

UNIVERSITY OF TWENTE.

**Faculteit Technische
Natuurwetenschappen**

Onderzoek naar de keuzes van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang in de acute zorgketen in Twente en Oost-Achterhoek

Ellen Geuzebroek

s1488732

Fabian Wolsink

s1369253

Dirk Koehorst

s1499882

**Bachelorscriptie Gezondheidswetenschappen
Juli 2017**



Begeleiders:

Dr. C.J.M. Doggen (Universiteit Twente)
A. Lenferink, MSc. (Universiteit Twente)
Dr. J.G.J. Pierik (Acute Zorg Euregio)
Dr. H.M. Den Hertog (Medisch Spectrum Twente)

University of Twente
P.O. Box 217
7500 AE Enschede
The Netherlands

Inhoud

Samenvatting.....	3
Inleiding en achtergrond	4
Onderzoeksopzet	7
Onderzoekspopulatie	7
Dataverzameling en statistische analyse	8
Discussie	17
Sterke punten en beperkingen.....	20
Klinische implicaties en aanbevelingen.....	20
Conclusie	21
Dankwoord	22
Referenties	23
Bijlage I – Zelfregulatie model van Leventhal	26
Bijlage II – Tabel determinanten en toelichting	27
Bijlage III – Leidraad semigestructureerd interview	30
Bijlage IV – Definitieve vragenlijst.....	36
Bijlage V – Transcripten semi-gestructureerde interviews	45

Samenvatting

Achtergrond: Patiënten met een beroerte, Cerebrovasculaire Accident (CVA), dienen zo snel mogelijk de juiste behandeling te krijgen om schade aan de hersenen te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken. Wanneer een patiënt een beroerte krijgt zijn er vier mogelijke keteningen (huisarts (HA), huisartsenpost (HAP), spoedeisende hulp (SEH) en meldkamer ambulancezorg (112)). Wanneer de patiënt kiest voor het bellen 112 is de tijd, tussen het inschakelen van medische hulp en de daadwerkelijke behandeling in het ziekenhuis, het kortst. In dit onderzoek is nagegaan welke determinanten een rol spelen bij de motivatie van de keuze voor een ketening bij patiënten met een beroerte in Twente en Oost-Achterhoek. Door onderzoek te doen naar de determinanten van het keuzeproces wordt er kennis verzameld die gebruikt kan worden bij het ontwikkelen van mogelijke interventies.

Methode: Het onderzoek is kwantitatief en explorerend van aard en heeft plaatsgevonden in de regio Twente en Oost-achterhoek. Patiënten (n=57) met een verdenking op een beroerte zijn geïnccludeerd. Data is verzameld door middel van een vragenlijst, welke eerst door middel van semi-gestructureerde interviews op compleetheid en duidelijkheid is getest. De definitieve versie van de vragenlijst is op de stroke unit van drie verschillende ziekenhuizen uitgezet. In de analyse is de afhankelijke variabele de “keuze voor een bepaalde keteningang” (HA, HAP, SEH, 112) en zijn de onafhankelijke variabelen de “verschillende determinanten”.

Resultaten: In dit onderzoek koos 53% van de patiënten voor contact met de eigen huisarts; 21% voor de HAP en 23% voor 112. 37 patiënten (67%) namen niet zelf telefonisch contact op met de zorgverlener. Van deze 37 patiënten kozen 12 patiënten (32%) voor 112. Wanneer de patiënt wel zelf contact opnam, koos slechts één patiënt voor 112 (6%) ($p=0,00$). 51% van de patiënten zou in de toekomst contact opnemen met de huisartsenzorg. Twee patiënten (7%), die in eerste instantie kozen voor 112, zouden in de toekomst toch de huisarts bellen. Doordeweeks kozen patiënten het vaakst de huisarts als keteningang (63%) ($p=0,01$). Ongeveer de helft van de patiënten (47%) nam contact op met de HAP tijdens de avond, nacht en weekend uren (ANW uren) ($p=0,00$). Van de dertig patiënten die contact opnamen met de huisarts zijn er drie verwezen naar 112. Bij de HAP zijn van de twaalf patiënten vijf (42%) verwezen naar 112.

Conclusie: 74% van de patiënten met een beroerte kiezen om eerst contact op te nemen met de huisartsenzorg (huisarts en HAP). Wanneer er gevraagd wordt naar wat de patiënt in de toekomst in een soortgelijke situatie zou doen, gaf 51% van de patiënten aan contact op te nemen met de huisartsenzorg. De huidige publiekscampagnes zijn gericht op het inschakelen van 112, maar dit gebeurt vooralsnog in slechts 23% van de gevallen. Kennis over een beroerte of een eerdere ervaring hebben met een beroerte, beïnvloeden echter niet de keuze voor een bepaalde keteningang. Binnen de huisartsenzorg wordt er door de huisartsenpost vaker direct doorverwezen (42% ten opzichte van 10%) naar de ambulance dan in de huisartsenpraktijk. Mogelijk worden beroerte klachten beter onderscheiden bij de telefonische triage bij de HAP dan bij de huisarts. De aanbevelingen uit het onderzoek zijn als volgt; voorlichting voor patiënten door huisarts en verpleegkundigen; scholing op gebied van triage; voorlichting voor naasten.

Sleutelwoorden: Cerebrovasculair Accident, keteningang, acute zorgketen, besluitvorming.

Inleiding en achtergrond

Een beroerte, ook wel Cerebrovasculaire Accident (CVA) genoemd, is de verzamelnaam van aandoeningen waarbij er sprake is van een stoornis in de bloedvoorziening van de hersenen [1]. Per jaar worden er 46.000 mensen met een beroerte opgenomen in Nederland. In 2015 zijn er in Nederland 9.673 personen overleden aan de gevolgen van een beroerte [1,3]. Bij ongeveer 80% van de mensen met een beroerte is sprake van een herseninfarct en bij 20% is er sprake van een hersenbloeding [2]. Zowel een herseninfarct als hersenbloeding ontstaat vaak als gevolg van atherosclerose (aderverkalking) [4]. In het geval van een herseninfarct is er sprake van een vernauwing of verstopping van een bloedvat waardoor de bloedtoevoer (tijdelijk) onderbroken wordt. Dit kan komen door onder andere een vernauwing in de halsslagader of stolsels uit een slagader of het hart [4]. Wanneer de symptomen binnen 24 uur verdwijnen, spreekt men van een 'transient ischaemic attack' (TIA) [2]. Een hersenbloeding ontstaat wanneer een vaatwand barst [4].

Een beroerte is te herkennen met behulp van de Face-Arm-Speech-Time Test (FAST-test) (zie figuur 1) [4]. Naast dat de symptomen door de patiënt of omstander herkend moeten worden, dienen de symptomen ook geïnterpreteerd te worden als zijnde een beroerte. Tot slot moet het belang erkend worden om gelijk hulp in te schakelen [11]. Toch blijkt uit de literatuur dat voorkennis van de symptomen niet altijd leidt tot het eerder inschakelen van hulp. Campagnes om bewustzijn te creëren voor het herkennen van de symptomen van een beroerte blijken weinig of geen aanhoudend effect te hebben [7-10].

FAST-test (*Face-Arm-Speech-Time Test*)

Gezicht: vraag de patiënt de tanden te laten zien. Let op of vraag of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.

Arm: vraag de patiënt om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of vraag of een arm wegzakt of rondzwalkt.

Spraak: vraag of er veranderingen zijn in het spreken (onduidelijk spreken of niet meer uit de woorden kunnen komen).

Tijd: vraag hoe laat de klachten zijn begonnen.

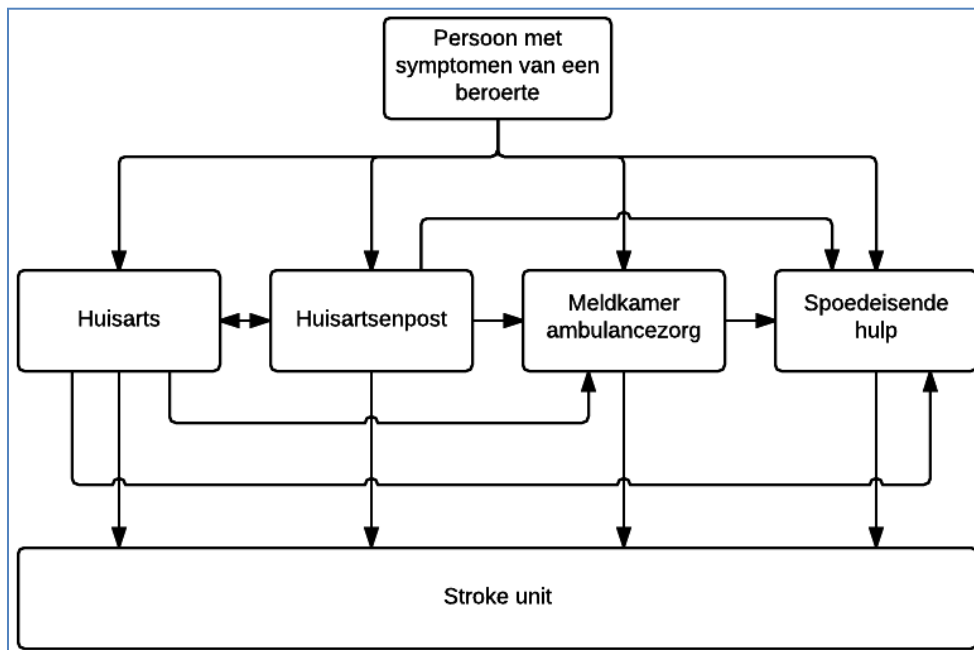
Figuur 1 - FAST-test NHG-standaard beroerte [4].

Het is van belang dat nadat de symptomen van een beroerte herkend worden, zo snel mogelijk wordt gehandeld om eventuele schade te voorkomen of te beperken. Bij een verdenking van een beroerte wordt een CT-scan en/of CT-angiografie (met contrastvloeistof) verricht om te bepalen of er sprake is van een infarct of een bloeding [13]. Intraveneuze trombolyse (IV-trombolyse) met alteplase (recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA)) is de behandeling van eerste keuze bij een infarct. Deze behandeling is alleen effectief binnen 4,5 uur na het ontstaan van de symptomen [5]. Naar schatting komen 15-20% van de patiënten met een infarct in aanmerking voor IV-trombolyse, waarbij minder dan de helft van deze patiënten herstelt [17]. Wanneer het stolsel niet volledig oplost of als de patiënt een contra-indicatie heeft voor IV-trombolyse, dan kan binnen zes uur na het ontstaan van de symptomen geprobeerd worden om met behulp van een katheter een stent retriever op te voeren om het stolsel te verwijderen (mechanische trombectomie) [6].

Uit de CVA benchmark resultaten uit 2015 blijkt dat een Nederlander met een herseninfarct gemiddeld binnen drie uur en een kwartier gezien wordt door een arts, in Twente is dit vier uur en driekwartier (90 minuten later) [16]. In de CVA benchmark komt naar voren dat "de Tukker te laat

naar de dokter gaat”. Daarom is het extra belangrijk dat als de patiënt uit deze regio zich meldt bij de ingang van acute zorgketen men zo snel mogelijk door de keten gaat en op de juiste plek behandeld wordt.

Een patiënt kan via verschillende zorgverleners toegang krijgen tot de CVA zorgketen, namelijk; de huisarts (HA), huisartsenpost (HAP), de meldkamer ambulancezorg (MKA) en de spoedeisende hulp (SEH) (zie figuur 2) [5]. Wanneer een patiënt naar aanleiding van de ervaren klachten contact opneemt met een van de bovengenoemde zorgverleners kiezen zij een ingang van de acute zorgketen. De stroke unit is onderdeel van de zorgketen, maar is geen ingang. Zoals te zien in figuur 2 kunnen zorgverleners de patiënt doorverwijzen naar andere zorgverleners.



Figuur 2 - Acute zorgketen patiënten met een beroerte (gebaseerd op de MICK-studie en ‘Volg uw hart: welke zorg kiest u?’ [5,14]).

De overheid heeft het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) de opdracht gegeven om de acute zorgketens van CVA en acuut coronair syndroom (ACS) te monitoren en te optimaliseren. Hieruit is de ‘Myocard Infarct en CVA Keten (MICK) studie’ ontstaan, met als doel meer inzicht te krijgen in het gebruik en functioneren van de acute zorgketens voor deze patiënten in de regio Twente en Oost-Achterhoek [5]. In de “MICK-studie” is onderzoek gedaan naar de vertraging binnen de zorgketens van beroerte en ACS. Hieruit is gebleken dat de keuze voor een bepaalde keteningang van invloed is op de tijd tot behandeling. Het rechtstreeks contact opnemen met MKA door 112 te bellen leidt tot de kortste tijd tussen eerste contact met zorgverlener en behandeling [5]. Als vervolg op de MICK-studie is er reeds onderzoek gedaan naar de motivatie van patiënten met een ACS voor een bepaalde keteningang [14,15].

Om het keuzeproces van de patiënt uiteen te zetten kan gebruik worden gemaakt van het zelfregulatiemodel van Leventhal. Dit model is ontwikkeld om het keuzeproces van een patiënt te begrijpen wanneer deze te maken krijgt met voor hem of haar onbekende symptomen (bijlage I) [14,18].

