentrum of het ziekenhuis weten te vinden, is er bij de patiënten die gebruik hebben gemaakt van de ambulance geen sprake van zelf telefoneren of zelf bepalen naar welke instantie men toegaat. Oordelen over het zoekgedrag, de telefonische bereikbaarheid en redenen waarom men kiest voor juist die hulpverlenende instantie, zijn dan ook niet erg relevant. Wel weer vermeldenswaard is de tijdsduur die ligt tussen het plaatsvinden van het ongeval en het moment van hulpverlening. Gemiddeld bedraagt deze tijd ongeveer 15 minuten; onbekend is hoeveel tijd er verloren gaat tussen het gebeuren van het ongeluk en het moment waarop het telefonisch verzoek om hulp binnenkomt bij de CPA. Met betrekking tot de snelheid waarmee hulp kan worden verleend, twee citaten uit de patiënten-enquêtes. Het eerste citaat betreft het aantal ambulances waarmee in Almere wordt gewerkt. Opmerkingen als deze komen een aantal malen terug als punt van wrevel.

"Als er hier iets gebeurt met mensen, dan duurt het erg lang voordat er een ziekenwagen is. Daar kunnen de mensen die erin rijden niets aan doen, want ze zullen wel gelijk komen als ze opgebeld worden. Maar als er maar twee wagens beschikbaar zijn en ook nog uit een andere plaats moeten komen, is dat vragen om moeilijkheden. Of dit inmiddels veranderd is, weet ik niet; ik hoop van wel."

(Respondent nr. 588).

De opmerking over de plaats waar de Almeerse ambulances zijn gestationeerd (= Almere-Haven) klinkt ook door de vraag van een patiënt, die tijdens het uitoefenen van zijn beroep in Almere-Buiten letsel opliep waarvoor de ambulance moest worden gewaarschuwd.

"Waarom is de ambulancepost niet in Almere-Stad in plaats van Almere-Haven. Almere-Stad is veel centraler en vandaaruit ben je vrij snel in Almere-Buiten/de Vaart en Almere-Haven."
(Respondent nr. 803)

De meningen over de kwaliteit van de hulpverlening zijn opnieuw gebaseerd op 17 respondenten. Hun oordelen staan samengevat weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3.: oordelen over de kwaliteit van EHBO door de ambulance-dienst, in kerngetallen

aspecten	rekenkundig gemiddelde	standaard-deviatie	% patiënten met 7
snelheid van EHBO	7.5	2.0	67%
opvang door hulpverlener(s)	8.3	2.3	93%
bejegening als patiënt	8.5	2.3	93%
kwaliteit in medisch zin	8.4	1.3	93%
			N=17

Ook hier geldt dat de laagste score de snelheid betreft waarmee eerste hulp is verleend. Tegenover de ene persoon die hier een rapportcijfer 1 voor geeft, staan echter tien slachtoffers met een 8 of hoger.

Naast bovenvermelde aspecten worden, als het gaat om de tevredenheid met de hulpverlening, nog eens extra genoemd: de goede opvang, het geduld van de hulpverleners en de behandeling in zijn totaliteit. Bij de ontevredenen worden genoemd: de wachttijd op de ambulance en de behandeling bij de instelling waarnaar men met de ambulance is vervoerd. Alles tezamen krijgt de EHBO-hulpverlening door de gebruikers een rapportcijfer toegewezen dat uitkomt op een ruime 8, ofwel goed tot zeer goed.

6. EHBO IN DE TWEDELIJN

Een van de belangrijkste vragen bij het onderzoek naar de EHBO voorziening in Almere op dit moment is hoeveel patiënten zich rechtstreeks bij de EHBO-poliklinieken van het AMC en de Gooi-Noord ziekenhuizen melden; patiënten die eigenlijk in Almere binnen de eerstelijns zouden moeten worden opgevangen. Beide genoemde ziekenhuizen hebben tijdens de registratieperiode van eind oktober 1986 tot de eerste week van 1987 bijgehouden hoeveel patiënten zich op eigen gelegenheid voor EHBO hebben gemeld. Net als bij de ambulancedienst hebben de analyses alleen betrekking op die patiënten die onder de door ons gehanteerde EHBO-definitie vallen. Alvorens wordt ingegaan op de EHBO-contacten in de omliggende ziekenhuizen eerst een korte paragraaf over de rol die het Medisch Centrum Almere (MCA) speelt bij de EHBO-voorziening in Almere.

6.1. EHBO bij het Medisch Centrum Almere

Een van de mogelijkheden om de eerstelijnszorg in Almere te passeren bij een EHBO-behandeling is het Medisch Centrum Almere (MCA). Deze buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis is in 1983 geopend, als voorpost voor het toekomstige Almeerse ziekenhuis. Het MCA is geopend op werkdagen van 08.00 tot 17.00 uur. De polikliniek van het MCA, gelegen in het centrum van Almere-Stad, is niet bedoeld voor EHBO.

De vraag is hoeveel mensen, onbekend met bovenstaande regeling of wellicht bewust de eerstelijns ontwijkend, bij het MCA aankloppen voor hulp.

Tijdens de onderzoeksperiode van tien weken bleken dit twaalf personen te zijn; gerekend over het totaal aan personen dat zich overdag in Almere voor de keus ziet gesteld waar naar toe te gaan voor EHBO een aantal van slechts enkele procenten. Van deze twaalf personen zijn er acht overeenkomstig de afspraken voor behandeling doorverwezen naar het meest nabije gezondheidscentrum 'de Schakel'; voor twee personen is de ambulancedienst gebeld na opvang in het MCA en de twee laatste personen zijn direct in het MCA behandeld.

Op grond van bovenstaande kunnen we stellen dat het MCA als EHBO-voorziening in Almere nauwelijks een rol van betekenis vervult, voor wat betreft de echte eerste hulp. Overigens is er hierbij, zoals we

in paragraaf 4.4.3 hebben gezien, meer sprake van toeval dan van een welbewuste keuze van patiënten. Waar het MCA wel een belangrijke rol speelt, is bij de verwijzingen door de huisarts, veelal voor het maken van röntgenopnames. De opmerkingen in de patiëntenenquête die ingaan op het functioneren van het MCA hebben dan ook veelal hierop betrekking. Het gaat dan in het bijzonder om de openingstijden.

"Het is belangrijk dat er een eerste hulppost zoals het MCA is waar foto's gemaakt kunnen worden. Mensen die een fractuur of iets dergelijks hebben, hoeven dan 's avonds, 's nachts en in het weekend niet altijd naar Amsterdam. Bovendien niet iedereen heeft eigen vervoer!"

(Respondent nr. 396)

Echter ook tijdens de normale openingsuren van het MCA kunnen lange wachttijden voorkomen, zoals blijkt uit onderstaand voorbeeld, waaruit tevens blijkt dat de onderlinge afstemming van werkzaamheden ook nog niet altijd optimaal is.

"Mijn dochtertje was om ± 11.15 uur uit een klimrek gevallen en had haar pols bezeerd. Door de juf is zij eerst naar de huisarts gebracht want daar ga je meestal eerst naar toe en die heeft haar doorverwezen naar het MCA voor foto's. Na het maken van de foto's, waaruit bleek dat haar pols gebroken was, werd ik weer verwezen naar de huisarts om te gipsen. Dit mochten ze daar echter helemaal niet doen en we moesten toen tot 15.30 uur wachten voordat dit eindelijk in het MCA gebeurde."

(Respondent nr. 435).

Opnieuw zij vermeld dat het hier gaat om een incident, waarbij de tevredenheid wordt uitgesproken over de huisarts maar waarbij men ontevreden is over het MCA. Echter dezelfde respondent geeft tevens te kennen dat bij toekomstige EHBO-lletsels er sneller aan gedacht zal worden om voor de zekerheid toch maar direct naar een ziekenhuis te gaan.

6.2. Aantallen EHBO-contacten bij ziekenhuizen

Gedurende de tien weken van het onderzoek naar de EHBO-voorzieningen in Almere hebben in totaal 145 personen afkomstig uit Almere op eigen initiatief een beroep gedaan op eerste hulp bij de poliklinieken

van het Amsterdamse AMC-ziekenhuis en de Gooi-Noord ziekenhuizen in Naarden/Bussum. Van deze 145 personen vallen er twintig af die niet voldoen aan onze definitie van EHBO; de klachten waarmee zij zich tot de EHBO-polikliniek wendden, betroffen astmatische aandoeningen, long- en hartaandoeningen, ontstekingen en klachten als buikpijn. Bij de resterende 125 patiënten is er in 16 gevallen twijfel of er sprake is van EHBO; deze 16 patiënten zijn, net als bij de registraties door de huisartsen en de ambulancedienst, opgevat als EHBO-patiënten. Hoe de 125 EHBO-patiënten zijn verdeeld over de ziekenhuizen in de omgeving van Almere geeft tabel 6.1 aan.