Over de motivatie van keuze voor een keteningang bij een beroerte is weinig literatuur beschikbaar. In 2016 is er reeds onderzoek gedaan naar het hulpzoekgedrag van patiënten met een beroerte binnen drie Nederlandse ziekenhuizen [28], specifiek van het moment van het ontstaan van de klachten tot eerste actie om hulp te zoeken. Hieruit bleek dat 54% van de patiënten binnen een uur na ontstaan van klachten actie ondernam. De meesten zochten contact met een familie of vrienden (32%) of een huisarts (31%). Slechts 21% van de patiënten belde 112. Patiënten die een ernstige beroerte hadden en patiënten waar de klachten overdag ontstonden zochten eerder een keteningang. De motivatie van de keuze voor een bepaalde keteningang is echter niet onderzocht.

Tabel 1 - Determinanten die van invloed zijn op de vertraging van patiënten met een beroerte

Determinant	Genoemd in artikel
<i>Socio-demografische determinanten</i>	
· Geslacht	25, 32, 40
· Leeftijd	20-22, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 37, 38
· Sociaal economische status	20, 22, 30, 39
· Eigen risico / zorgverzekering	22, 25
· Etniciteit	30, 32, 39
<i>Beroerte Kenmerken</i>	
· Waargenomen pijnniveau	20-21, 24-27, 29, 32, 33, 35, 39, 40
· Waargenomen ernst	11, 21, 25-27, 29, 31-34, 39, 40
<i>Socio-cognitieve determinanten</i>	
· Eerdere ervaring klachten	20-22, 29, 31, 34, 38, 39
· (Niet) koppelen van klachten aan beroerte	19, 24, 28, 31, 34-37
<i>Omgevingsdeterminanten</i>	
· Af- of aanwezigheid anderen	11, 19, 22, 24, 27, 28, 31, 36, 40
· Woonsituatie	32, 39
· Locatie	24, 30
· Tijdstip	19, 32
<i>Emotionele determinanten</i>	
· Negatieve ervaringen zorg	36
· Aanwezigheid paniek, angst, schaamte	35, 36

Tot dusver is er voornamelijk onderzoek gedaan naar determinanten die van invloed zijn op de vertraging tot de behandeling bij patiënten met een beroerte. In dit onderzoek zal in kaart worden gebracht of de factoren die leiden tot meer of minder vertraging, ook van invloed kunnen zijn op de motivatie van patiënten met een beroerte voor de keuze voor een bepaalde keteningang. Tabel 1 geeft een overzicht van de determinanten die invloed hebben op de vertraging. Een uitgebreide versie van deze tabel met toelichting is te vinden in bijlage II.

Tijdens dit onderzoek zal nagegaan worden welke determinanten een rol spelen bij de motivatie van de keuze voor een keteningang bij patiënten met een beroerte in Twente en Oost-Achterhoek. Door onderzoek te doen naar de determinanten van het keuzeproces wordt er kennis verzameld die gebruikt kan worden bij het ontwikkelen van mogelijke interventies. Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag: ‘Welke determinanten beïnvloeden de keuze van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang in de regio Twente en Oost-Achterhoek?’

Methode

Onderzoeksopzet

Het onderzoek was kwantitatief, explorerend van aard. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de regio Twente en Oost-Achterhoek, waarbinnen drie ziekenhuizen vallen die neurologische zorg bieden; Medisch Spectrum Twente (MST) te Enschede, Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) te Almelo en het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) te Winterswijk. Het onderzoeksvoorstel is voorgelegd aan de Medische Ethische Toetsingscommissie (METC) Twente. Het onderzoek is niet “Wet Medische-wetenschappelijk Onderzoek met mensen” (WMO)-plichtig (kenmerk K17-35).

Aan de hand van bestaande literatuur is nagegaan welke determinanten een mogelijke rol kunnen spelen bij het keuzeproces voor een keteningang van patiënten met een beroerte (tabel 1 en bijlage II). Ook zijn er informele gesprekken geweest met de verpleegkundige specialisten van de deelnemende ziekenhuizen. Met behulp van voorgaand onderzoek naar keuzes bij ACS, literatuur en de informele gesprekken is een concept vragenlijst opgesteld [5, 14, 15]. Vervolgens zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen met patiënten met een beroerte, de interviewleidraad is bijgevoegd als bijlage III.

Het afnemen van de vier semi-gestructureerde interviews had meerdere doeleinden. Ten eerste was doel om na te gaan of de opsomming van de determinanten (tabel 1) compleet was of dat daar nog aanvullingen op waren. Ten tweede is het van belang bij de vragen dat de antwoordmogelijkheden volledig zijn. Dit om het invullen van de vragenlijst zo simpel mogelijk te maken voor de patiënten. Ten derde is het nuttig om enkele vragen uit te zetten bij de patiënten om zo te controleren of deze begrijpelijk geformuleerd zijn. Ten vierde is er bij de interviews gelet of de vragen in logische volgorde stonden. In overleg met de verpleegkundig specialist zijn patiënten, die binnen de inclusiecriteria vallen, op de stroke unit van het MST benaderd om deel te nemen aan het semi-gestructureerde interview. De patiënten zijn op de stroke unit benaderd, zodat het keuzeproces kort geleden heeft plaatsgevonden. Met deze informatie is de definitieve versie van de vragenlijst opgesteld (bijlage IV).

Na het opstellen van de definitieve vragenlijst, is deze uitgezet bij patiënten op de stroke unit van het MST, ZGT en SKB. Gedurende de periode 18 mei tot en met 26 juni 2017 zijn patiënten, die voldeden aan de inclusiecriteria, benaderd voor deelname door de onderzoeker of verpleegkundig specialist. De vragenlijst werd na toelichting van de onderzoeker of verpleegkundig specialist en toestemming van de patiënt ingevuld door de (naaste van) patiënt. Vervolgens kon de vragenlijst afgegeven worden bij de onderzoekers, de verpleegkundig specialist of de verpleegkundige. In ieder ziekenhuis was een plek ingericht voor het verzamelen van de vragenlijsten. Naast de gegevens uit de vragenlijst is er, met toestemming van de patiënt, medische informatie opgevraagd bij de behandelend specialist. De betreffende data staat beschreven bij het onderdeel dataverzameling en statistische analyse.

Onderzoekspopulatie

Zowel bij de semi-gestructureerde interviews als bij het kwantitatief onderzoek, bestond de onderzoekspopulatie uit Nederlands sprekende patiënten met een beroerte, ouder dan 18 jaar, in de regio Twente en Oost-Achterhoek.

Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen bij vier patiënten op de stroke unit van het MST. Voor het afnemen van de vragenlijst zijn 75 opeenvolgende patiënten binnen de inclusiecriteria benaderd op de stroke units in het MST, ZGT of SKB.

Bij het bepalen van de onderzoekspopulatie is geen onderscheid gemaakt in de ernst, duur, frequentie en aard van de klachten. De patiënt of naaste van de patiënt, welke het proces van dichtbij heeft meegemaakt, dient in staat te zijn de vragenlijst in te vullen. Wilsonbekwame patiënten zijn uitgesloten van het onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn patiënten met ernstige psychische aandoeningen, verstandelijke beperkingen en geheugenstoornissen. Deze patiënten hebben mogelijk geen bewuste keuze voor een keteningang van de acute zorg gemaakt. Of een patiënt wilsonbekwaam was, werd bepaald door de verpleegkundig specialist.

Dataverzameling en statistische analyse

Nadat de patiënt schriftelijke toestemming gaf om deel te nemen aan het onderzoek, is het interview gestart en het gesprek opgenomen. Tijdens het interview waren twee onderzoekers aanwezig, waarbij één de vragen stelde en de ander zo nauwkeurig mogelijk heeft genotuleerd. Vervolgens heeft de derde onderzoeker het gesprek getranscribeerd. Dit om te voorkomen dat de twee onderzoekers, die aanwezig waren bij het interview, een verkeerde interpretatie gaven aan bepaalde antwoorden. De transcripten van de semi-gestructureerde interviews zijn samengevat. Aan de hand hiervan zijn aanpassingen gedaan aan de conceptvragenlijst. Een overzicht van deze aanpassing staat weergegeven in tabel 2 onder resultaten. De uitgewerkte transcripten van het interview zijn te vinden in bijlage V.

Tabel 2 - Aanpassingen vragenlijst naar aanleiding van semi-gestructureerde interviews

Vraag Concept	Vraag Definitief	Aanpassingen
3	29	Vraag naar einde vragenlijst verplaatst. Antwoordmogelijkheden aangepast op leeftijd onderzoekspopulatie
4	30, 31	Antwoordmogelijkheden toegevoegd en naar einde vragenlijst verplaatst. Vraag 31: Zijn uw ouders in hetzelfde land als uzelf geboren? Met opties: 'Ja' en 'Nee, namelijk:'.
5,6	3,4	Verwoording van antwoordmogelijkheden zoals: verlamming en doof gevoel. Antwoordmogelijkheden gesplitst zoals: problemen met zicht
8	6	Tekst: 'Kruis het cijfer 0 aan wanneer u géén pijn had' toegevoegd aangezien 'Hoofdpijn' een antwoordmogelijkheid is bij vraag 3 en 4.
9, 10,11	7, 8, 9, 10	Vraag 7 en 8 zijn geformuleerd om de kennis en herkenning uit e vragen. Vraag 9 en 10 zijn samengevoegd tot één vraag
12, 13		Verwijderd, deze vragen zijn niet van toepassing bij een beroerte.
14	11	Ongewijzigd: vraagstelling duidelijk bij respondenten.
15, 17	12, 14	Antwoordmogelijkheden 'Partner en familie' samengevoegd tot één optie Antwoordmogelijkheden 'Kennis of vriend' en 'Collega' samengevoegd tot optie 'Bekende'. 'Buurman of buurvrouw' toegevoegd aan optie 'Bekende'.
18	15	Antwoordmogelijkheid 'Onderweg' herformuleert tot 'In het verkeer / openbaar vervoer'.
23		Vraag samengevoegd met vraag 18. Wanneer er geen telefonisch contact is geweest maar de patiënt met eigen vervoer is gegaan, dienen zij 'Geen, ik ben met eigen vervoer naar de volgende zorgverlener gegaan' in te vullen.
25	22	Herformulering: 'Hebben mogelijke kosten (bijv. aanspraak op eigen risico) invloed gehad op uw keuze voor een bepaalde zorgverlener?'

29	26	Stelling: 'Ik had verwacht dat ik dezelfde dag nog opgenomen zou worden in het ziekenhuis.' toegevoegd. Stelling 29.2 en 29.3 samengevoegd tot één.
30, 31	27	Stellingen over angst en paniek samengevoegd tot één stelling.
32	20	Vraag verplaatst achter: 'Welke zorgverlener heeft u als eerste gezien?'
33	28	Herformulering: 'Mocht u in de toekomst soortgelijke klachten krijgen, wat zou u dan doen?'

Naast de resultaten van de vragenlijst werd ook medische informatie, met toestemming van de patiënt, opgevraagd uit de ziekenhuisregistratie van de deelnemende ziekenhuizen. Het verschilt per ziekenhuis welke data verzameld wordt in de ziekenhuisregistratie (zie tabel 3). De National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) is een meetinstrument die de beperkingen meet, die door een beroerte worden veroorzaakt [43]. In het SKB en ZGT worden deze scores slechts bij enkele patiënten bepaald, waardoor deze niet beschikbaar waren voor de analyse.

Tabel 3 - Gegevens verkregen uit ziekenhuisregistratie per ziekenhuis

Gegevens	MST	SKB	ZGT
Geslacht	X	X	X
Leeftijd	X	X	X
Diagnose	X	X	X
NIHSS	X	-	-

De ingevulde vragenlijsten zijn gecontroleerd op volledigheid. Wanneer een vragenlijst niet volledig is ingevuld zijn de niet-ingevulde vragen als missing beschouwd en de ingevulde vragen meegenomen in de analyse. De verkregen data uit de vragenlijsten is vervolgens geanalyseerd. Om te beginnen is er met de verkregen data een beschrijvende analyse uitgevoerd, zodat de belangrijkste kenmerken van de onderzoekspopulatie konden worden geïnterpreteerd en samengevat.

Er zijn zowel continue als categorische variabelen aanwezig. De continue variabelen, zoals leeftijd, worden gepresenteerd aan de hand van de gemiddelden en standaarddeviaties. De categorische variabelen, zoals geslacht, worden gepresenteerd met behulp van frequenties en percentages. Naast de beschrijvende analyse zijn de resultaten ook univariaat getoetst, om te bepalen of de variabelen significant van invloed zijn op de keuze voor een keteningang. De continue variabelen zijn getoetst met behulp van ANOVA. De categorische variabelen, waarbij er geen lege cellen (zero cells) in resultaten aanwezig waren, zijn getoetst met behulp van de Chi-kwadraat toets. Bij de categorische variabelen waar er wel zero cells aanwezig waren is er gekozen voor de Fisher-Freeman-Halton test. Voor de analyse is een significantieniveau van $p \leq 0,05$ toegepast. In de analyse is de afhankelijke variabele de "keuze voor een bepaalde keteningang" (HA, HAP, MKA) en zijn de onafhankelijke variabelen de "verschillende determinanten". De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS Statistics 22.

Resultaten

In totaal zijn er 75 patiënten benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan hebben 57 patiënten (76%) de vragenlijst ingevuld en ingeleverd bij de onderzoeker, verpleegkundig specialist of verpleegkundige. Er werden verschillende redenen aangegeven waarom patiënten de vragenlijst niet ingevuld hebben, zoals hevige vermoeidheid, concentratieproblemen of geen interesse

Tabel 4 - Patiëntenkarakteristieken (N=57)

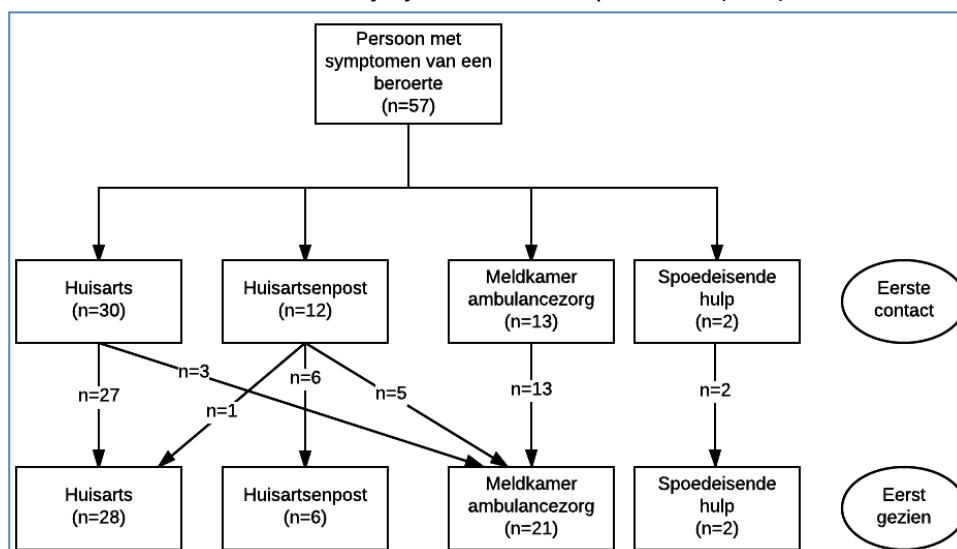
	N (%)
Leeftijd	
Gemiddelde (SD)	67 (13)
Geslacht	
Man	33 (58)
Vrouw	24 (42)
Opleidingsniveau^A	
Laag	22 (39)
Gemiddeld	32 (56)
Hoog	4 (7)
Diagnose^B	
Bloeding	2 (4)
Infarct	40 (70)
TIA	6 (11)
Anders	4 (7)
Etniciteit	
Nederlands	55 (96)
Anders	2 (4)
Woongebied^C	
Stedelijk	28 (49)
Ruraal	26 (46)
Ziekenhuis	
MST (Enschede)	26 (46)
ZGT (Almelo)	18 (32)
SKB (Winterswijk)	13 (23)
Eerste contact zorgverlener	
Eigen huisarts	30 (53)
HAP	12 (21)
SEH	2 (4)
Meldkamer 112 (MKA)	13 (23)

^A Laag = geen opleiding; basisonderwijs; lager beroepsonderwijs.
 | Gemiddeld = middelbaar beroepsonderwijs; voorgezet
 onderwijs. | Hoog = HBO; WO. | ^B 5 missing. | ^C 3 missing.

Tabel 4 geeft een overzicht van de patiënten karakteristieken (n=57). Van de onderzoekspopulatie waren 33 van het mannelijk geslacht (58%). De gemiddelde leeftijd van de populatie was 67 jaar (SD 13) en de helft uit een stedelijke omgeving. Een grote meerderheid van 55 patiënten waren van Nederlandse afkomst (96%). De meerderheid van de patiënten heeft allereerst telefonisch contact opgenomen met de eigen huisarts (53%). Twaalf van de patiënten (21%) koos voor de HAP en dertien van de patiënten (23%) voor het bellen met 112. Tot slot kozen twee patiënten voor de SEH (4%). De keteningang SEH is in de verdere analyse niet meegenomen.

Figuur 3 geeft een overzicht van hoe de patiënten zijn doorverwezen. Hierbij is het eerste contact met een zorgverlener en het eerste fysieke contact in acht genomen. Er is te zien dat dertig patiënten eerst telefonische contact hebben gehad met de huisarts, hiervan hebben 27 de huisarts

ook als eerste gezien. Drie patiënten (10%) zijn doorgestuurd naar de ambulancedienst. Na het eerste contact met de HAP is bij vijf van de twaalf patiënten (42%) de ambulancedienst ingeschakeld.



Figuur 3 - Doorstroomschema patiënten met een beroerte (n=57)

Socio-demografische determinanten

Tabel 5 laat het verband tussen de socio-demografische determinanten en keuze voor de keteningang zien. Patiënten die het eerste contact hadden met de HAP waren gemiddeld jonger dan de andere keteningangen (63 jaar SD 15). Laagopgeleide patiënten kiezen voor de huisarts (80%), waar patiënten met een gemiddeld opleidingsniveau voor de HAP of 112 kozen (respectievelijk 29% en 26%). Een klein gedeelte van de onderzoekspopulatie was hoogopgeleid (7%).

Een groot deel van de patiënten (84%) heeft aangegeven dat mogelijke kosten van de zorg niet hebben meegespeeld in de keuze voor een keteningang, bij slechts drie patiënten (5%) speelde de mogelijke kosten wel mee. Dit heeft echter geen verband met een keuze voor een bepaalde keteningang.

Tabel 5 - Socio-demografische determinanten per keteningang

		Rijttotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
Leeftijd, gem. (SD)						0,55
			68 (12)	63 (15)	68 (14)	
Geslacht						0,40
	Man	32 (58)	15 (47)	8 (25)	9 (28)	
	Vrouw	23 (42)	15 (65)	4 (17)	4 (17)	
Etniciteit						0,44
	Nederlands	53 (96)	29 (55)	11 (21)	13 (25)	
	Anders	2 (4)	1 (50)	1 (50)	-	
Opleidingsniveau						0,48
	Laag	19 (35)	13 (68)	3 (16)	3 (16)	
	Gemiddeld	31 (56)	14 (45)	9 (29)	8 (26)	
	Hoog	4 (7)	2 (50)	-	2 (50)	
Invloed kosten zorg						0,70
	Wel	3 (5)	2 (67)	-	1 (33)	
	Niet	46 (84)	26 (57)	10 (22)	10 (22)	
	Weet ik niet	6 (11)	2 (33)	2 (33)	2 (33)	

Klinische kenmerken

Tabel 6 laat zien dat 42 van de patiënten (77%) FAST klachten heeft ervaren. Hiervan hadden twaalf patiënten (22%) enkel last van FAST klachten en dertig patiënten (55%) hadden last van zowel FAST als geen FAST klachten (in tabel benoemd als beiden). Pijn werd door 27 patiënten (49%) ervaren. De aanwezigheid van FAST klachten en het ervaren pijnniveau van de patiënt laten geen significante invloed zien. Een groot gedeelte van de patiënten zagen de ernst in van hun klachten (60%). Van de patiënten die hun klachten ernstig vonden, hadden tien patiënten (30%) met 112 gebeld. Opvallend is dat als er door de patiënten een hevige pijn (NRS 7-10) werd ervaren, dit niet heeft geleid tot het inschakelen van 112, negen patiënten (64%) namen alsnog contact op met de huisartsenzorg.

Er is te zien dat bij veertig patiënten sprake was van een infarct (73%), slechts twee patiënten hadden een hersenbloeding (4%). Patiënten die het eerste contact hadden met de 112 hadden gemiddeld de hoogste NIHSS (3 SD 1), wat inhoudt dat de patiënten die met 112 contact opnamen gemiddeld gezien de meest zware beroerte hadden.

Tabel 6 - Klinische determinanten per keteningang

	Rijttotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
Soort klachten					0,49
Enkel FAST	12 (22)	4 (33)	4 (33)	4 (33)	
Geen FAST	13 (24)	9 (69)	2 (15)	2 (15)	
Beiden ^A	30 (55)	17 (57)	6 (20)	7 (23)	
Pijnniveau ^B					0,76
Geen pijn	28 (51)	16 (57)	7 (25)	5 (18)	
Milde/matige pijn	13 (24)	7 (54)	3 (23)	3 (23)	
Hevige pijn	14 (25)	7 (50)	2 (14)	5 (36)	
Ernst klachten ^C					0,51
Niet ernstig	7 (13)	4 (57)	2 (29)	1 (14)	
Matig	13 (24)	8 (62)	4 (31)	1 (8)	
Ernstig	33 (60)	17 (52)	6 (18)	10 (30)	
Diagnose ^D					
Bloeding	2 (4)	1 (50)	-	1 (50)	0,99
Infarct	40 (73)	21 (53)	10 (25)	9 (23)	
TIA	6 (11)	4 (67)	1 (17)	1 (17)	
Anders	4 (7)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	
NIHSS gem. (SD) ^E					0,37
		2 (1)	2 (2)	3 (1)	

^A Zowel FAST-klachten als geen FAST-klachten aanwezig. | ^B Geen pijn = NRS 0, Milde/matige pijn = NRS 1 - 6, Hevige pijn = NRS 7 - 10. | ^C 2 missing. | ^D 3 missing. | ^E 31 missing. Enkel de beschikbare scores van het MST zijn meegenomen.

Socio-cognitieve determinanten

Tabel 7 laat zien dat dertig van de patiënten (55%) van tevoren wist wat een beroerte was. Acht patiënten (27%) met kennis van een beroerte hadden 112 gebeld ten opzichte van twee patiënten (17%) zonder kennis over een beroerte. Vier van de twaalf patiënten (33%) die 112 hebben gebeld, wist niet wat een beroerte was. Ook of een patiënt op voorhand wist welke klachten passen bij een beroerte was niet van invloed op de keuze voor een keteningang. Wat opvalt, is dat 35 patiënten (64%) aangaven kennis te hebben over de klachten die bij een beroerte passen, terwijl dertig patiënten (55%) weten wat een beroerte is.

Een groot gedeelte van de patiënten (67%) heeft een eerdere ervaring gehad met een beroerte (de patiënt zelf of iemand uit de omgeving). Ondanks de eerdere ervaring was deze groep niet sneller geneigd om 112 te bellen. Patiënten die aan gaven dat de eerdere ervaring invloed op het herkennen van een beroerte had, waren ook niet sneller geneigd om 112 te bellen. De resultaten van de stelling 'Klachten waren niet erg genoeg om 112 te bellen' waren van invloed op de keuze voor een keteningang.

Tabel 7 - Socio-cognitieve determinanten per keteningang (kennis, herkenning en interpretatie)

		Rijdtotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
Kennis beroerte^A						0,60
	Ja	30 (55)	15 (50)	7 (23)	8 (27)	
	Nee	24 (44)	15 (63)	5 (21)	4 (17)	
Kennis klachten beroerte^B						0,73
	Ja	35 (64)	18 (51)	9 (26)	8 (23)	
	Nee	18 (33)	11 (61)	3 (17)	4 (22)	
Eerdere ervaring beroerte^A						0,92
	Ja	37 (67)	21 (57)	9 (24)	7 (19)	
	Nee	14 (25)	7 (50)	3 (21)	4 (29)	
	Weet ik niet	3 (5)	2 (67)	-	1 (33)	
Eerdere ervaring invloed op herkennen^C						0,17
	Ja	19 (35)	7 (37)	7 (37)	5 (26)	
	Nee	13 (24)	10 (77)	1 (8)	2 (15)	
	Weet ik niet	4 (7)	3 (75)	1 (25)	-	
Ernst klachten van invloed op keuze^D						0,06
	Oneens	9 (16)	4 (44)	4 (44)	1 (11)	
	Neutraal	5 (9)	2 (40)	3 (60)	-	
	Eens	38 (69)	22 (58)	5 (13)	11 (29)	
Klachten niet erg genoeg voor 112^E						0,05
	Oneens	16 (29)	5 (31)	4 (25)	7 (44)	
	Neutraal	10 (18)	3 (30)	4 (40)	3 (30)	
	Eens	25 (45)	20 (80)	4 (16)	1 (4)	

^A Missing: 1. | ^B Missing: 2. | ^C Missing: 19. Patiënten die geen eerdere ervaring hebben gehad diende deze vraag niet te beantwoorden. | ^D Missing: 3. | ^E Missing: 4.

Tabel 8 laat de overtuigingen van de patiënten zien. De stelling 'Ik bel het liefst eerst eigen huisarts' is significant van invloed op de keuze voor een keteningang, 25 van de patiënten (66%) die het eens waren met deze stelling belden ook daadwerkelijk de huisarts. Bij de stelling 'Ik wil de zorgverleners niet belasten' gaf de helft van de patiënten (51%) aan het hier niet mee eens te zijn. Patiënten die het met de stelling oneens zijn kiezen in 21% van de gevallen voor het bellen met 112. Twintig patiënten (36%) had verwacht dat hij/zij opgenomen zou worden in het ziekenhuis de dag dat contact opgenomen werd. Deze factor is van invloed op de keuze voor een bepaalde keteningang en op de grens van de statistische significantie ($p=0,13$).