Tabel 6.1.: aantal patiënten uit Almere die zich op eigen initiatief melden bij de ziekenhuizen in de omgeving van Almere, in aantallen

ziekenhuis	aantal patiënten
AMC-Amsterdam	116
Gooi-Noord, vestiging St. Jan	5
Gooi-Noord, vestiging Majella/Diakonessen	4

Het overgrote deel van de patiënten dat zich voor EHBO rechtstreeks bij een ziekenhuis vervoegen, kiezen voor het Amsterdamse AMC-ziekenhuis. De afstand Almere-AMC, de 24-uurs openstelling van de EHBO-polikliniek en de wetenschap dat in geval van nood alle specialisten in dit ziekenhuis zijn te vinden, zijn hieraan niet vreemd. Van de negen patiënten die zich bij de poliklinieken van de Gooi-Noord ziekenhuizen vervoegden, kozen er vijf voor de St. Jan vestiging in Laren. Ook de aan dit ziekenhuis verbonden EHBO-afdeling is 24 uur per dag open. Een dergelijke continue openstelling geldt niet voor de vestigingen van Gooi-Noord in Naarden/Bussum zelf. Het Majella ziekenhuis en het Diakonessen ziekenhuis hebben afwisselend dienst waar het de EHBO-afdelingen betreft. Het is derhalve niet zo heel erg verwonderlijk dat patiënten in eerste instantie kiezen voor die instelling waarvan zij weten dat deze in elk geval open is.

6.3. Patiëntkenmerken en tijdstip van EHBO-contact

We mogen verwachten dat een groot deel van de patiënten uit Almere die voor EHBO rechtstreeks een beroep doen op hulp via de EHBO-poli-

kliniek van een ziekenhuis, dit doen op een tijdstip dat de Almeerse gezondheidscentra gesloten zijn. Tabel 6.2 laat zien hoe de EHBO-verzoeken verdeeld zijn over de dagen en tijdstippen van de dag.

Tabel 6.2.: Aantallen EHBO-contacten bij ziekenhuizen, naar dag en tijdstip van het contact

dag + tijdstip van EHBO-contact	aantal	%
werkdag, tussen 08.00 en 17.00 uur	38	30
werkdag, tussen 17.00 en 24.00 uur	39	31
werkdag, tussen 00.00 en 08.00 uur	7	6
zaterdag/zondag	39	31
onbekend	2	2
	N=125	100

Circa 70% van degenen die zich op eigen gelegenheid voor EHBO bij een ziekenhuis melden, doen dit op een tijdstip dat de Almeerse gezondheidscentra gesloten zijn, 30% meldt zich overdag op werkdagen en van twee patiënten is het tijdstip van binnenkomst niet genoteerd.

Bij de patiëntkenmerken is alleen de postcode van het woonadres genoteerd en het geslacht van de patiënt. Van de patiënten zijn er 65 afkomstig uit Almere-Stad, 13 uit Almere-Buiten en 39 uit Almere-Haven; een verdeling die niet of nauwelijks afwijkt van de totale populatie over de drie stadsdelen. Het is niet zo dat de patiënten van de Gooi-Noord ziekenhuizen exclusief afkomstig zijn uit Almere-Haven; de negen patiënten zijn afkomstig uit alle drie de stadsdelen. Kijken we naar het geslacht van de patiënt, dan valt opnieuw op dat mannen zijn oververtegenwoordigd. Bijna 70% van de EHBO-slachtoffers zijn mannen. Wel is het zo dat de verdeling naar sexe van de personen die zich overdag op werkdagen voor EHBO melden, wat meer naar de 50/50 toegaat. Van de 38 personen die zich overdag naar het ziekenhuis spoeden is 60% man en 40% vrouw.

6.4. Klacht en behandeling

Ook voor de klachten waarmee patiënten rechtstreeks naar het ziekenhuis komen, is het mogelijk een tabel te geven met de meest voorkomende verwondingen.

Tabel 6.3.: aard van de klacht waarvoor EHBO wordt verleend in het ziekenhuis, in aantallen en percentages

klacht/diagnose	aantal	%
oogletsel	4	3
verbrandingen	4	3
open wond (snijwond e.d.)	15	12
contusies/distorsies	43	34
fracturen	16	13
spier- en peesletsel	13	10
overige letsels	17	14
letsels, onbekend	13	10

Het grootste aandeel bij de klachten hebben de kneuzingen, verstui-kingen en verzwikkingen met in totaal 34% van alle verwondingen, terwijl ook fracturen, open wonden en spier- of peesletsels uitkomen op tien procent of meer. In de categorie 'overige letsels' zijn sa-mengebracht honde- en kattebeten (2), corpora aliena (2), bulten/builen/bloeduitstortingen (3), luxaties (2), chemische intoxicaties (3), hersenschudding (2), alsmede twee twijfelcategorieën als het gaat om EHBO: flauwvallen (1) en inwendige bloedingen (2).

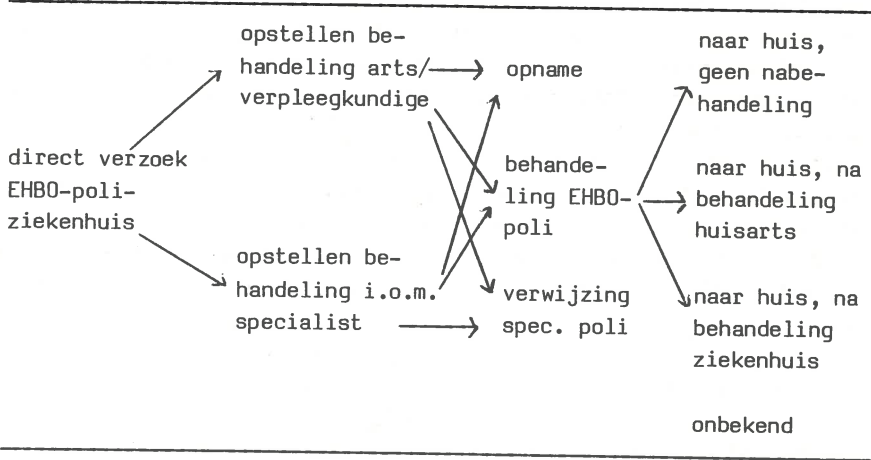
Klachten die relatief vaak 's avonds, 's nachts of in het weekend worden gepresenteerd, zijn de op het eerste oog wat zwaardere let-sels zoals fracturen, contusies en distorsies alsmede spier- en peesletsels. Overdag op werkdagen melden zich relatief veel personen met letsel vallende in de categorie 'open wonden'.

Hoewel men soms twijfels kan hebben over het wel of niet terecht zijn van een klacht of van mening kan verschillen over de vraag of de EHBO-polikliniek van een ziekenhuis de juiste plaats is voor be-handeling van bepaalde klachten, is het uitgangspunt bij de polikli-nieken dat iedere patiënt die zich meldt zo goed mogelijk wordt ge-holpen. Bij deze hulpverlening kunnen een aantal verschillende stadia worden onderscheiden, weergegeven in figuur 6.1.

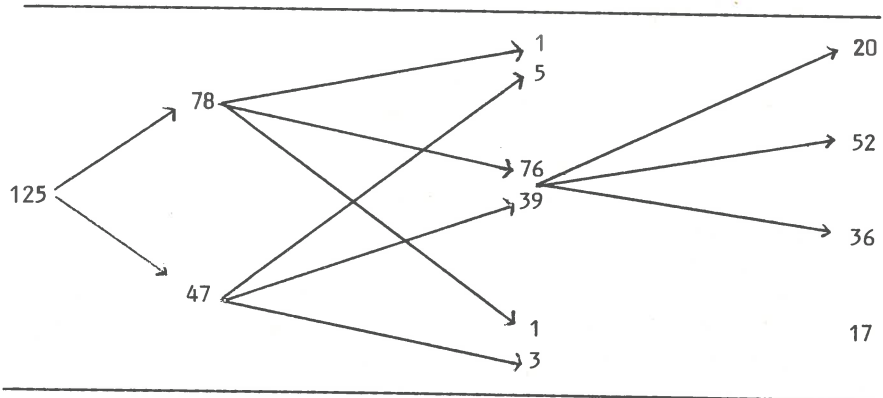
De eerste beslissing die bij binnenkomst van een EHBO-patiënt in een ziekenhuis na de eerste opvang moet worden genomen, betreft het stellen van de diagnose, al dan niet in overleg met een (andere) specialist. Figuur 6.1.b laat zien dat in bijna 40% van alle geval-len een specialist wordt geraadpleegd. Afhankelijk van het letsel betreft het met name de specialismen: traumatologie (20 keer), or-

thopedie (9 keer), chirurgie (7 keer) en kindergeneeskunde (4 keer). De specialismen KNO, oogheelkunde, interne geneeskunde, stofwisselingsziekten en kaakchirurgie worden elk één of twee keer geconsulteerd.

Figuur 6.1.a.: EHBO-behandeling in ziekenhuis in woorden



Figuur 6.1.b.: EHBO-behandeling in ziekenhuis in cijfers



Bij de 70 patiënten waar diagnostische apparatuur wordt gebruikt, gaat het in 68 gevallen om het gebruik van röntgenapparatuur, tweemaal in combinatie met een ECG. De twee resterende testen betreffen een bloed en/of urine-onderzoek. Röntgenonderzoek wordt vooral verricht bij fracturen (15 van de 16 gevallen), contusies/distorsies

(35 van de 43 gevallen) en spier- of peesletsels (11 van de 13 gevallen). Is de diagnose gesteld, dan volgt behandeling; meestal op de EHBO-polikliniek zelf, waarbij bij acht patiënten gebruik wordt gemaakt van de speciale ongevalkamer, soms op de specialistische polikliniek van het betreffende ziekenhuis (vier patiënten). Zes van de in totaal 125 patiënten die zich op eigen initiatief melden, worden direct opgenomen voor verdere behandeling.

De behandeling zelf is ook weer sterk afhankelijk van de aard van het letsel. Fracturen worden gespalkt, open wonden (meestal) gehecht en verbonden en verstuikingen, verzwikkingen en kneuzingen voorzien van een verband of zwachtel. Bij ruim 30% van alle patiënten kan worden volstaan met een onderzoek en volgt geen verdere therapie, anders dan bij tien personen het voorschrijven van medicijnen. Komen we tenslotte bij de adviezen waarmee de 115 patiënten die niet intern worden verwezen of worden opgenomen, naar huis vertrekken. Van de 108 patiënten waarbij de nabehandeling bekend is, mogen er 20 naar huis zonder dat zij verder een arts hoeven te raadplegen. Bijna 50%, ofwel 52 van de 108 patiënten gaat naar huis met het advies de nabehandeling te laten verzorgen door de eigen huisarts en precies 1/3 van alle patiënten wordt voor nabehandeling terugverwacht op één van de poliklinische spreekuren in het ziekenhuis waar ook de eerste opvang van het EHBO-slachtoffer heeft plaatsgevonden. Tot zover de rapportage op basis van de registratie die heeft plaatsgevonden in het AMC en Gooi-Noord.

6.5. Het oordeel van de patiënten

Aan nagenoeg alle inwoners uit Almere die in de onderzoeksperiode op eigen initiatief voor behandeling een bezoek brachten aan de EHBO-polikliniek van het AMC en de Gooi-Noord ziekenhuizen is een enquêteformulier overhandigd met het (schriftelijk en mondelinge) verzoek dit formulier in te vullen en op te sturen aan het NIVEL. Het is teleurstellend te moeten constateren dat slechts 21 ingevulde patiënten-enquêtes werden ontvangen; een respons van 17%.

Het feit dat alle patiënten zich, volgens de registratiecriteria van de ziekenhuizen, op eigen initiatief bij de EHBO-polikliniek hebben gemeld, hoeft niet automatisch te betekenen dat de patiënt niet eerst elders hulp heeft gezocht, hetzij via de telefoon, hetzij door bijvoorbeeld eerst naar een andere instantie toe te gaan. Deze laatste twee mogelijkheden zijn van toepassing op twee van de 21 patiënten. Eén patiënt heeft naar eigen zeggen eerst telefonisch contact

opgenomen met een van de gezondheidscentra en is door het centrum verwezen naar het AMC. De andere patiënt heeft, alweer volgens eigen zeggen, telefonisch contact gezocht met een gezondheidscentrum in Almere, geen verbinding kunnen krijgen en is vervolgens door de daarna opgebeldde politie verwezen naar het AMC. Voor de negentien overige patiënten, dus het overgrote deel, geldt dat eigen initiatief ook echt eigen initiatief was.

Bij de personen die op eigen initiatief naar het ziekenhuis zijn gegaan is de vraag interessant waarom voor juist een ziekenhuis is gekozen. Genoemd worden de volgende redenen: de kennis van zaken en het feit dat in het ziekenhuis alles voorhanden is (8 keer genoemd), de snelle en goede bereikbaarheid van het betreffende ziekenhuis (6 keer genoemd), de bekendheid met de gang van zaken in het ziekenhuis (1 keer genoemd), het feit dat de huisarts naar de mening van de patiënt te weinig deed aan het letsel (1 keer genoemd) en de omstandigheid dat het AMC "dichtbij het werk ligt" (1 keer genoemd). In dit laatste geval betreft het een letsel dat 's avonds is ontstaan en waarvoor de volgende ochtend de EHBO-polikliniek van het AMC wordt bezocht. Omdat het belangrijk is wat meer te weten over de preciese redenen waarom mensen zonder tussenkomst van de huisarts kiezen voor een gang naar het ziekenhuis, volgen hieronder een aantal citaten uit de patiëntenenquête.

Het eerste citaat betreft een vrouw die 's morgens om 08.30 uur op een doordeweekse dag van de trap is gevallen, daarbij letsel aan de elleboog heeft opgelopen en door de echtgenoot rechtstreeks naar het AMC is gebracht.

"Volgens mij ben ik in het AMC meteen goed. Alles bij de hand en dat bleek toch nodig; eerst de zuster, toen dokter, later foto's maken en toen de chirurg. Dat vind je niet bij elkaar in Almere. Ik zal dus bij ongelukken altijd naar het AMC gaan."

(Respondent nr. 304).

Het argument dat in het AMC alles voorhanden is in combinatie met het gevoel dat men toch wel in een ziekenhuis terecht zal komen zodat men beter zelf de snelste weg kan kiezen zonder op de ambulance te wachten ("bij een hartaanval ben je allang dood voordat hij komt"), speelde ook mee bij onderstaande patiënt in combinatie met andere factoren.

"Misschien weet ik er wel te weinig van hoor, hoe de eerste

hulp in Almere geregeld is. In ieder geval heb ik geen vertrouwen in de daadwerkelijke eerste hulp."
(Respondent nr. 384).

Andere redenen om te kiezen voor een directe behandeling in het ziekenhuis zijn de adviezen van derden die men bij een ongeluk kan ontvangen, zoals:

"Op zaterdagmiddag is bij het beoefenen van mijn sport (bodybuilding) mijn enkel dubbelgeklapt en zwaar verzwikt. Op advies van mijn trainer ben ik rechtstreeks naar het AMC gegaan."

(Respondent nr. 567).

"Ik zit op korfballen en in mijn spel kwam ik verkeerd terecht. Mijn ouders vonden het beter om naar het ziekenhuis te gaan; daar heb je alles bij de hand. We zijn wel eens naar iets anders geweest en toen werden we alle kanten opgestuurd, vandaar dat we nu gelijk naar het ziekenhuis zijn gegaan."

(Respondent nr. 549).

Tenslotte kunnen ook eerdere ervaringen met de EHBO-voorziening door ziekenhuizen of door de huisarts een rol spelen bij de keuze voor het ziekenhuis.

"Ik had eens een splinter in mijn oog en ben toen naar de EHBO in Almere geweest. Na twee weken kon ik toch naar het AMC gaan om het eruit te laten halen (verroest!). Ik ga nu altijd naar het AMC."

(Respondent nr. 538).

"Het bezoek waarbij dit formulier is uitgereikt, was het tweede binnen een half jaar (wederom na een voetbalwedstrijd). Over het eerste was ik uiterst tevreden, in tegenstelling tot de behandeling nu. Alles ging met grote haast, terwijl er niemand anders behandeld moest worden."

(Respondent nr. 664).

Tot zover de citaten uit de patiënten-enquêtes.

Bij de patiënten die zich direct of na korte tijd bij de polikliniek van het ziekenhuis melden, ligt er ongeveer 30 minuten tussen ongeval en behandeling. Bij meer dan 80% van de patiënten start de behandeling binnen het uur.

Dat de snelheid van hulpverlening een relatief begrip is, waarbij omstandigheden wel degelijk in de afwegingen over het te geven oordeel worden betrokken, blijkt uit de toegekende rapportcijfers. Tabel 6.4 presenteert de rapportcijfers, niet alleen voor de snelheid van hulpverlening maar ook voor de drie al eerder genoemde andere aspecten.