Tabel 8 - Socio-cognitieve determinanten per keteningang (overtuigingen)

	Rijdtotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
--	---------------------------------------	---	--------------------------------	--------------------------------	----------------------

Bel liefst eerst eigen huisarts					0,03
	Oneens	8 (15)	2 (25)	1 (13)	5 (63)
	Neutraal	9 (16)	3 (33)	3 (33)	3 (33)
	Eens	38 (69)	25 (66)	8 (21)	5 (13)
Wil zorgverleners niet belasten ^A					0,66
	Oneens	28 (51)	16 (57)	6 (21)	6 (21)
	Neutraal	14 (25)	9 (64)	2 (14)	3 (21)
	Eens	11 (20)	4 (36)	4 (36)	3 (27)
Zelfde dag opgenomen (verwachting) ^B					0,13
	Oneens	19 (35)	14 (74)	3 (16)	2 (11)
	Neutraal	10 (18)	5 (50)	4 (40)	1 (10)
	Eens	20 (36)	8 (40)	5 (25)	7 (35)

^A Missing 2. | ^B Missing 6.

Omgevingsdeterminanten

In tabel 9 zijn de omgevingsdeterminanten weergegeven. Het woongebied was van invloed op de keuze voor een keteningang (grenssignificantie). Stedelijk wonende patiënten kozen vaker voor het bellen met de HAP (33%). Acht landelijk wonende patiënten kozen om te bellen met 112 (32%).

In tabel 9 is ook te zien dat doordeweeks de patiënten het meest kozen voor het contact opnemen met de eigen huisarts (63%). Het tijdstip van het contact opnemen met een zorgverlener bleek significant van invloed op de keuze voor een keteningang. De helft van de patiënten nam contact op met de HAP tijdens de avond, nacht en weekend uren (ANW uren).

Tabel 9 - Omgevingsdeterminanten per keteningang

		Rijdtotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
Woongebied ^A						0,07
	Stedelijk	27 (49)	13 (48)	9 (33)	5 (19)	
	Landelijk	25 (46)	15 (60)	2 (8)	8 (32)	
Aanwezigheid anderen ^B						0,60
	Niemand	4 (7)	3 (75)	-	1 (25)	
	Partner/familie	41 (75)	23 (56)	9 (22)	9 (22)	
	Bekende	6 (11)	2 (33)	1 (17)	3 (50)	
	Onbekende	-	-	-	-	
Locatie ^C						0,61
	Thuis	44 (80)	23 (52)	11 (25)	10 (23)	
	Anders	9 (16)	5 (56)	1 (11)	3 (33)	
Dag van de week ^{C,D}						0,01
	Doordeweeks	43 (78)	27 (63)	7 (16)	9 (21)	
	Weekend	10 (18)	1 (10)	5 (50)	4 (40)	
Tijdstip ^{C,E}						0,00
	Niet ANW uren	36 (65)	27 (75)	4 (11)	5 (14)	
	ANW uren	17 (31)	1 (6)	8 (47)	8 (47)	

^A Missing 3. | ^B Missing 4. | ^C Missing 2. | ^D Doordeweeks = maandag t/m vrijdag en weekend = zaterdag en zondag | ^E Avond nacht weekend uren (ANW uren) = 17:00-08:00

Keuze proces

Tabel 10 laat het keuzeproces van de patiënt zien per keteningang. Opvallend is dat 37 patiënten (67%) niet zelf telefonisch contact opnam met de zorgverlener. Deze factor is significant van invloed op de keuze. Van de patiënten die zelf contact opnamen met een zorgverlener, kozen zestien patiënten (94%) om te bellen met de huisarts. Geen enkele patiënt nam zelf contact op met de HAP en één patiënt met 112 (6%).

De helft van de patiënten (51%) zou in de toekomst dezelfde actie ondernemen in een soortgelijke situatie. Twee patiënten (7%), die in eerste instantie gekozen hebben voor het bellen met 112, zouden in de toekomst toch de huisarts bellen.

Tabel 10 - keuzeproces patiënten per keteningang

		Rijdtotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
Zelf telefonisch contact ^A						0,00
	Ja	17 (31)	16 (94)	-	1 (6)	
	Nee	37 (67)	13 (35)	12 (32)	12 (32)	
Wie nam contact op ^B						0,81
	Partner/familie	28 (51)	11 (39)	10 (36)	7 (25)	
	Bekende	7 (13)	2 (29)	2 (29)	3 (43)	
	Onbekende / Anders	2 (4)	1 (50)	-	1 (50)	
Bereikbaarheid ^A						0,46
	Meteen	36 (65)	16 (44)	10 (28)	10 (28)	
	Binnen 2 uur	13 (24)	9 (69)	2 (15)	2 (15)	
	Dezelfde dag	4 (7)	4 (100)	-	-	
	Dezelfde week	1 (2)	1 (100)	-	-	
Actie patiënt in toekomst ^A						0,08
	Contact eigen huisarts/HAP	28 (51)	18 (64)	8 (29)	2 (7)	
	112 bellen	23 (42)	11 (48)	3 (13)	9 (39)	
	Zelf naar HAP/SEH of anders	3 (5)	1 (33)	1 (33)	1 (33)	

^A Missing: 1. | ^B Missing: 18. Patiënten zelf gebeld hadden diende deze vraag niet te beantwoorden.

Emotionele determinanten

Tabel 11 laat zien dat vijftien patiënten (27%) het vervelend zouden vinden als er een ambulance in de straat staat. Hiervan kozen drie patiënten (20%) om wel te bellen met 112. Een groot gedeelte van de patiënten was niet bang en/of paniekerig toen er hulp ingeschakeld werd (60%). Van de patiënten die wel bang en/of paniekerig waren ten tijde van het contact hadden vijf patiënten (42%) gekozen om te bellen met 112. De factor angst en paniek is van invloed op de keuze van de patiënt voor een bepaalde keteningang en ligt op de grens van significantie ($p=0,08$). Een grote meerderheid (76%) gaf aan geen schaamte te hebben ten tijde van contact met een zorgverlener. De factor schaamte om zorg te vragen is ook significant van invloed op de keuze voor een bepaalde keteningang ($p=0,01$).

Een eerdere ervaring met 112, HAP en huisarts waren van invloed op de keuze voor een keteningang. Hierbij zijn de factoren eerdere ervaring met HAP en huisarts significant ($p \leq 0,05$). De factor eerdere ervaring met 112 is niet significant van invloed op de keuze voor een bepaalde keteningang, maar ligt op de grens van de statistische significantie ($p=0,07$).

Tabel 11 - Emotionele determinanten per keteningang

		Rijdtotaal (N=55) N(%)	Eigen Huisarts (N=30) N(%)	HAP (N=12) N(%)	112 (N=13) N(%)	P (sign.)
Vervelend als ambulance in de straat staat voor mij ^A						0,72
	Oneens	26 (47)	15 (58)	4 (15)	7 (27)	
	Neutraal	12 (22)	7 (58)	3 (25)	2 (17)	
	Eens	15 (27)	7 (47)	5 (33)	3 (20)	
Ik was bang/paniekerig toen ik contact opnam met de zorgverlener ^B						0,08
	Oneens	33 (60)	22 (67)	5 (15)	6 (18)	
	Neutraal	8 (15)	3 (38)	4 (50)	1 (13)	
	Eens	12 (22)	4 (33)	3 (25)	5 (42)	
Ik schaamde mij om zorg te vragen ^A						0,01
	Oneens	42 (76)	26 (62)	6 (14)	10 (24)	
	Neutraal	6 (11)	3 (50)	3 (50)	-	
	Eens	5 (9)	-	3 (60)	2 (40)	
Mijn angst/paniek had invloed op de keuze voor een zorgverlener ^A						0,17
	Oneens	39 (71)	24 (62)	9 (23)	6 (15)	
	Neutraal	7 (13)	3 (43)	2 (29)	2 (29)	
	Eens	7 (13)	2 (29)	1 (14)	4 (57)	
Mijn schaamte had invloed op de keuze voor een zorgverlener ^A						0,01
	Oneens	48 (87)	29 (60)	8 (17)	11 (23)	
	Neutraal	4 (7)	-	3 (75)	1 (25)	
	Eens	1 (2)	-	1 (100)	-	
Ervaring Huisarts						0,02
	Negatief	1 (2)	1 (100)	-	-	
	Neutraal	8 (15)	1 (13)	2 (25)	5 (63)	
	Positief	46 (84)	28 (61)	10 (22)	8 (17)	
	N.v.t	-	-	-	-	
Ervaring HAP						0,00
	Negatief	1 (2)	-	-	1 (100)	
	Neutraal	7 (13)	1 (14)	2 (29)	4 (57)	
	Positief	33 (60)	21 (64)	10 (30)	2 (6)	
	N.v.t	14 (25)	8 (57)	-	6 (43)	
Ervaring 112						0,07
	Negatief	-	-	-	-	
	Neutraal	6 (11)	3 (50)	1 (17)	2 (33)	
	Positief	24 (44)	9 (38)	6 (25)	9 (38)	
	N.v.t	25 (45)	18 (72)	5 (20)	2 (8)	

^A Missing 2. | ^B Missing 1.

Discussie

Dit is de eerste studie waarin onderzoek is gedaan naar de determinanten die van invloed zijn op de keuze van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang in Nederland. Eerder onderzoek in de acute CVA-keten was gericht op de factoren die meer of minder vertraging veroorzaken bij patiënten met een beroerte. In dit onderzoek is gekeken of deze factoren, en factoren uit eerder onderzoek naar keuzes in de acute zorg, ook een rol spelen bij de keuze van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang.

In dit onderzoek kozen dertig van de patiënten voor contact met de eigen huisarts (53%), twaalf patiënten voor de HAP (21%) en dertien patiënten voor het alarmnummer 112 (23%). In 31% van de gevallen nam de patiënt zelf contact op met een zorgverlener. Uit de resultaten is gebleken dat de volgende factoren van invloed zijn op de keuze van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang in de regio Twente en Oost-Achterhoek: socio-cognitieve determinanten (klachten niet erg genoeg om 112 te bellen en bel liefst eerst eigen huisarts), omgevingsdeterminanten (dag van de week en tijdstip), determinant rond keuzeproces (zelf telefonisch contact opnemen) en de emotionele determinanten (ik schaamde mij om zorg te vragen, mijn schaamte had invloed op de keuze, ervaring huisarts en ervaring HAP).

Patiënt karakteristieken

Van de 57 patiënten was 58% man. Dit is vergelijkbaar met de landelijke prevalentie van beroerte naar geslacht (RIVM) en vergelijkbaar met cijfers uit eerdere Nederlandse studies beroertes [1, 5, 28]. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 67 jaar en ook dit is vergelijkbaar met eerdere bevindingen [5, 28]. De bovenstaande literatuur in acht nemend, kan gesproken worden van een representatieve onderzoekspopulatie.

In dit onderzoek kozen 42 patiënten (74%) voor de huisartsenzorg waarvan 53% voor de huisarts en 21% voor de HAP. De keuzes van de patiënten voor de keteningang komen overeen met de MICK- studie die enkele jaren geleden in Twente en Oost-Achterhoek heeft plaatsgevonden. Destijds koos 72% voor de huisartsenzorg (huisarts of HAP) [5]. Uit onderzoek in Noord-Nederland bleek dat gemiddeld 53% van de patiënten kozen voor de eigen huisarts, wat overeenkomt met deze studie [45].

Socio-demografisch determinanten

Patiënten met de hoogste gemiddelde leeftijd namen contact op met de huisarts of 112 (68 jaar). Een verklaring dat ouderen ervoor kiezen om met de huisarts contact op te nemen kan zijn, dat de huisarts van oudsher de vertrouwenspersoon was van patiënten en hun familie. De huisarts kende de gezinssituatie, voorgeschiedenis en was aanspreekpunt voor hulp- en zorgvragen. Uit de literatuur kwam naar voren dat patiënten op oudere leeftijd meer vertraging hebben [21, 26, 30, 33, 37, 38]. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek leeftijd geen factor te zijn die de keuze voor een keteningang beïnvloedde.

Bij de MICK expertgroep en tijdens informele gesprekken met professionals heeft het ter discussie gestaan of de mogelijke kosten van de zorg van invloed is op de keuze voor een keteningang [5]. Een grote meerderheid van de patiënten (84%) gaf aan niet stil te hebben gestaan bij de kosten ten tijde van het contact opnemen. Een relatie met een keuze voor een bepaalde keteningang is dus niet gevonden.

Klinische kenmerken

Een groot gedeelte van de patiënten (69%) vond de klachten vóór contact met een zorgverlener ernstig of heel ernstig. Hoewel deze patiënten hun klachten als ernstig ervoeren, koos 58% van de patiënten ervoor om met de huisarts te bellen. Op basis van de literatuur zou de waargenomen ernst een mogelijke factor kunnen zijn die van invloed is op de keuze van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang; een patiënt met een ernstige beroerte zou vaker via 112 de keten ingaan [11, 21, 25-27, 29, 31-34, 39, 40]. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er geen verband is tussen de waargenomen ernst van de klachten en de keuze voor een keteningang ($p=0,49$). Van een

subpopulatie was de NIHSS bekend, deze score geeft een goed beeld van de daadwerkelijke ernst van de beroerte. De patiënten die kozen voor bellen met 112, hadden de hoogste gemiddelde NIHSS (3), ten opzichte van de gemiddelde NIHSS (2) van de patiënten die voor de huisarts of HAP kozen.