Tabel 6.4.: oordelen over de kwaliteit van de EHBO verleend door EHBO-poliklinieken in de omgeving van Almere, in kerngetallen

aspecten	rekenkundig gemiddelde	standaard deviatie	% patiënten met 7
snelheid van EHBO	8.2	1.7	81%
opvang door hulpverlener(s)	8.4	2.1	86%
bejegening als patiënt	8.6	2.0	86%
kwaliteit in medische zin	8.8	2.0	95%
			N=21

Behoudens één of enkele uitzonderingen, zijn de patiënten positief over de verleende hulp. Naast de rapportcijfers worden nog eens extra genoemd de bejegening, de administratieve afhandeling, de kundigheid van de artsen, de goede opvang, de inspraak bij de behandeling en de uitleg die bij elke handeling werd gegeven. Kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de toch ook in de ziekenhuizen soms wel lange wachttijden, het gebrek aan medewerking en informatie bij de behandeling en de (welhaast symbolische) norske verpleegster. Alles tezamen komt het rapportcijfer voor de EHBO-behandeling in de ziekenhuizen uit op gemiddeld 7.9; drie respondenten geven een onvoldoende, de overige achttien patiënten geven een zeven of hoger.

Dat we naar alle waarschijnlijkheid toch wel te maken hebben met een specifieke groep personen die zeer sterk 'ziekenhuisgericht' is, is op te maken uit de antwoorden op de vragen waarin de EHBO-voorziening in Almere wordt vergeleken met dezelfde voorziening in de vorige woonplaats. Zou hetzelfde voorval de patiënt overkomen in de vorige woonplaats, dan zouden zeventien van de 21 respondenten zich ook hier voor hulp tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis wenden, één patiënt kiest voor het ziekenhuis of de huisarts en drie patiënten geven aan dat zij naar de huisarts toe zouden stappen. Vergelijking

van de opzet voor EHBO in Almere met de situatie in de vorige woonplaats levert bij deze groep respondenten voor Almere een teleurstellende score op; het overgrote deel van de patiënten vindt de situatie in Almere slechter, het merendeel zelfs veel slechter. De argumenten op basis waarvan dit oordeel wordt geveld, zijn: het ontbreken van voor eerste hulp noodzakelijk geachte voorzieningen zoals een ziekenhuis, de slechte bereikbaarheid (overdag en vooral 's nachts) van de huisartsen, de altijd ingeschakelde dokterstelefoon, het gebrek aan kennis bij de huisartsen omtrent EHBO en het gesloten zijn van het MCA voor EHBO-patiënten die zich op eigen gelegenheid aanmelden.

Samenvattend mag worden vastgesteld dat deze groep patiënten die zich voor behandeling rechtstreeks tot het ziekenhuis heeft gewend weliswaar geen al te grote groep vormt, maar wel uiterst kritisch staat tegenover de situatie zoals die op moment in Almere met betrekking tot de EHBO is geregeld. Ook wat dit betreft is het bijzonder jammer, dat niet meer mensen uit deze groep EHBO-patiënten de moeite hebben genomen mee te werken aan het onderzoek. Immers, het is onbekend of de door deze kleine groep respondenten gegeven antwoorden representatief zijn voor de gehele groep patiënten die rechtstreeks een ziekenhuis opzoekt bij letsel dat voor EHBO in aanmerking komt.

7. EHBO IN ALMERE; SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Bij discussies over het functioneren van de gezondheidszorgvoorzieningen vormt Eerste Hulp Bij Ongelukken (kortweg EHBO) een dankbaar gespreksonderwerp. Elke patiënt kan uit eigen ervaring of gebaseerd op ervaringen van derden een rijke bloemlezing geven over wat er goed maar vooral wat er fout kan gaan bij EHBO. Beleidsmakers zien zich vooral voor de keuze gesteld waar EHBO-patiënten het best kunnen worden geholpen: bij de poliklinieken van ziekenhuizen of bij de huisarts. Dit laatste wordt nog eens extra geaccentueerd door de instelling van een werkgroep waarin vier leden van de subcommissie zorginhoudelijke aspecten (ZIA) van het college voor ziekenhuisvoorzieningen en vier leden uit of namens de kamer voor extramurale gezondheidszorg zitting hebben. Deze werkgroep heeft tot taak een advies op te stellen over de taakafbakening ten aanzien van het verlenen van EHBO ten behoeve van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

In Almere is de discussie over de plaats van EHBO op papier reeds lang geleden afgerond. De huisarts of het gezondheidscentrum vormen in Almere de voorziening waar overdag maar ook 's nachts en in het weekend eerste hulp wordt verleend. Een eigen ziekenhuis met een polikliniek voor EHBO ontbreekt nog; de buitenpolikliniek van het Burgerziekenhuis doet in principe geen EHBO-behandelingen en houdt zich daar, zo blijkt uit ons onderzoek, zo veel mogelijk aan door patiënten door te sturen naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum. Bovendien is deze polikliniek alleen op werkdagen tijdens de kantooruren geopend. De meest nabij gelegen ziekenhuizen bevinden zich in Amsterdam (AMC) en Naarden Bussum (Gooi-Noord), hetgeen voor patiënten op zijn minst 20 tot 30 minuten reistijd betekent, afhankelijk van het tijdstip van de dag.

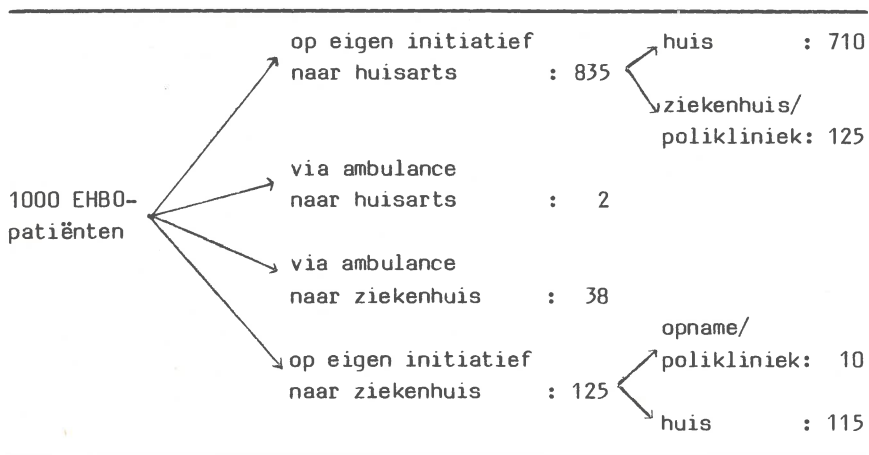
Met als doelstelling het verkrijgen van inzicht in de patiëntenstromen en de kwaliteit van de hulpverlening op het terrein van EHBO, zijn gedurende de laatste tien weken van 1986 gegevens verzameld bij alle hulpverleners die zich op professionele basis in Almere met EHBO bezighouden en bij patiënten. In dit afsluitende hoofdstuk presenteren wij een totaalbeeld van de EHBO-functie in Almere, waarbij de belangrijkste resultaten uit de voorgaande hoofdstukken naast elkaar worden gezet. Daarnaast worden in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen gedaan om te komen tot een meer optimale dienstverlening, waarbij vooral de belangen van de patiënt een rol spelen. Een onge-

luk, hoe groot of hoe klein ook, is vervelend; nog vervelender is het als hier naar de mening van de bevolking niet goed of niet goed genoeg op wordt ingespeeld door de professionele hulpverleners.

7.1. Aantallen EHBO-contacten

Houden we er rekening mee dat, met name waar het gaat om de EHBO-contacten met de huisartsen, in de registratieperiode een aantal EHBO-gevallen zijn 'vergeten', dan kan worden geschat dat op een bevolking van ruim 50.000 inwoners in Almere per jaar zo'n 5.000 personen voor EHBO een beroep doen op professionele hulpverleners. Van deze ongevalsslachtoffers 'kiest' 80 à 85% voor een (eerste) behandeling door de huisarts, wordt ongeveer 5% behandeld door de ambulancedienst en klopt 10 à 15% op eigen initiatief aan bij de EHBO-polikliniek van een ziekenhuis. Van de ziekenhuizen in de omgeving van Almere is voor EHBO vooral het AMC belangrijk. Ruim 90% van de personen die de huisarts passeren en zich rechtstreeks bij een ziekenhuis vervoegen, kiezen voor het AMC, waarbij aspecten als de goede bereikbaarheid (en het achterliggende ziekenhuis) een belangrijke rol spelen. Ook van de slachtoffers die door de ambulancedienst naar een ziekenhuis worden vervoerd, belandt het merendeel in het AMC. Beperken we ons tot de ongeveer 1000 ongevallen die zich tijdens de registratieperiode van tien weken in Almere hebben voorgedaan, dan geeft figuur 7.1 het stroomdiagram waar deze personen terecht komen voor hulp.

Figuur 7.1.: stroomdiagram EHBO-patiënten uit Almere.



Bij deze aantallen past één kanttekening. Het aantal van 835 EHBO-patiënten dat op eigen initiatief bij de huisarts aanklopt voor hulp, is geschat op basis van zowel andere onderzoeken als de resultaten van ons eigen EHBO-onderzoek op het niveau van de afzonderlijke gezondheidscentra. Voor deze laatste schatting zijn de aantallen werkelijke EHBO-contacten van de meest plichtsgetrouwe centra als uitgangspunt genomen en zijn hun aantallen vertaald naar de overige centra.

Voor wat betreft de verdeling van patiëntenstromen naar de huisarts en het ziekenhuis kan nog worden opgemerkt dat het wel degelijk verschil uitmaakt op welk tijdstip van welke dag EHBO nodig is. Overdag op werkdagen, met in principe alle gezondheidscentra beschikbaar voor EHBO, kiest circa 6% van de personen met ongevalsletsel voor een directe gang naar het ziekenhuis; buiten de openingstijden van de centra stijgt dit percentage tot 20 à 25%. Wellicht biedt het openstellen gedurende de avonduren en in de weekenden van één gezondheidscentrum per stadsdeel of per combinatie van stadsdelen de mogelijkheid dit percentage van 20 à 25% omlaag te brengen naar een percentage vergelijkbaar met de situatie overdag. Besluit men tot een dergelijke openstelling, dan verdient het uit oogpunt van duidelijkheid naar de potentiële patiënten en continuïteit in zorgverlening aanbeveling hiervoor één vast en centraal gelegen centrum (per stadsdeel) uit te kiezen, met een wisselende bezetting. Bijkomend voordeel is dat bij zo'n gespecialiseerd EHBO-centrum de inrichting en apparatuur optimaal kan worden afgestemd op de behoefte, waarbij tevens kan worden gedacht aan het opnemen van röntgenapparatuur zodat foto's onmiddellijk in het 'eigen' centrum gemaakt kunnen worden. Wel moet er in dat geval voor gewaakt worden dat dergelijke (dure) voorzieningen niet onnodig worden gebruikt. Deens onderzoek heeft uitgewezen dat makkelijk toegankelijke röntgenapparatuur resulteert in het maken van meer röntgenfoto's, ook bij letsels waar er nauwelijks aanleiding toe is (Bentzen, Christiansen en Pedersen, 1984). Voorzien van een duidelijke bewegwijzering en naar de bevolking toe gepropageerd als een aantrekkelijk alternatief voor het verder weg gelegen ziekenhuis, kunnen één of meer van dergelijke centra buiten de kantooruren een belangrijke rol spelen bij eerste hulpverlening in het algemeen en EHBO in het bijzonder.

Het Medisch Centrum Almere (MCA), de in Almere-Stad gevestigde buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis, speelt waar het de aantallen patiënten betreft die zich rechtstreeks aan de balie voor EHBO melden, geen rol van betekenis. De weinige patiënten die

eich bij het MCA vervoegen, worden - overeenkomstig de afspraken - verwezen naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum. Overigens lijken deze kleine aantallen patiënten eerder het resultaat van toevallige omstandigheden dan dat er sprake is van een bewuste keuze. Uit de patiëntenenquête blijkt dat een minderheid van 25% op de hoogte is van het feit dat het MCA niet bedoeld is voor EHBO. Ruim 50% denkt hier wel degelijk direct terecht te kunnen en ruim 20% weet desgevraagd geen antwoord te geven. Opvallend aspect hierbij is dat ook bij scholen en andere instellingen met een verhoogde kans dat zich ongevallen voordoen nauwelijks zicht lijkt te bestaan op de in Almere te volgen weg bij letsel waarvoor EHBO noodzakelijk wordt geacht. Met recht kan hier gesproken worden van een bijna braakliggend terrein voor een goede voorlichtingscampagne naar de bevolking.

Het onderzoek bij de huisartsen en de gezondheidscentra laat zien dat de Almeerse huisarts wat EHBO betreft niet alleen van alle markten thuis moet zijn, maar dit ook werkelijk is. De meest uiteenlopende letsels worden behandeld zonder dat verwijzing noodzakelijk is. Wel is het zo, dat naarmate de ernst van het letsel toeneemt, ook het percentage verwijzingen stijgt. Van alle patiënten die zich rechtstreeks bij de huisarts melden, kan 85% in de eerstelijns worden behandeld, soms met gebruikmaking van de röntgenfaciliteiten in het MCA; 15% van de patiënten wordt doorverwezen naar de tweedelijns voor behandeling door een medisch specialist, waarbij zowel het AMC als de Gooi-Noord ziekenhuizen voor Almere belangrijk zijn.

Tijdens de onderzoeksperiode werd 47 maal een beroep gedaan op de ambulancedienst voor directe hulp aan ongevalsslachtoffers, waarbij in 40 gevallen sprake was van EHBO overeenkomstig de door ons gehanteerde definitie. Zou er al op basis van dit kleine aantal conclusies mogelijk zijn, dan kan worden vastgesteld dat (niet onverwacht) de ambulancedienst vooral de zwaardere letsels te behandelen krijgt. Vergelijking met de situatie in Leiden leert dat relatief weinig patiënten worden vervoerd naar huis of huisarts (Almere: 6 van de 40, tegenover Leiden: 36,6% van alle meldingen) en relatief veel naar het ziekenhuis. Mocht de Almeerse verdeling tussen de aantallen patiënten vervoerd naar ziekenhuis en huisarts/huis blijven bestaan indien over een langere periode zou worden geregistreerd, dan biedt dit gegeven wellicht aanknopingspunten om (bijvoorbeeld via protocollen) te komen tot een verschuiving in de richting van de eerstelijns. Uitbreiding van het aantal ambulances, zoals door een aantal patiënten gevraagd, lijkt zonder te tornen aan de norm die is

afgeleid van het aantal inwoners een moeilijk te realiseren wens. Wel zou overwogen kunnen worden het vaste uitrukpunt van de ambulance te verplaatsen van Almere-Haven naar Almere-Stad. Almere-Stad ligt meer centraal ten opzichte van beide andere stadskernen en het industriegebied 'De Vaart'; een meer centrale ligging waarvan het belang in de toekomst alleen maar zal toenemen.

Kijken we naar de aantallen patiënten die zich rechtstreeks bij het ziekenhuis melden om een EHBO-behandeling te ondergaan, dan kan worden vastgesteld dat de aard van de letsels een belangrijke mate van overlap heeft met de verwondingen die succesvol door de Almeerse huisartsen worden behandeld. Hoewel een exact percentage moeilijk te geven is, kan van de patiënten die zich direct bij het ziekenhuis melden waarschijnlijk zo'n 60 à 75% goed door de huisarts worden behandeld. Via gerichte publiciteit naar de bevolking in het algemeen en scholen, bedrijven en sportinstellingen en verenigingen in het

Tabel 7.1.: letsels waarvoor EHBO is verleend in de Almeerse gezondheidscentra, de ambulance en de omliggende ziekenhuizen, in percentages.

klacht/diagnose	gezondheids- centrum	ambulance	ziekenhuis
bulten, builen, bloed- uitstortingen	8	3	2
corpora aliena	6	-	2
oogletsel	4	-	3
luxaties	2	3	2
honde- en kattebeet	3	-	2
verbrandingen	2	-	3
open wond (snijwond e.d.)	35	12	12
contusies/distorsies	23	5	34
fracturen	7	15	13
gecompliceerd letsel	-	40	-
spier- en peesletsel	2	-	10
(chemische) intoxicaties	2	5	2
hersenschudding	1	3	2
overige + onbekend	5	15	13
	N=520	N=40	N=125

bijzonder, liggen er mogelijkheden om het aandeel dat de Almeerse huisartsen hebben in het totale EHBO-gebeuren te vergroten. Tabel 7.1 geeft een samenvattend overzicht van de letsels waarmee personen zich bij de verschillende hulpverleningsinstanties vervoegen, ter illustratie van bovenstaande.

7.2. Oordelen van de bevolking

Behalve dat via de patiëntenenquête enige achtergrondgegevens zijn verzameld over de aard van het letsel en de persoonlijke omstandigheden, heeft bij dit deel van het onderzoek de nadruk gelegen op de bereikbaarheid van de EHBO-voorzieningen in combinatie met de motieven die aan de uiteindelijke keuze door de patiënt ten grondslag hebben gelegen en de kwaliteit van de hulpverlening.

Bij de bereikbaarheid van de gezondheidszorginstellingen betrokken bij de hulpverlening aan EHBO-patiënten, is het goed een onderscheid te maken tussen de situatie overdag op werkdagen en de situatie 's nachts en in het weekend. Bij de gezondheidscentra of de huisarts wordt overdag de belangrijkste categorie gevormd door EHBO-patiënten die zich aan de balie zonder afspraak voor EHBO melden; een minderheid belt eerst op. De meeste patiënten melden zich bij het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum, ook al betreft dit soms een centrum waar zij niet als patiënt staan ingeschreven. EHBO lijkt direct en zo nabij mogelijk gezocht te worden, overeenkomstig de doelstellingen van het PGA. De groep patiënten die zich overdag, om redenen van veiligheid of een algemene voorkeur voor behandeling in een ziekenhuis, naar het AMC spoeden en voorbij gaan aan de huisarts, vormen hier de uitzondering.