Hoewel 69% van de patiënten hun klachten ernstig vond was het opvallend dat maar 36% van alle patiënten verwacht had dat zij dezelfde dag opgenomen zouden worden in het ziekenhuis. Het is mogelijk dat de ernst verkeerd is ingeschat door degene die contact opnam met de zorgverlener. Dit blijkt ook uit een eerder onderzoek (n=202), waar 59% van de patiënten met een beroerte onderschat hoe ernstig de beroerte kenmerken waren [44]. Een verklaring voor het onderschatten van de situatie kan zijn dat patiënten pas beseften hoe ernstig de situatie was toen ze op de stroke unit lagen. Deze veronderstelling kwam terug uit de data van de semi-gestructureerde interviews waarin een patiënt zei: 'Eigenlijk is het best wel erg, maar ik voelde het niet als heel erg.'

In de informele gesprekken met professionals werd gesproken over dat patiënten met een beroerte geen pijn ervaren op het moment dat de klachten beginnen. De literatuur stelt daarentegen dat het ondervinden van hevige pijn bij een beroerte minder vertraging tot gevolg heeft [39]. Hoewel de mate van pijn in dit onderzoek niet van invloed was op de keuze voor een keteningang, was het opvallend te zien dat de helft van patiënten pijn ervoer op het moment dat de klachten begonnen.

In eerste instantie was de verwachting dat patiënten met FAST klachten geneigd zouden zijn om 112 te bellen. Met behulp van landelijke campagnes wordt getracht mensen bewust te maken van de typerende klachten van een beroerte. Uit de gevonden literatuur blijkt dat landelijke campagnes, op het gebied van een beroerte, weinig effect hebben [46,47]. Dit komt overeen met de resultaten van dit onderzoek. In de resultaten was te zien dat patiënten met enkel FAST klachten meer verdeeld waren over de keteningangen (huisarts 33%) dan de patiënten die geen FAST klachten ondervonden (huisarts 69%). Opvallend was dat patiënten die FAST klachten hadden in combinatie met andere klachten voornamelijk ook de huisarts kozen (57%). Het hebben van zowel FAST als geen FAST klachten zou van invloed kunnen zijn op het in mindere mate herkennen van de FAST klachten.

Daarnaast werd verwacht dat de patiënten met FAST klachten minder vaak gezien zouden worden bij de huisarts. Dit omdat verwacht werd dat de FAST klachten tijdens de telefonische triage herkend zouden worden als zijnde een beroerte. Van de dertig patiënten die telefonisch contact zochten met de eigen huisarts, zijn slechts drie patiënten door de huisarts direct doorverwezen naar de ambulancedienst (10%). Bij de HAP was te zien dat aanzienlijk meer patiënten na telefonische triage verwezen werden naar 112 (42%).

Socio-cognitief

De literatuur stelt dat kennis van een beroerte, dan wel van de klachten of eerdere ervaringen met een beroerte, leidt tot minder vertraging [19, 20, 21, 22, 24, 28, 29, 31, 34-38]. Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat deze factoren niet van invloed waren op de keuze voor een bepaalde keteningang. Opvallend was dat 35 patiënten (65%) op de hoogte waren van de klachten van een beroerte, terwijl slechts 30 patiënten (55%) op voorhand wisten wat een beroerte was. Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze patiënten in het verleden informatie hebben verkregen over de FAST klachten van een beroerte, door bijvoorbeeld de landelijke campagne, maar niet wisten wat de verdere kenmerken van een beroerte waren.

Van de patiënten die aangegeven hebben dat een eerdere ervaring, bij de patiënt zelf of in de omgeving, geen invloed had op de herkenning van een beroerte koos 77% om contact op te nemen met de huisarts. Het blijkt dus dat men, ondanks de eerdere ervaring, geen juist besef heeft van de urgentie van de situatie. Mogelijk kende de eerdere ervaring met de zorgverlener een goede uitkomst, waardoor de patiënt eenzelfde keuze heeft gemaakt. Door de eerdere ervaring met een beroerte vergaren patiënten kennis over de aandoening, dit garandeert echter niet dat deze kennis resulteert in de juiste herkenning en interpretatie [28].

Keuzeproces

Het tijdstip en de dag van de week waren significant van invloed op de keuze voor een keteningang. Dit is in overeenstemming met de gevonden literatuur waar gesteld wordt dat het tijdstip invloed

heeft op de vertraging [19, 32]. De HAP is bereikbaar tijdens Avond Nacht Weekend uren (ANW uren) en wisselt daarmee de huisartsen in de dagpraktijk af. Hierdoor kan een patiënt geen contact opnemen met de huisarts tijdens ANW uren. Om deze reden is het mogelijk dat de patiënten die voor de HAP kozen geen bewuste keuze hebben gemaakt, maar door de structuur van de zorg genoodzaakt waren om deze keteningang te kiezen.

De huisarts is tijdens niet-ANW uren geopend, wat gelijk staat aan 45 uur van de 168 uur per week (27%). Toch neemt 65% van alle patiënten contact op tijdens niet-ANW uren, als de huisarts geopend is. Dit zou betekenen dat deze groep zich meldt in een tijdsbestek dat gelijk staat aan 27% van de totale week. Hieruit kan gesteld worden dat patiënten mogelijk gewacht hebben met contact opnemen tot de ANW uren voorbij zijn. Hierbij is belangrijk om in acht te nemen dat patiënten tijdens hun slaap een beroerte kunnen krijgen en hiermee 's ochtend wakker worden.

Wie er contact opnam met de zorgverlener was significant van invloed op de keuze voor een keteningang. In 31% van de gevallen nam de patiënt zelf contact op met een zorgverlener. Deze resultaten komen overeen met de bevindingen van de MICK-studie (28%) [5]. In het geval van een beroerte is het mogelijk dat patiënten zelf niet in staat zijn te bellen, bijvoorbeeld door problemen met spraak. Uit onderzoek bleek dat patiënten sneller met familie contact opnemen (32%) dan met een zorgverlener (huisarts 31% en ambulancedienst 21%) [28]. Opmerkelijk is dat wanneer iemand anders contact opnam er bij elf patiënten (30%) 112 werd gebeld. Wanneer patiënten zelf bellen koos één patiënt (6%) voor 112. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat omstanders de situatie beter inschatten dan de patiënt zelf.

Hoewel dit niet is gevonden in de literatuur, is er gekeken of patiënten liever eerst hun eigen huisarts bellen. Deze stelling bleek van invloed te zijn op de keuze voor een keteningang. Van de 38 patiënten die liever eerst de eigen huisarts belden, kozen 25 patiënten (66%) ervoor om dit daadwerkelijk te doen. Het is wel de vraag in hoeverre er iets gezegd kan worden over dit resultaat. Aangezien één van de keteningen (huisarts) verwerkt is in de vraagstelling. Het is aannemelijk dat patiënten die het liefst eerst de eigen huisarts bellen, dit ook daadwerkelijk doen.

Emotioneel

De literatuur stelt dat paniek en angst leidt tot minder vertraging [35, 36]. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat deze factor niet van invloed was op de keuze voor een keteningang. Het is mogelijk dat patiënten antwoorden geven waarvan zij denken dat het sociaal wenselijk is.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de meeste patiënten het niet erg vinden wanneer er een ambulance voor ze in de straat staat; ze vinden het niet erg om de zorgverleners te belasten en ze schamen zich niet om zorg te vragen. Ook hier is het mogelijk dat patiënten sociaal wenselijke antwoorden gaven. De houding van de Twentenaar kwam uit deze resultaten niet duidelijk naar voren. Uit de informele gesprekken met professionals en de semi-gestructureerde interviews kwam dit wel naar voren. Voorbeelden van opmerkelijke uitspraken van patiënten tijdens de semi-gestructureerde interviews waren: '(...)ben vanuit thuis uit opgevoed met; dat gaat wel over weet je wel', 'Ze (vriendin) had nog gezien dat ik het (drinken) weg aan het vegen was', 'Ze (vriendin) zei wel dat ik beter voor mezelf moet opkomen.', 'Ik denk neem een paracetamol, wat drinken en een sigaret en na 10 minuten prima kan wel weer' en 'Ik ben kerngezond en slik geen tabletten.'.

Actie toekomst

Hoe patiënten bij soortgelijke klachten in de toekomst zouden handelen bleek van invloed te zijn op de keuze en lag op de grens van statistische significantie ($p=0,08$). Opvallend is dat 51% van de patiënten in toekomst zou kiezen om gebruik te maken van de huisartsenzorg. Van de patiënten die in de toekomst de huisartsenzorg zouden kiezen, koos 64% van de patiënten voor de huisarts als eerste keteningang.

Sterke punten en beperkingen

Voorafgaand aan de studie is er een literatuuronderzoek gedaan naar determinanten die van invloed zijn op de vertraging tot de behandeling bij patiënten met een beroerte. De literatuur in combinatie met de resultaten MICK-studie, waarbij de keuze van keteningang van invloed was op de tijd tot behandeling[5]; eerder uitgevoerd onderzoek naar keuze keteningang bij ACS [14, 15]; semi-gestructureerde interviews met patiënten en informele gesprekken met professionals vormen een stevige basis voor het kwantitatieve onderzoek. Op deze manier is getracht om alle mogelijke determinanten te identificeren. Het onderzoek geeft daarom een onderbouwd totaalbeeld van de determinanten die invloed hebben op de motivatie van de keuze van de patiënt.

De vragenlijst is afgenomen bij patiënten op de stroke unit in drie verschillende ziekenhuizen in de regio Twente en Oost-Achterhoek. De patiëntenkarakteristieken uit het onderzoek komen overeen met de resultaten van de MICK-studie, die enkele jaren geleden bij CVA patiënten in dezelfde regio is uitgevoerd, en met de landelijke prevalentie [1,5]. De resultaten van dit onderzoek zijn generaliseerbaar voor Nederland. Aangezien veel landen een andere opbouw van het zorgsysteem kennen, zijn de resultaten niet generaliseerbaar voor het buitenland. Zo hebben andere landen geen vergelijkbare eerstelijnszorg, met huisarts als poortwachter.

De patiënten zijn voor deelname aan het onderzoek benaderd op de stroke unit van de drie ziekenhuizen. Er zat een korte periode tussen de opname van de patiënt met een beroerte en het moment dat de patiënt geïncludeerd werd. Hierdoor zat de motivatie achter de keuze voor een bepaalde keteningang nog vers in het geheugen. Op deze manier is het gevaar van eventuele recall bias geminimaliseerd.

In het onderzoek werd onderscheid gemaakt tussen de eigen huisarts en de HAP, terwijl deze in de regio Twente en Oost-Achterhoek niet gelijktijdig toegankelijk zijn. De motivatie achter de keuze van een patiënt is hierdoor niet altijd duidelijk. Kiest een patiënt bijvoorbeeld daadwerkelijk voor de huisartsenpost omdat de ernst en aard van de klachten als spoed werden ingeschat, of werd de keuze gemaakt omdat de eigen huisarts op dat moment niet beschikbaar was. Zo kan de motivatie van de patiënt hetzelfde zijn bij de keuze voor de eigen huisarts en de HAP. Vervolgonderzoek naar de motivatie tussen keuze voor eigen huisarts en HAP is wenselijk. Er zou gekeken kunnen worden naar de keuze van patiënten in het westen van Nederland waar in bepaalde steden de HAP de gehele dag geopend is.

Het risico op overlijden na een hersenbloeding is 48,5% en bij een herseninfarct is dit 22,5% [1]. Patiënten die kort na opname overleden zijn of in een kritieke situatie terecht kwamen, zijn niet in het onderzoek geïncludeerd. Daarnaast hadden patiënten meer moeite met het invullen van de vragenlijst dan verwacht werd naar aanleiding van de informele gesprekken met professionals. Van de patiënten die benaderd waren heeft 24% de vragenlijst niet ingevuld, veelal omdat de patiënt niet in staat was om de vragenlijst in te vullen. Sommige patiënten hadden moeite met schrijven, lezen of concentreren op het moment dat ze benaderd werden voor het onderzoek. De patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld zijn veelal de patiënten die relatief weinig restschade hadden ten gevolge van de beroerte, waardoor er sprake is van selectiebias.

Klinische implicaties en aanbevelingen

Sinds mei 2016 is via de radio en televisie een campagne: 'Mond, spraak, arm. Beroerte-alarm! Bel direct 112' gevoerd over het kennen en herkennen van de symptomen van een beroerte [42]. Uit onderzoek blijkt dat campagnes met betrekking tot het herkennen van een beroerte gericht op de patiënt niet effectief zijn [48]. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat slechts 23% met 112 belt. In de meeste gevallen wordt het contact niet gelegd door de patiënt, maar door iemand anders. Hier liggen dus kansen in de vorm van voorlichting die niet alleen gericht is op mogelijke patiënten, maar ook op de naasten van de mogelijke patiënten.