Buiten de kantooruren is de situatie anders. Niet alleen gaan er meer patiënten rechtstreeks naar een ziekenhuis, hetgeen op zich al een indicatie is voor de slechtere bereikbaarheid van de Almeerse eerstelijnszorg voor EHBO-letsel, maar ook de centrale dokterstelefoon vormt nu een eerste te passeren tussenstation op weg naar de dienstdoende huisarts. Voor zowel de gezondheidscentra (overdag) als de dokterstelefoon geldt dat tussen de 80 en 90% van de patiënten onmiddellijk of na enige tijd degene aan de lijn kreeg die men wilde hebben. Bij ongeveer 10% van alle eerste telefoontjes blijft de betreffende instelling ook na lang wachten onbereikbaar, waarna men het nogmaals probeert of andere actie onderneemt. Hier geldt de waarschuwing dat aan de telefonische bereikbaarheid de grootst moge-

lijke aandacht moet worden besteed. Lang moeten wachten in verband met een 'in gesprek toon' of het even geen gehoor krijgen, kunnen een met veel zorg opgebouwde relatie tussen hulpverlener en patiënt in één keer verstoren, met name als het gaat om de situatie waarin snelle hulp van levensbelang kan zijn. Om de telefonische bereikbaarheid van de gezondheidscentra overdag te vergroten is het wellicht mogelijk om bij elk centrum een apart alarmnummer in te stellen dat in noodgevallen gebeld kan worden.

Oordelen over de kwaliteit van de hulpverlening tussen de patiënten die geholpen worden door de huisarts, de ambulancedienst en de EHBO-polikliniek van een ziekenhuis, ontlopen elkaar weinig. Tabel 7.2 vormt hiervan de illustratie.

Tabel 7.2.: rapportcijfers voor een aantal aspecten van EHBO door categorieën hulpverleners, medianen

	gezondheids- centra	ambulance- dienst	EHBO- polikliniek
snelheid van EHBO	8.1	7.9	8.6
opvang door hulpverlener	8.6	8.5	8.9
bejegening als patiënt	9.0	9.0	9.0
kwaliteit in medische zin	8.7	8.3	9.4
totaal oordeel	7.8	8.4	8.3
	N=ca. 280	N=17	N=21

In deze tabel staan de mediaanwaarden (= grenswaarde waarbij 50% van de mensen hoger scoort en eveneens 50% lager). De mediaan is minder gevoelig voor uitschieterende waarden dan het rekenkundig gemiddelde; de gemiddelden zijn terug te vinden in de vorige hoofdstukken. Rapportcijfers variëren van 'goed' tot 'zeer goed'. Kritiek op de EHBO-behandeling in de Almeerse gezondheidscentra betreft vooral de in de ogen van de patiënt soms lange wachttijden, de houding van de hulpverlener, de doorverwijzing en het terugbelsysteem buiten de openingsuren van de centra in combinatie met het beperkte open zijn van de gezondheidscentra. Samenvattend blijft overeind dat veel mensen die in hun vorige woonplaats met hetzelfde letsel naar een ziekenhuis zouden zijn toegestapt (ex-Amsterdammers!) vaak tot hun volle tevredenheid in de Almeerse eerstelijns voor EHBO worden behandeld.

7.3. De toekomstige situatie

Bij de huidige situatie waarin tweedelijnsvoorzieningen voor de opvang van EHBO-patiënten, bijvoorbeeld in de vorm van een ziekenhuis, ontbreken is het betrekkelijk eenvoudig patiëntenstromen te richten op de gezondheidscentra. Een alternatief ontbreekt of is, door de afstand, onaantrekkelijk.

Deze situatie zal veranderen op het moment dat een eigen Almeers ziekenhuis eind 1990 de deuren opent, aannemende dat dit ziekenhuis een 24-uur per dag open zijnde EHBO-polikliniek zal omvatten. In een situatie waar dringende eerste hulp gewenst is, zal al snel worden gekozen voor die instantie die zeker open is en waar alle mogelijke hulp voorhanden is, ofwel het ziekenhuis. Positieve ervaringen, eerder opgedaan met EHBO-behandeling door de Almeerse eerstelijns kunnen wellicht een aantal patiënten voor de eerstelijns behouden, doch men moet zich van deze patiëntentrouw ook weer geen al te grote voorstellingen maken. Illustratief zijn in dit verband de antwoorden op de vraag bij welke hulpverlener men de EHBO als meest passend ziet en waar men met bepaalde letsels zelf naar toe zou gaan.

Ook al gaat men nu (noodgedwongen?) naar de huisarts of het gezondheidscentrum, bijna 75% van de personen die met EHBO zijn geconfronteerd, zien deze tak van hulpverlening vooral als een taak voor de polikliniek van een ziekenhuis; bijna 70% is van mening dat van een goede EHBO-voorziening in Almere geen sprake kan zijn zolang een eigen Almeers ziekenhuis ontbreekt. Gevraagd naar de keuze van hulpverlenende instantie bij een aantal denkbeeldige EHBO-situaties in het Almere van 1987, zegt 25-35% van de mensen naar een ziekenhuis toe te stappen met letsel dat naar alle waarschijnlijkheid goed door de huisarts behandeld kan worden, als het ongeval overdag op een werkdag gebeurt; vindt hetzelfde ongeval 's nachts of in het weekend plaats, dan stijgen deze percentages met circa 10%.

Gedeeltelijk zal deze gerichtheid op het ziekenhuis voortkomen uit onwetendheid. Men is niet bekend met het feit dat ook huisartsen veel EHBO-letsel zelf kunnen behandelen, zelf hechten, zelf brandwonden en sommige vergiftigingen behandelen en dat men ook met (sommige) fracturen en bijvoorbeeld kneuzingen bij de huisarts terecht kan. Waar onbekendheid de factor is, kan voorlichting over de taken en specifieke bekwaamheden van de Almeerse huisartsen een belangrijke rol spelen. Voor een ander deel zal het patiënten betreffen die bewust zouden kiezen voor hulp bij een ziekenhuis. Aan de Almeerse gezondheidscentra de taak om tot 1991 te bewijzen dat deze personen

ongelijk hebben. Het inrichten van 24 uur per dag geopende gezondheidscentra voor specifieke EHBO-zaken lijkt hierin een belangrijke stap voorwaarts. Belangrijk hierbij is echter voor ogen te houden dat het voor patiënten niet veel uit zal maken wie de EHBO-functie verzorgt, als het maar snel en goed gebeurt. Binnen deze visie lijkt het dan ook niet verstandig volledig voorbij te gaan aan de EHBO-functie die ook het toekomstige ziekenhuis zonder twijfel krijgt te vervullen. Een mogelijkheid is de EHBO-polikliniek te laten functioneren onder verantwoordelijkheid van de Almeerse huisartsen, zodat deze als het ware dienst doet als een extra gezondheidscentrum dat 24 uur per dag open is, met extra apparatuur is uitgerust en als de nood werkelijk aan de man of vrouw komt, een beroep kan doen op de medisch specialisten in de tweedelij.

Vatten we ons oordeel over de EHBO-voorziening samen, dan kan het best worden aangesloten bij één van de patiënten.

"Ik ben zeer tevreden over de EHBO door de huisarts geboden, maar ik geloof dat bij ernstige gevallen kostbare minuten verloren gaan door de procedures buiten de kantooruren. Maar dat ene, dat ziekenhuis, ontbreekt nog."

(Respondent nr. 229).

LITERATUUR

- BENTZEN, N., T. CHRISTIANSEN EN K.M. PEDERSEN. Skadebehandling uden for normal dagarbejdstid. Ugeskrift for laeger, 1984, no. 12, p. 901-06
- BURGEMEESTER EN WETHOUDERS VAN AMSTERDAM. Preadvis op de nota van het raadslid mevr. Hamm-Tonnaer van 7 juni 1986, alsmede op de nota van de raadsleden Luijten en Groothoff van 24 september 1980. Amsterdam, raadstuk nr. 1674, 1986
- CONSUMENTENBOND. Concept onderzoeksverslag EHBO. 's-Gravenhage, z.n., 1987
- DEKKER, L. Verslag inzake de bestuurlijke samenhang. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1985. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 2
- KERKHOFF, A.H.M. en W.M. KLUMPER. Ambulance: tussen eerste- en tweedelij. Medisch Contact 42, 1987, nr. 14, p.427-29
- KRISHNADAT, J.R. Eerste hulp bij acute ongevallen. Medisch Contact 40, 1985, nr. 16, p.495-97
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986
- PROJECT GEZONDHEIDSZORG ALMERE. Zorgbegroting 1987. Almere: Project Gezondheidszorg Almere, 1987
- SIXMA, H. EN C. VAN DE VOORT. Situatieschets van Almere. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg/Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1985. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 1
- SIXMA, H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 3

SIXMA, H. Contacten en verwijzen bij de Almeerse huisartsen.
Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste-
lijnsgezondheidszorg, 1986. Project evaluatie gezondheidszorg
nr. 4

SMIT, P.Th. Spoedgevallen in een huisartspraktijk. Amsterdam: De
Erven Bohn, 1974

VEEL PATIËNTEN. Veel patiënten ten onrechte naar EHBO-ziekenhuis.
Inzet; 10, 1986. No. 10, p.22-23

VUNDERINK, H.J. EHBO in Almere: verslag van een onderzoek naar de in
de eerstelijns verrichte eerste hulp bij ongelukken. Almere,
1984

DATUM	ARTS/ASSISTENTE	CENTRUM/POLI/DIENST
1. PATIENTGEGEVENS		

Naam: _____ Geslacht man vrouw
 Adres: _____ Verzekering ziekenfonds particulier
 Woonplaats: Almere anders, nl. _____ Patiënt eigen centrum passant
 Geboortedatum: _____ Enquête uitgereikt: ja nee

2. CONTACTGEGEVENS
 Tijdstip (0-24 uur): _____ soort contact _____
 spreekuur/weekenddienst _____ (weekend)spreekuur
 _____ tussen (afspraak)spreekuur door
 dienst werkdag zaterdag zondag
 (achter)wacht zaterdag visite
 anders, nl. zondag spoedvisite
 _____ anders, nl. _____

3. KLACHT EN/OF DIAGNOSEN
 (omschrijving) _____ klacht _____
 _____ ernstig niet ernstig
 _____ levensbe- niet levensbe-
 dreigend dreigend

4. DIAGNOSTIEK ja nee
 eigen praktijk, nl. _____ MCA, nl. _____
 eigen centrum, nl. _____ elders, te _____
 _____ nl. _____

5. BEHANDELING
 door: arts assistente/
 _____ verpleegkundige _____ prescriptie, middel(en) _____
 wondtoilet
 stelpen bloeding _____ andere gebruikte middelen: _____

 _____ _____ noodzaak behandeling?
 _____ ja nee
 _____ was centrum aangewezen plaats?
 Behandelingsduur: _____ minuten ja nee

6. DOORSTUREN/VERWIJZEN/OPNAME ja nee
 Naar: _____ in: _____ doel: behandeling
 (specialisme/hulpverlener) _____ diagnose + behandeling
 _____ geruststelling
 _____ (naam+plaats instelling)
 eerste hulp post (ziekenhuis)opname _____ initiatief
 polikliniek anders, nl. _____ arts patiënt

7. OVERLEG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	8. VERVOLGAFSPRAAK	9. BIJZONDERHEDEN
Met: _____ Doel: <input type="checkbox"/> consultatie <input type="checkbox"/> regeling verwijzing <input type="checkbox"/> anders, nl. _____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> voorwaardelijk <input type="checkbox"/> ja, eigen arts <input type="checkbox"/> ja, behandelend arts	_____ _____ _____ _____

s.v.p. bij elke patient die vanuit Almere op eigen gelegenheid gebruik maakt van de Eerste Hulp polikliniek van het AMC (het gaat dus zowel om inwoners van Almere als om mensen die in Almere werken, die vanuit Almere een beroep doen op Eerste Hulp):
- patienten-enquete meegeven, met het verzoek deze in te vullen en op te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp;
- registratie-formulier invullen.

DATUM _____	POSTCODE PATIENT _____	GESLACHT PATIENT <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	ENQUETE MEEGEGEVEN <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
TIJDSTIP INSCHRIJVING: _____		TIJDSTIP VERTREK: _____	
REDEN VAN BEZOEK: _____ _____ _____ _____		GEBRUIK GEMAAKT VAN: <input type="checkbox"/> shockroom <input type="checkbox"/> ongevalskamer <input type="checkbox"/> röntgenafdeling <input type="checkbox"/> laboratorium, nl _____ <input type="checkbox"/> anders, nl _____ _____	
PRESENTATIE/POLIKLINIEKCONTROLES OP EERSTE HULP: <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja (specialisme invullen) _____ _____		NABEHANDELING PATIENT: <input type="checkbox"/> eigen huisarts <input type="checkbox"/> niet noodzakelijk <input type="checkbox"/> polikliniek AMC <input type="checkbox"/> opname <input type="checkbox"/> doorverwezen naar: _____ _____ _____	
SPECIALISTISCH CONSULT OP EERSTE HULP: <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja (specialist invullen) _____ _____			
DIAGNOSE: _____ _____ _____ _____			
THERAPIE: _____ _____ _____ _____		BIJZONDERHEDEN: _____ _____ _____ _____	



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Eerste Hulp in Almere

patiënten_enquête

Inlichtingen

Herman Sixma, telefoon: 030 - 319946

TOELICHTING

Met deze vragenlijst willen wij erg graag meningen verzamelen over de Eerste Hulp voorziening in Almere, of kortweg EHBO. Het gaat ons hierbij zowel om personen die zich na een ongeval (groot of klein) onder behandeling hebben gesteld van een arts of verpleegkundige, als om de mensen die snel een dokter nodig hadden voor bijvoorbeeld een hartinfarct of een hevige aanval van benauwdheid.

U heeft deze vragenlijst van ons gekregen naar aanleiding van uw bezoek aan één van de gezondheidszorg-instellingen in of om Almere voor EHBO. Deze vragenlijst is bestemd voor de persoon die EHBO heeft ontvangen. Is de EHBO-patiënt zelf niet in staat de vragenlijst in te vullen, zoals bijvoorbeeld bij kleine kinderen of ernstig gewonden/zieken het geval kan zijn, dan verzoeken wij U deze persoon hierbij behulpzaam te zijn.

Wel willen wij benadrukken dat het ons bij dit onderzoek in de eerste plaats gaat om de meningen en ervaringen van de persoon die EHBO heeft ontvangen.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van EHBO in Almere is het van het aller grootste belang dat zoveel mogelijk mensen die zelf met EHBO te maken hebben gehad medewerking verlenen aan dit onderzoek. Bij sommige vragen kunt U volstaan met het aankruisen van het antwoord dat voor U, als EHBO-patiënt, het meest van toepassing is. Bij andere vragen kunt U Uw antwoord in eigen woorden op papier zetten. Let U vooral goed op de aanwijzingen. Ook vragen wij een aantal meningen, waarbij U een kruisje moet zetten in het hokje dat het meest met Uw mening overeenkomt.

Voorbeeld

	dat is zo	ik twijfel, maar eigenlijk is dat wel zo	ik twijfel, maar eigenlijk is dat niet zo	dat is niet zo
Roken is slecht voor de gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit betekent dat U twijfelt, maar eigenlijk wel vindt dat roken slecht is voor de gezondheid.

Heeft U problemen met het beantwoorden van één of meerdere vragen, dan kunt U altijd telefonisch contact met ons opnemen. Het telefoonnummer waarop wij tijdens kantooruren bereikbaar zijn is 030-319946. U vindt dit nummer ook op de omslag van dit vragenformulier.

Na het invullen van de vragenlijst kunt U deze in de bijgevoegde antwoord-envelop doen, en deze envelop dichtgeplakt aan ons terugzenden. U hoeft geen postzegel te plakken.

Wij willen benadrukken dat wij de door U verstrekte informatie uiterst vertrouwelijk zullen behandelen en anoniem verwerken. Artsen, assistentes of andere hulpverleners krijgen geen inzage in de door U gegeven antwoorden.

Wij rekenen op Uw medewerking aan ons onderzoek over EHBO in Almere; medewerking waarvoor wij U bij voorbaat danken.

Hieronder volgen eerst een aantal vragen over het voorval naar aanleiding waarvan U een beroep heeft gedaan op Eerste Hulp (kortweg EHBO).