Wanneer er gevraagd wordt naar de toekomstige actie, in een soortgelijke situatie, gaven veel patiënten aan dat ze weer voor de huisartsenzorg zouden kiezen. Dat de patiënten niet wisten hoe ze moesten handelen kwam ook in de semi-gestructureerde interviews naar voren. Eén patiënt

met een beroerte, die al vier keer op de stroke unit had gelegen binnen een half jaar tijd, werd gevraagd hoe hij in de toekomst zou handelen. Hierop antwoordde hij: *'Ik heb geen flauw idee, echt niet'*. Het medisch personeel van de stroke unit zou de patiënten meer kunnen informeren over de situatie die zich heeft voorgedaan en hoe de patiënten daarop in de toekomst moeten handelen.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat kennis van een beroerte of de klachten ervan en de eerdere ervaring met een beroerte, geen invloed heeft gehad op de keuze van patiënten voor een bepaalde keteningang. Hier valt mogelijk winst te behalen op het gebied van voorlichting. Van de patiënten die een beroerte hebben gehad en na één jaar nog in leven zijn, krijgt 20% nog een beroerte. Van de patiënten die een TIA hebben gehad, krijgt 6% binnen één tot twee jaar een beroerte [1]. Het is van groot belang dat de patiënten die al eerder een beroerte hebben gehad weten hoe zij een soortgelijke situatie moeten interpreteren en hoe ze daar vervolgens naar moeten handelen. Huisartsen zouden hierop in kunnen spelen door meer voorlichting te geven aan patiënten die een beroerte hebben gehad. Patiënten die een beroerte hebben gehad komen in het cardiovasculair risico management bij de huisartspraktijk [4]. Van hieruit volgen follow-up gesprekken met patiënten. Hierin zouden de huisartspraktijken meer voorlichting kunnen geven over het verhoogde risico op een beroerte en hoe te handelen indien ze opnieuw een beroerte krijgen.

In de resultaten is te zien dat de patiënten met FAST klachten sneller contact opnamen met 112 (33%) ten opzichte van patiënten zonder FAST klachten (15%). Daarnaast werd slechts 10% van de patiënten, die contact opnamen met de huisarts, verwezen naar de ambulance dienst. Bij de HAP werden 42% van patiënten verwezen naar de ambulancedienst. Hieruit kan verondersteld worden dat bij de telefonische triage van de HAP de klachten van een beroerte beter onderscheiden worden dan bij de huisarts. In de semi-gestructureerde interviews kwam dit ook naar voren: *'Hij (huisarts) zei alleen; als het erger wordt moet je komen'*. Hier liggen kansen met betrekking tot de scholing op het gebied van telefonische triage. Mogelijk leidt deze scholing tot meer verwijzingen van de huisarts naar de ambulancedienst.

Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om voor een langere periode patiënten te includeren en daardoor een grotere onderzoekspopulatie te creëren. Een multivariate analyse kan dan gedaan worden, zodat gelijktijdig de invloed van variabelen wordt meegenomen en waar nodig voor samenhang tussen variabelen wordt gecorrigeerd. Ook wordt aangeraden het onderzoek uit te voeren in een stad waar de HAP de gehele dag geopend is, zodat de motivatieverschillen tussen de huisarts en de HAP beter in kaart gebracht kunnen worden. Daarnaast zou in vervolgonderzoek de voorlichting, die door de huisartspraktijk en op de stroke unit wordt gegeven, in kaart kunnen worden gebracht. Vervolgens kan aan de hand hiervan worden gekeken naar mogelijke verbeteringen. Tot slot kan ook onderzoek gedaan worden naar het verschil in methodiek in de telefonische triage bij de huisarts en de HAP, zodat hier, indien er knelpunten bestaan, passende scholing kan worden toegepast.

Conclusie

Er is te zien dat driekwart van de patiënten (74%) in dit onderzoek (n=57) met een beroerte ervoor kiezen om eerst contact op te nemen met de huisartsenzorg (huisarts en HAP). Wanneer er gevraagd wordt naar wat de patiënt in de toekomst in een soortgelijke situatie zou doen, gaf de meerderheid aan contact op te nemen met de huisartsenzorg (51%). De huidige publiekscampagnes zijn gericht op het inschakelen van 112, maar dit gebeurt vooralsnog in slechts 23% van de gevallen. Kennis over een beroerte of een eerdere ervaring met een beroerte, beïnvloeden echter niet de keuze voor een bepaalde keteningang. Patiënten hebben veel positieve ervaringen met de huisarts, waardoor dit vaak de eerste keuze is bij een zorgvraag. Binnen de huisartsenzorg wordt er door de huisartsenpost vaker direct doorverwezen (42% ten opzichte van 10%) naar de ambulance dan in de huisartsenpraktijk. Mogelijk worden beroerte klachten beter onderscheiden bij de telefonische triage bij de HAP dan bij de huisarts. De aanbevelingen uit het onderzoek zijn als volgt; voorlichting voor patiënten door huisarts en verpleegkundigen; scholing op gebied van triage; voorlichting voor naasten van mogelijke patiënten.

Dankwoord

Na een leerzame periode is het zover, onze bachelorscriptie ligt op tafel. Tijdens deze periode zijn wij in contact geweest met veel verschillende partijen, die ons geholpen hebben met ons onderzoek. Wij willen graag de mensen die ons geholpen hebben bedanken. Het is een tijd geweest waarin wij veel nieuwe ervaringen hebben opgedaan, vooral op wetenschappelijk gebied. Daarnaast hebben wij nieuwe inzichten mogen opdoen in het praktijkgebied van een gezondheidswetenschapper.

Bij deze willen wij een woord van dank richten aan onze begeleiders vanuit de Universiteit Twente; Carine Doggen en Anke Lenferink. Door de goede en snelle feedback hebben wij veel geleerd op het gebied van methodologie en verslaglegging.

Daarnaast willen wij de mensen op het kantoor van Acute Zorg Euregio bedanken. Wij hebben een fijne tijd gehad. Er was een heus kantoor voor ons ingericht en er waren geregeld momenten voor een praatje met een kop koffie en veel taart. In het bijzonder willen wij Jorien Pierik bedanken. Bij Jorien konden wij elk moment van de dag binnenwandelen voor een prangende inhoudelijke vraag of een gezellige babbel. De refereersessies, georganiseerd door Rolf Egberink, waren ook een leerzame ervaring voor ons.

Tot slot zijn wij ook erg dankbaar voor de goede samenwerking met de verpleegkundig specialisten Renata Gierking (SKB), Petra Grefthuis (ZGT) en Hanneke Droste (MST), de verpleegkundigen van de drie ziekenhuizen en de deskundige begeleiding vanuit de afdeling Neurologie van het MST door Heleen den Hertog.

Zonder deze bovenstaande personen was het onderzoek niet mogelijk geweest.

Ellen Geuzebroek, Dirk Koehorst en Fabian Wolsink.

Referenties

- [1] Public health and care. [Online].; 2015 [cited 2017 March 03. Available from: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/huidige-situatie#definitie--node-beroerte-een-hersenvloeding-herseneninfarct/>.
- [2] L.J. Kappelle, A. Hijdra en J. van Gijn, Hét CVA bestaat niet, Ned Tijdschr Geneeskd. 1991;135:2414-8
- [3] Nivel. Care registrations first line. [Online].; 2016 [cited 2017 March 03. Available from: <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=NIVEL-Zorgregistraties-eerste-lijn>.
- [4] Beusmans GHMI, Van Noortwijk-Bonga HGC, Risseuw NJ, Tjon-A-Tsien MRS, Verstappen WHJM, Burgers JS, Wiersma Tj, Verburg AFE.; NHG-Standaard Beroerte, Huisarts Wet 2013;56(12):626-38. [Online].; 2013 [cited 2017 March 03. Available from: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-beroerte>.
- [5] Doggen CJM, Zwerink M, Droste HM, Brouwers PJAM, van Houwelingen KG, van Eenennaam FL, et al. Prehospital paths and hospital arrival time of patients with acute coronary syndrome or stroke, a prospective observational stud. BMC Emergency Medicine. Netwerk Acute Zorg Euregio 2016.
- [6] Lin, P. H., Zhou, W., Dardik, A., Mussa, F., Koungias, P., Hedayati, N.,y & Huynh, T. T. (2006). Catheter-direct thrombolysis versus pharmacomechanical thrombectomy for treatment of symptomatic lower extremity deep venous thrombosis. The American journal of surgery, 192(6), 782-788.
- [7] Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh MJ, White M, Ford GA, Thomson RG. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. BMC Public Health. 2010;10:784. BioMed Central Ltd.
- [8] Fussman C, Rafferty AP, Lyon-Callo S, Morgenstern LB, Reeves MJ. Lack of association between stroke symptom knowledge and intent to call 911: a population-based survey. Stroke. 2010;41:1501–7.
- [9] Mikulik R, Goldemund D, Reif M, Brichta J, Neumann J, Jarkovsky J, et al. Calling 911 in response to stroke: no change following a four-year educational campaign. Cerebrovasc Dis. 2011;32:342–8.
- [10] Mellon L, Hickey A, Doyle F, Dolan E, Williams D. Can a media campaign change health service use in a population with stroke symptoms? Examination of the first Irish stroke awareness campaign. Emerg Med J. 2013;31:536–40.
- [11] Moloczij N, McPherson KM, Smith JF, Kayes NM. Help-seeking at the time of stroke: stroke survivors' perspectives on their decisions. Health Soc Care Community. 2008;16:501–10.
- [12] Molyneux, A., & International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) Collaborative Group. (2002). International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) of neurosurgical clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomised trial. The Lancet, 360(9342), 1267-1274.
- [13] Giesen, A. G. M., Franke, C. L., Wiersma Tj, V. B. J., Boiten, J., Flikweert, S., Van der Kruijk, R. A., & Vriezen, J. A. (2004). Landelijke Transmurale Afspraak TIA/CVA. Huisarts Wet, 47(11), 521-6.
- [14] Kroes A, Kuipers H, Ouwerkerk E. Volg uw hart: welke zorg kiest u? scriptie. Enschede: Universiteit Twente: 2015
- [15] Bentum S, Hendriks J. Onderzoek naar de determinanten die de keuze voor een keteningang bepalen bij patiënten met een acuut coronair syndroom. scriptie. Enschede: Universiteit Twente: 2016
- [16] Kodde J. Twentenaar gaat te laat naar de dokter. Tubantia [Online].; 2016 [cited 2017 March 05. Available from: <http://www.tubantia.nl/binnenland/twentenaar-gaat-te-laet-naar-de-dokter~af5c23cd/>.
- [17] Zorginstituut Nederland, Moerkamp A.: Intra-arteriële behandeling van het acute herseneninfarct. 2016.
- [18] Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, L. V., & Moser, D. K. (2006). A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. Journal of cardiovascular nursing, 21(3), 186-193.

- [19] Jiang, B., Ru, X., Sun, H., Liu, H., Sun, D., Liu, Y., ... & Wang, W. (2016). Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific Reports*, 6.
- [20] Jin, H., Zhu, S., Wei, J. W., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., ... & Anderson, C. S. (2012). Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China. *Stroke*, 43(2), 362-370.
- [21] Chang, K. C., Tseng, M. C., & Tan, T. Y. (2004). Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*, 35(3), 700-704.
- [22] Rosamond, W. D., Gorton, R. A., Hinn, A. R., Hohenhaus, S. M., & Morris, D. L. (1998). Rapid response to stroke symptoms: the Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH) study. *Academic Emergency Medicine*, 5(1), 45-51.
- [23] Morris, D. L., Rosamond, W., Madden, K., Schultz, C., & Hamilton, S. (2000). Prehospital and emergency department delays after acute stroke. *Stroke*, 31(11), 2585-2590.
- [24] Kim, Y. S., Park, S. S., Bae, H. J., Cho, A. H., Cho, Y. J., Han, M. K., ... & Kim, G. M. (2011). Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in Korea. *BMC neurology*, 11(1), 2.
- [25] Lacy, C. R., Suh, D. C., Bueno, M., & Kostis, J. B. (2001). Delay in presentation and evaluation for acute stroke. *Stroke*, 32(1), 63-69.
- [26] Keskin, Ö., Kalemoglu, M., & Ulusoy, R. E. (2005). A clinic investigation into prehospital and emergency department delays in acute stroke care. *Medical Principles and Practice*, 14(6), 408-412.
- [27] Wester, P., Rådborg, J., Lundgren, B., & Peltonen, M. (1999). Factors Associated With Delayed Admission to Hospital and In-Hospital Delays in Acute Stroke and TIA. *Stroke*, 30(1), 40-48.
- [28] Zock, E., Kerkhoff, H., Kleyweg, R. P., van Bavel-Ta, T. B. V., Scott, S., Kruij, N. D., ... & van de Beek, D. (2016). Help seeking behavior and onset-to-alarm time in patients with acute stroke: sub-study of the preventive antibiotics in stroke study. *BMC neurology*, 16(1), 241.
- [29] Zock, E., Kerkhoff, H., Kleyweg, R. P., & van de Beek, D. (2016). Intrinsic factors influencing help-seeking behaviour in an acute stroke situation. *Acta Neurologica Belgica*, 116(3), 295-301.
- [30] Kleindorfer DO, Lindsell CJ, Broderick JP, Flaherty ML, Woo D, Ewing I, et al. Community socioeconomic status and prehospital times in acute stroke and transient ischemic attack: do poorer patients have longer delays from 911 call to the emergency department? *Stroke*. 2006;37:1508–13.
- [31] Mosley I, Nicol M, Donnan G, Patrick I, Dewey H. Stroke symptoms and the decision to call for an ambulance. *Stroke*. 2007;38:361–6.
- [32] Addo J, Ayis S, Leon J, Rudd AG, McKeivitt C, Wolfe CDA. Delay in presentation after an acute stroke in a multiethnic population in South London: the South London Stroke Register. *J Am Heart Assoc*. 2012;1:e001685.
- [33] Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Prehospital delay in acute stroke and TIA. *Emerg Med J*. 2013;30:669–74.
- [34] Iguchi Y, Wada K, Shibasaki K, Inoue T, Ueno Y, Yamashita S, et al. First impression at stroke onset plays an important role in early hospital arrival. *Intern Med*. 2006;45:447–51.
- [35] Koksai EK, Gazioglu S, Boz C, Can G, Alioglu Z. Factors associated with early hospital arrival in acute ischemic stroke patients. *Neurol Sci*. 2014;35(10): 1567–72.
- [36] Mackintosh JE, Murtagh MJ, Rodgers H, Thomson RG, Ford GA, White M. Why people do, or do not, immediately contact emergency medical services following the onset of acute stroke: qualitative interview study. *PLoS ONE*. 2012;7:e46124.
- [37] Hickey A, O'Hanlon A, McGee H, Donnellan C, Shelley E, Horgan F, et al. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatr*. 2009;9:35.
- [38] Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *Am J Cardiol*. 2002;89:791–6.
- [39] Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, Croft JB, Dracup K, et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the