1. U heeft dit formulier gekregen naar aanleiding van een EHBO-verzoek voor Uzelf of iemand uit Uw directe omgeving. Aan wie is EHBO verleend? (aankruisen/invullen)

- mijzelf
- iemand uit mijn directe omgeving, nml.: _____
- iemand anders, nml.: _____

2. Wanneer gebeurde het voorval waarvoor EHBO is verleend? (invullen)

datum: _____

tijdstip (0-24 uur): _____

3. Waar gebeurde het voorval waarvoor EHBO is verleend? (aankruisen/invullen)

- in de eigen woning
- buiten, in de directe omgeving van de eigen woning
- op het werk, (wijk + straatnaam invullen): _____
- elders, (wijk + straatnaam invullen): _____

4. Kunt U korte omschrijving geven wat er is gebeurd en de aard van de verwonding of klacht? (omschrijven)

5. Hoe ernstig was in Uw ogen de situatie voordat EHBO werd verleend? (aankruisen)

niet ernstig

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

zeer ernstig

6. Waar en door wie is EHBO verleend? (aankruisen/invullen)

- ik heb de dokter thuis laten komen
- op straat, door de ambulancedienst
- in Almere, gezondheidscentrum (naam invullen) _____
- in Almere, polikliniek (=MCA)
- buiten Almere (instelling + plaats invullen) _____

7. Heeft U (of iemand uit uw directe omgeving) voordat EHBO werd verleend telefonisch contact gezocht met één of meerdere hulpverleners of hulpverleningsinstanties? (aankruisen/invullen)

- nee, ik ben rechtstreeks naar een arts, centrum of polikliniek gegaan of gebracht.
- ja, ik heb telefonisch contact gezocht met achtereenvolgens:
(invullen)
 1. _____
 2. _____

Als U eerst telefonisch contact heeft gezocht, welke van onderstaande situaties was op Uw eerste en eventueel tweede contactpoging van toepassing? (aankruisen)

1e contactpoging

- ik kreeg onmiddellijk degene aan de lijn die ik wilde hebben
- kreeg na enige tijd verbinding met degene die ik wilde hebben
- ik kreeg na lang wachten verbinding met degene die ik wilde hebben
- ik heb geen verbinding kunnen krijgen met degene die ik wilde hebben

2e contactpoging

- ik kreeg onmiddellijk degene aan de lijn die ik wilde hebben
- ik kreeg na enige tijd verbinding met degene die ik wilde hebben
- ik kreeg na lang wachten verbinding met degene die ik wilde hebben
- ik heb geen verbinding kunnen krijgen met degene die ik wilde hebben

Indien U telefonisch geen verbinding hebt kunnen krijgen met degene die U had willen hebben, wat heeft U toen vervolgens gedaan? (invullen)

8. Als U niet thuis of op straat bent behandeld, maar voor EHBO gebruik heeft gemaakt van de diensten van een artspraktijk, een gezondheidscentrum of een polikliniek/ziekenhuis, hoe bent U terecht gekomen bij degene die EHBO heeft verleend? (aankruisen/invullen)

- ik ben hier op eigen initiatief naar toe gegaan
- ik heb mij op mijn verzoek hier naar toe laten brengen
- ik ben hier naar toe verwezen door: (invullen) _____
- anders, nml. (invullen) _____

Indien U zelf heeft bepaald naar welke hulpverlener of hulpverleningsinstantie U toe bent gegaan voor EHBO, waarom dan juist deze persoon, dit centrum, polikliniek of ziekenhuis? (omschrijven)

9. Door wie bent U, na opvang, behandeld? (aankruisen/invullen)

- arts
- assistente/verpleegkundige
- iemand anders, nml.: (invullen) _____

10. Hoeveel tijd lag er tussen het voorval waarvoor EHBO nodig was en het begin van de behandeling door een arts, assistent of verpleegkundige? (invullen)

ongeveer _____ minuten

11. Sommige mensen zullen tevreden zijn over de EHBO die bij hen is verleend, anderen zullen op onderdelen kritiek hebben of ontevreden zijn. Wilt U bij deze vraag, met een rapportcijfer, aangeven hoe tevreden of ontevreden U bent over een aantal met name genoemde aspecten van de EHBO zoals die aan U is verleend?
(S.v.p. het voor U van toepassing zijnde cijfer omcirkelen)

	zeer ontevreden					zeer tevreden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
snelheid waarmee EHBO is verleend										
opvang door de hulpverlener										
wijze waarop de hulpverlener met U omging als patiënt (bejegening)										
kwaliteit van de EHBO in strikt medische zin										

Zijn er nog andere aspecten met betrekking tot Uw EHBO verzoek of behandeling waar U erg tevreden of juist erg ontevreden over bent? (aankruisen/invullen)

- ik ben tevreden over: 1. _____
(invullen) 2. _____
3. _____
- ik ben ontevreden over: 1. _____
(invullen) 2. _____
3. _____

12. Als U voor de gehele gang van zaken met betrekking tot Uw EHBO-verzoek, dus met inbegrip van de bereikbaarheid, de opvang, de behandeling en alle andere aspecten die U belangrijk vindt, een rapportcijfer moet geven, hoe tevreden of ontevreden bent U dan over de U verleende EHBO? (S.v.p. cijfer omcirkelen)

	zeer ontevreden					zeer tevreden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Behalve dat we benieuwd zijn naar Uw mening over de EHBO-voorziening in Almere, zouden wij ook erg graag wat meer willen weten over EHBO in Uw vorige woonplaats (of, indien U niet in Almere woonachtig bent, Uw huidige woonplaats).

13. Als U in Uw vorige woonplaats (of, indien U niet in Almere woont, Uw huidige woonplaats) een soortgelijk voorval zou krijgen als U nu heeft gehad, tot welke persoon of instelling zoudt U zich dan voor EHBO wenden? (invullen)

14. Vindt U de EHBO in Almere, zoals U die nu heeft ervaren, beter of juist slechter geregeld dan in Uw vorige (huidige) woonplaats? (aankruisen)

- in Almere is EHBO veel slechter geregeld
- in Almere is EHBO slechter geregeld
- in Almere is EHBO net zo goed geregeld
- in Almere is EHBO beter geregeld
- in Almere is EHBO veel beter geregeld

Kunt U aangeven waarom U de EHBO-voorziening in Almere beter of juist slechter vindt dan de EHBO-voorziening in Uw vorige (huidige) woonplaats? (invullen)

15. Hieronder leggen wij U een aantal situaties voor waarin mensen een beroep zouden kunnen doen op EHBO. Zo zou men rechtstreeks naar een arts, gezondheidscentrum, polikliniek of ziekenhuis kunnen gaan; men zou een arts, of ambulancedienst kunnen laten komen, al dan niet via de dokterstelefoon of men zou kunnen besluiten geen beroep te doen op professionele hulpverleners en zelf de behandeling verzorgen.
- Tot wie zoudt U zich in elk van de genoemde situaties wenden, zowel overdag (werkdag), 's nachts als in het weekend? Behandelt U de verwonding of klacht zelf, dan kunt U 'niemand' invullen.

	Voor EHBO wend ik mij in dit geval tot		
	overdag	's nachts	weekend
ernstige brandwond			
splinter in oog			
schaafwond aan knie			
snijwond, die gehecht moet worden			
hartinfarct			
vergiftiging, na drinken van chloor			
gebroken been , na val van de trap			
tand door de lip			

16. Hieronder volgen een aantal uitspraken over de EHBO-voorziening, waarmee U het eens of oneens kunt zijn. Graag Uw mening over elk van deze uitspraken. (aankruisen)

- | | dat is
zo | ik twijfel,
maar eigen-
lijk is dat
wel zo. | ik twijfel,
maar eigen-
lijk is dat
niet zo | dat is
niet zo |
|---|--------------------------|--|--|--------------------------|
| a. De opvang van alle EHBO-patiënten kan beter in een ziekenhuis worden gedaan, dan door een huisarts in een gezondheidscentrum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Als ik overdag op werkdagen in Almere EHBO nodig heb, kan ik altijd direct bij een huisarts terecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Doktersassistentes horen zich niet met EHBO bezig te houden, maar moeten dit altijd overlaten aan de huisarts. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Van een goede EHBO-voorziening kan in Almere geen sprake zijn zolang een eigen Almeers ziekenhuis ontbreekt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. In Almere kan men, behalve bij huisartsen/gezondheidscentra voor EHBO overdag ook terecht bij de polikliniek (=MCA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Als ik in Almere in het weekend of 's nachts EHBO nodig heb, ga ik liever direct naar een ziekenhuis in de buurt dan dat ik op een huisarts wacht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. EHBO is meer een taak voor de huisarts of een gezondheidscentrum dan voor de polikliniek van een ziekenhuis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Tenslotte zouden wij erg graag nog wat algemene gegevens willen hebben van de persoon voor wie dit enquête-formulier bestemd was (= de EHBO-patiënt).

17. Wat is de geboortedatum? (invullen)

geboortedatum:

18. Wat is het geslacht? (aankruisen)

man

vrouw

19. Wat is de postcode van het huisadres en de woonplaats (invullen)

postcode :

woonplaats:

20. Hoe bent U verzekerd tegen ziektekosten (aankruisen)

ziekenfonds

particulier

21. Indien U op dit moment in Almere woonachtig bent, wat was dan Uw vorige woonplaats en in welk jaar bent U in Almere komen wonen? (invullen)

vorige woonplaats:

in Almere komen wonen in: 19 ____

22. In welk gezondheidscentrum (of bij welke huisarts) staat U in Almere als patiënt ingeschreven? (invullen)

mijn huisarts is:

in gezondheidscentrum:

25. Zijn er nog bijzonderheden over Uw EHBO-contact of over de EHBO-voorziening in Almere die nog niet ter sprake zijn gekomen, maar waarvan U het toch belangrijk vindt dat zij worden vermeld, dan kunt U deze hieronder vermelden. U mag eventueel ook de achterkant van dit papier gebruiken.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!!