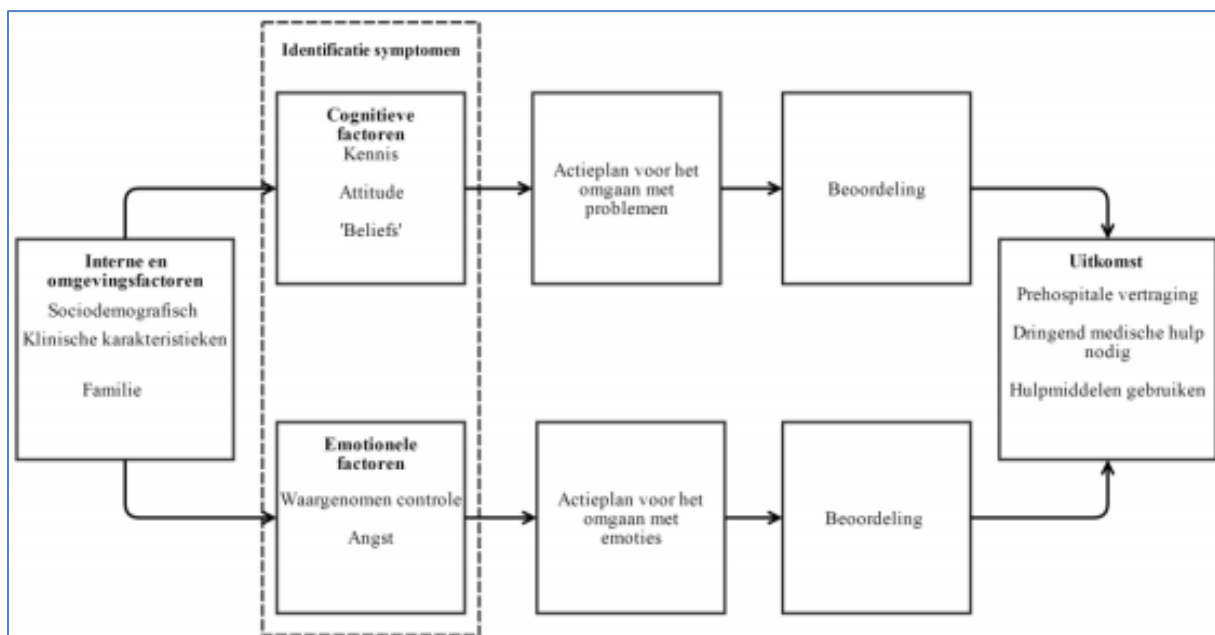
- American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council.[Reprint in J Cardiovasc Nurs. 2007 Jul-Aug;22(4):326–43; PMID: 17589286]. Circulation. 2006;114:168–82.
- [40] Mandelzweig L, Goldbourt U, Boyko V, Tanne D. Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. Stroke. 2006;37:1248–53.
- [41] National Network Acute Care. [online].; 2017 [cited 2017 June 12. Available from: <http://www.inaz.nl/acute-zorg/deelnemers>
- [42] Recognize the three signals of a stroke [online] 2017 [cited 2017 June 15. Available from: <https://www.hartstichting.nl/beroerte/herkennen-signalen>
- [43] Measuring instruments in care [online].; 2017 [cited 2017 June 20. Available from: <https://meetinstrumentenzorg.nl>
- [44] Caminiti et al., Development of an education campaign to reduce delays in pre-hospital response to stroke, BMC Emergency Medicine (2017)
- [45] Proportion of Patients Treated With Thrombolysis in a Centralized Versus a Decentralized Acute Stroke Care Setting
Maarten M.H. Lahr, Gert-Jan Luijckx, Patrick C.A.J. Vroomen, Durk-Jouke van der Zee, Erik Buskens
- [46] Lecouturier J, Rodgers H, Murtagh MJ, White M, Ford GA, Thomson RG. Systematic review of mass media interventions designed to improve public recognition of stroke symptoms, emergency response and early treatment. BMC Public Health. 2010;10:784
- [47] Mellon L, Doyle F, Rohde D, Williams D, Hickey A. Stroke warning campaigns: delivering better patient outcomes? A systematic review. Patient Relat Outcome Meas. 2015;6:61–73.
- [48] Caminiti, C., Schulz, P., Marcomini, B., Iezzi, E., Riva, S., Scoditti, U., ... & Montanari, E. (2017). Development of an education campaign to reduce delays in pre-hospital response to stroke. BMC Emergency Medicine, 17(1), 20.

Bijlage I – Zelfregulatie model van Leventhal

Het keuzeproces van de patiënt wordt gestart wanneer de eerste symptomen optreden, dit wordt ook wel de 'onset' genoemd. Een patiënt bepaald na het optreden van de eerste symptomen hoe ernstig de ervaren klachten zijn. Vervolgens neemt de patiënt het besluit om wel of geen actie te ondernemen (oftewel uitstelgedrag) en tot slot bepaalt de patiënt welke actie hij onderneemt en dus met welke zorgverlener hij/zij contact opneemt. Om dit keuzeproces goed in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van het zelfregulatie model van Leventhal. Dit model geeft een duidelijke grafische weergave van het keuzeproces.

Het zelfregulatie model (figuur 1) is ontwikkeld om het keuzeproces van de patiënt te begrijpen wanneer deze te maken krijgt met voor hem of haar onbekende symptomen [14,18]. Volgens het model zijn verscheidene relevante determinanten van invloed op het keuzeproces van de patiënt. Dit maakt het model geschikt voor de analyse van verschillende determinanten en hun invloed op het proces, van het ondervinden van de symptomen tot aan de keuze van een keteningang of het uitstellen van de actie.

Volgens het model begint het keuzeproces bij de interne -en omgevingsfactoren, welke zijn opgesplitst in drie categorieën. Allereerst de socio-demografische factoren, welke bestaan uit factoren als geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en etniciteit. De klinische karakteristieken, welke bestaan uit de ziektehistorie, het pijnniveau en de klachten. Tot slot de factor familie, welke de mening betreft van de partner, een ander familielid of de zorgverlener.



Figuur 1 - Zelfregulatie model van Leventhal [14]

Bijlage II – Tabel determinanten en toelichting

Tabel 1 - Determinanten die invloed hebben op de vertraging van de patiënt met een beroerte uitgesplitst met invloed op de vertraging.

Determinanten		
Socio-demografische determinanten	Geslacht: <i>Meer vertraging: 40 (vrouwen meer vertraging dan mannen)</i> <i>Geen invloed : 25, 32</i>	
	Leeftijd: <i>Meer vertraging: 21, 26, 30, 33, 37, 38 (patiënten op oudere leeftijd)</i> <i>Geen invloed: 20, 22, 25, 28, 32</i>	
	Sociaal economische status: <i>Meer vertraging: 39 (lage status meer vertraging)</i> <i>Geen invloed: 20, 22, 30</i>	
	Eigen risico zorgverzekering: <i>Geen invloed : 20, 22, 25</i>	
	Etniciteit: <i>Meer vertraging: 30, 32, 39 (negroïde ras meer vertraging)</i>	
Beroerte kenmerken	Waargenomen pijnniveau: <i>Meer vertraging: 21, 32, 39 (laag pijnniveau)</i> <i>Geen invloed: 24</i> <i>Minder vertraging : 20, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 40 (hoog pijnniveau)</i>	
	Waargenomen ernst: <i>Meer vertraging: 21, 11, 32, 39 (niet ernstig)</i> <i>Minder vertraging: 25, 26, 27, 29, 31, 33, 34, 40 (ernstig)</i>	
Cognitieve determinanten	Herkenning	Eerdere ervaring klachten: <i>Meer vertraging: 38</i> <i>Geen invloed: 20, 21, 22</i> <i>Minder vertraging: 29, 31, 34, 39 (eerdere ervaring)</i>
	Kennis/ Interpretatie	Koppelen van klachten aan beroerte / herkenning: <i>Meer vertraging: 19, 31, 36, 37 (niet herkennen)</i> <i>Minder vertraging: 24, 28, 34, 35 (herkennen)</i>
Omgeving determinanten	Aanwezigheid anderen: <i>Meer vertraging : 11,36 (aanwezigheid omstanders)</i> <i>Geen invloed : 28</i> <i>Minder vertraging: 19, 22,24,27,31,40 (aandringen op hulp zoeken)</i>	
	Locatie: <i>Meer vertraging: 30 (thuis meer vertraging dan elders)</i> <i>Geen invloed: 24 (afstand locatie t.o.v. zorgverlener)</i>	
	Tijdstip (ANW/niet-ANW en doordeweeks/weekend) <i>Meer vertraging: 19, 32 (ANW en weekend meer vertraging dan niet-ANW en doordeweeks)</i>	
	Woonsituatie: <i>Meer vertraging: 32,39 (patiënt alleen wonend)</i>	
Emotionele determinanten	Paniek/Angst: <i>Minder vertraging : 35,36 (aanwezigheid paniek/angst)</i>	
	Eerdere ervaring acute zorg: <i>Meer vertraging: 36 (negatieve ervaring)</i>	

Socio-demografische determinanten

Er zijn onderzoeken waarin geslacht wordt gezien als een determinant die van invloed is op het keuzeproces van patiënten met een beroerte, vrouwen hebben een drie keer hoger risico op vertraging [40]. In andere onderzoeken komt naar voren dat geslacht geen invloed heeft [25, 32].

Verschillende onderzoeken stellen dat leeftijd invloed heeft op het keuzeproces. Volgens deze onderzoeken zouden oudere mensen minder snel geneigd zijn om de ambulance te bellen in vergelijking met jongere mensen [21, 26, 30, 33, 37, 38]. In andere onderzoeken komt naar voren dat leeftijd geen invloed heeft op het keuzeproces [20, 22, 25, 28].

Verder wordt er in de onderzoeken gekeken naar de sociaaleconomische status (SES) van de patiënt. Sommige onderzoeken geven aan dat de SES van de patiënt geen invloed heeft op de vertraging [20, 22, 30]. Er zijn ook onderzoeken die wel een verband zien tussen de vertraging en de SES, waar een lagere SES leidt tot meer vertraging [39].

Kijkend naar hoe patiënten verzekerd zijn, is er nog geen verband gevonden tussen deze determinant en het keuzeproces van de patiënt [20, 22, 25]. Tot slot blijkt uit onderzoek dat de etniciteit van de patiënt invloed kan hebben op de keuze van een patiënt. Zo wordt er bijvoorbeeld in onderzoeken gesteld dat patiënten van het negroïde ras risico hebben op meer vertraging [30, 32, 39].

Beroerte Kenmerken

Uit onderzoeken is gebleken dat de waargenomen pijnniveau van de patiënt de keuze voor een bepaalde keteningang beïnvloedt [20, 21, 25-27, 29, 32, 33, 35, 39, 40]. De invloed van het pijnniveau werkt beide kanten op, bij een hoog pijnniveau wordt eerder gedacht aan een levensbedreigende situatie dan bij een laag pijnniveau.

Uit de gevonden literatuur blijkt dat de waargenomen ernst door de patiënt een rol speelt in de vertraging. Wanneer de patiënt de klachten als ernstig interpreteert zijn ze sneller geneigd om de ambulance in te schakelen dan wanneer ze deze niet als ernstig interpreteren [11, 21, 25-27, 29, 31-34, 39, 40].

Socio-cognitieve determinanten

Onder de socio-cognitieve determinanten valt de kennis, herkenning en interpretatie van de patiënt. Eerdere ervaring of herkenning van een beroerte zou bij kunnen dragen aan het sneller zoeken van hulp aangezien de patiënt de situatie herkent en hier naar handelt, dit blijkt ook uit meerdere onderzoeken [29, 31, 34, 39]. Ander onderzoek geeft daarentegen aan dat een eerdere ervaring met een beroerte niet leidt tot het sneller zoeken van hulp [20-22].

Een eerdere ervaring met acute zorg is ook een determinant die kan bijdragen aan extra vertraging tot de behandeling. Als patiënten een negatieve ervaring hebben gehad met het inschakelen van de acute zorg kan dit ervoor zorgen dat ze in eenzelfde situatie anders gaan handelen en niet de juiste keteningang kiezen [38].

Verder valt onder de cognitieve determinanten ook het herkennen van de klachten van de beroerte en het koppelen van deze klachten aan een beroerte. Patiënten die de klachten koppelen aan een beroerte schakelen sneller de ambulance in [19, 24, 28, 31, 34-37]. De reden hiervoor kan zijn dat men door voorkennis op het gebied van een beroerte weten wat de gevolgen kunnen zijn bij het (te) laat inschakelen van de ambulance.

Omgevingsdeterminanten

Patiënten die in het bijzijn waren van omstanders op het moment dat de klachten begonnen, schakelden sneller de ambulancedienst in [19, 22, 24, 27, 31, 40]. Mogelijk omdat de omstanders de klachten van een beroerte herkenden en daardoor hebbe aangedrongen op het zoeken van hulp. Er zijn ook onderzoeken die aangeven dat de aanwezigheid van omstanders meer vertraging tot gevolg heeft [11, 36]. Mogelijk door het raadplegen van of overleggen met omstanders.

De locatie van de patiënt op het moment dat de klachten zich beginnen te ontwikkelen draagt bij aan het sneller zoeken van hulp [30]. Patiënten die thuis waren op het moment dat de klachten zich

ontwikkelden zochten minder snel hulp dan patiënten die elders waren. De afstand tot het ziekenhuis was niet van invloed op het inschakelen van hulp [24].

Het tijdstip kan van invloed zijn op het kiezen van een keteningang. Met tijdstip wordt het onderscheid tussen tijdstip op de dag (AN-uren) of dag van de week. Uit de literatuur komt naar voren dat patiënten die 's avonds klachten ontwikkelden minder snel geneigd waren hulp te zoeken dan patiënten waarbij dit overdag plaatsvond [19, 32]. Dit kan te maken hebben met dat patiënten buiten kantooruren de hulpdiensten niet willen lastig vallen en daarom wachten tot de volgende dag.

Daarnaast blijkt uit verschillende onderzoeken dat de woonsituatie ook van invloed kan zijn op het inschakelen van de ambulancedienst [32, 39]. Mensen die alleen wonen bellen namelijk minder snel de ambulance in vergelijking tot mensen die samenwonen met een partner.

Emotionele determinanten

Emotionele determinanten kunnen ook een rol spelen bij de keuze voor een bepaalde keteningang. Denk hierbij aan in paniek raken op het moment dat de klachten zich presenteren. Uit de literatuur blijkt dat mensen die in paniek raken of bang worden sneller een zorgverlener inschakelen, omdat ze bang zijn voor de gevolgen [35, 36]. Patiënten met eerdere negatieve ervaringen met de zorg, schakelen juist langzamer een zorgverlener in [36].

Tabel 2 - Land, studiesoort en populatie van artikel determinanten

Artikel	Land	Soort Studie	Populatie
11	Nieuw-Zeeland	Kwalitatief studie design, open interviews	20
19	China	Prospectieve cohortstudie	544
20	China	Prospectieve cohortstudie	6102
21	Taiwan	Prospectieve cohortstudie	196
22	US	Prospectieve cohortstudie	152
23	US	Prospectieve cohortstudie	721
24	Korea	Prospectieve cohortstudie	500
25	US	Prospectieve cohortstudie	553
26	Turkije	Prospectieve cohortstudie	229
27	Zweden	Prospectieve cohortstudie	329
28	Nederland	Semi-gestructureerde vragenlijst en diepte-interviews.	161
29	Nederland	Kwalitatief studie design, diepte-interviews	25
30	US	Prospectieve cohortstudie	978
31	Australie	Kwalitatief design, interviews	198
32	Engeland	Prospectieve cohortstudie	1392
33	Noorwegen	Prospectieve cohortstudie	440
34	Japan	Prospectieve cohortstudie	130
35	Turkije	Prospectieve cohortstudie	113
36	Engeland	kwantitatief design,	45
37	Ierland	Kwantitatief design, vragenlijsten	2033
38	14 Landen ^a	Prospectieve cohortstudie	10.582
39	US	Prospectieve cohortstudie	-
40	US	Kwalitatief design, interviews	209

^a14 landen in Noord- en Zuid-Amerika, Europa, Oceanië.

Bijlage III – Leidraad semi-gestructureerd interview

Datum en tijd	
Interviewer	
Notulist	
Respondent nummer	

Leidraad semigestructureerd interview

Keuzes van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang

Bestemd voor Nederlands sprekende patiënten met een beroerte van 18 jaar en ouder



[Uitnodigingsbrief laten doorlezen voordat aan de inleiding begonnen wordt]

INLEIDING

Onze namen zijn *[namen interviewer en notulist]* en wij willen u graag in het kader van onze studie een aantal vragen stellen over uw motivatie voor een bepaalde keteningang. Ik *[naam interviewer]* zal u vragen stellen en *[naam notulist]* zal uw antwoorden zo nauwkeurig mogelijk opschrijven. Om gebruik te mogen maken van uw gegevens, zullen wij u hiervoor om toestemming vragen. Dat kan door het volgende formulier te ondertekenen. Alle informatie die u verstrekt zal zeer vertrouwelijk behandeld worden. Uw naam zal nergens genoemd worden.

[toestemmingsverklaring laten lezen en tekenen]

Heeft u nog vragen naar aanleiding van de toestemmingsverklaring?

Wanneer ik u een vraag stel, gaat het om uw persoonlijke situatie. Dit betekent dat er geen goede of foute antwoorden zijn. Het gaat om wat er als eerste bij u naar boven komt.

Mocht u een vraag niet willen beantwoorden, dan mag u dat aangeven. Om er zeker van te zijn dat uw antwoorden goed genoteerd komen te staan, zouden wij graag het gesprek willen opnemen.

Gaat u hiermee akkoord?

Start geluidsopname

Deel 1.

Wij willen u nu enkele algemene vragen stellen over u zelf.

Vraag 1. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Vraag 2. Wat is uw geboorteland?

Vraag 3. In welk dorp of in welke stad woont u? (Laten beschrijven als stedelijk of ruraal)

- ☐ Stedelijk
- ☐ Landelijk (klein dorp of platteland)

Deel 2.

Wij hebben hiermee het eerste deel afgerond. Het volgende onderdeel gaat over uw klachten.

Vraag 1. Welke klachten heeft u ervaren?

[De patiënt zoveel mogelijk laten vertellen over de klachten. Aanvinken welke klachten benoemd worden en mogelijk kunnen deze opties gegeven worden wanneer de patiënt moeilijk zijn klachten kan omschrijven]

- Slapheid en verlies van kracht in hand, arm of been
- Verdoving in gezicht, mond, arm of been
- Duizeligheid of evenwichtsstoornissen
- Problemen met spreken of begrijpen van andere mensen
- Problemen met het zicht in één of beide ogen
- Felle hoofdpijn zonder aanwijsbare oorzaak
- Verwarring
- Bewusteloosheid
- Anders, namelijk:

Vraag 2a. Welke van de eerder genoemde klachten waren het ergst?

Vraag 2b. Waarom vond u deze klacht het ergst?

Vraag 3. Hoe ernstig waren uw klachten voor u contact opnam met een zorgverlener?

- ☐ Helemaal niet erg
- ☐ Niet heel erg
- ☐ Matig
- ☐ Erg
- ☐ Heel erg

Vraag 4a. Welk cijfer zou u de pijn die u had beoordelen op een schaal van 0 tot 10?

(Hierbij geldt: 0 is 'geen pijn' en 10 is 'de ergst denkbare pijn mogelijk')

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Vraag 4b. Waarom gaf u de pijn dit cijfer?

(Welke klachten speelden een rol of welke klachten speelden juist geen rol bij pijn?)

Vraag 5a. Wist u voordat de klachten begonnen wat een beroerte was?

(kennis)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Toelichting:

Vraag 5b. Heeft u of iemand in uw omgeving eerder een beroerte gehad? Zo ja, wie?

Vraag 5c. Denkt u dat deze ervaring invloed heeft gehad op het bellen van een zorgverlener?

Heeft u hierdoor eerder gebeld? Of juist later? En waarom?

Vraag 6a. Wist u waar de klachten op duiden? Was u bekend met deze klachten? Kennis over beroerte en welke symptomen bij een beroerte komen? (Kennis en vooral herkennen)

Vraag 6b. Zo ja, wist u hoe u hier mee om moest gaan? Wist u deze te koppelen aan een beroerte? (interpretatie)

Deel 3. Dit waren de vragen over uw klachten. Nu willen wij graag weten in welke situatie u zich bevond toen u contact opnam met een zorgverlener.

Vraag 1. Wie waren er bij u toen u contact heeft gezocht met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niemand
- ☐ Partner

- ☐ Familie
- ☐ Kennis of vriend
- ☐ Collega
- ☐ Onbekende
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 2a. Wie heeft er contact opgenomen met de zorgverlener?

[Indien iemand anders stel vraag 2b, indien zelf stel vraag 2c]

Vraag 2b. Waarom heeft iemand anders gebeld? *(was u met de keuze eens, heeft de omgeving gebeld omdat zij angstig waren?)*

Vraag 2c. Waarom heeft u zelf gebeld? *(interpretatie)*

Vraag 3a. Waar was u toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Thuis
- ☐ Op werk
- ☐ Onderweg
- ☐ Bij iemand anders
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 3b. Waar was u mee bezig toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Rustige inspanning (slapen, TV kijken etc.)
- ☐ Matig inspanning (kantoor werk, huishouden etc.) Bij iemand anders
- ☐ Intensieve inspanning (zwaar lichamelijk werk, sporten etc.)
- ☐ Anders, namelijk:

Deel 4:

Graag willen wij nu meer te weten komen over hoe het keuzeproces heeft ervaren. Om dit te weten te komen zullen wij ook wat vragen stellen over uw keuze.

Vraag 1a. Met welke zorgverlener heeft u als eerste contact opgenomen vanwege uw klachten?

- ☐ Eigen huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer (112)
- ☐ Spoedeisende hulp
- ☐ Anders, namelijk met:

Vraag 1b. Heeft u deze zorgverlener ook als eerste gezien?

(bijvoorbeeld hap gebeld en die hebben 112 ingeschakeld)

Vraag 2. Heeft u voordat u contact opnam met een zorgverlener eerst contact gehad met mensen

uit uw omgeving? Zo ja, wie en waarom?

(denk hierbij aan familie, collega's, vrienden. Gebeld voor advies, bevestiging, geruststelling)

Vraag 3a. Heeft u op een bepaald moment nagedacht over eventuele kosten die gepaard zouden gaan met contact opnemen met een zorgverlener?

(Bijvoorbeeld het aanspraak moeten maken op het eigen risico)

Vraag 3b. Hebben de mogelijke kosten invloed gehad op uw keuze voor een zorgverlener?

Vraag 4a. Heeft u in het verleden vervelende ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting:

Vraag 4b. Heeft u in het verleden positieve ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting:

Vraag 5a. Welk gevoel ervoer u toen u contact opnam met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk. Zoveel mogelijk zelf laten spreken en eventueel voorbeelden noemen)

- ☐ Schaamte
- ☐ Angst
- ☐ Paniek
- ☐ Boos
- ☐ Verdrietig

Toelichting:

Vraag 5b. Voelde u zich bezwaard of belast tegenover iemand? Zo ja, tegenover wie?

(Denk hierbij aan zorgverlener (één specifiek) of familie)

Vraag 6. Wat is volgens u het beste om te doen wanneer iemand soortgelijke klachten krijgt?

(Wat zou u iemand die u kent aanraden met soortgelijke klachten?)

- ☐ Contact opnemen met eigen huisarts of huisartsenpost bellen
- ☐ Zelf naar huisartsenpost gaan
- ☐ Zelf naar spoedeisende hulp gaan
- ☐ 112 bellen
- ☐ Anders, namelijk:

AFSLUITING

We hebben alle vragen van het interview doorlopen. Wij willen u graag de ruimte geven om eventuele vragen en/of opmerkingen te stellen of te vermelden.

Geluidsopname stoppen

Interview gestopt om (tijd):

Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van het onderzoek, dan kunnen wij dit later opsturen.

Zou u dit willen?

Uitnodiging interview

Geachte mijnheer, mevrouw,

Acute Zorg Euregio doet in samenwerking met Medisch Spectrum Twente, Ziekenhuisgroep Twente en Streekziekenhuis Koningin Beatrix onderzoek naar de motivatie van patiënten, met een beroerte, voor de keuze van een bepaalde zorgingang.

Voor dit onderzoek is er een vragenlijst opgesteld welke voorgelegd zal worden aan patiënten op de stroke unit van de verschillende ziekenhuizen. Om deze vragenlijst te optimaliseren gaan wij graag met u, als ervaringsdeskundige, in gesprek in de vorm van een interview.

Gedurende het interview zal er niet gevraagd worden naar uw naam, u zult uw naam dus nooit tegenkomen in een rapport over het onderzoek. Wel vragen wij om uw naam en geboortedatum in de toestemmingsverklaring, zodat enkele medische gegevens uit de ziekenhuis registratie gehaald kunnen worden. Alle gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld. Uw toestemmingsverklaring en het uitgewerkte interview zullen worden bewaard in een afgesloten kast op het kantoor van Acute Zorg Euregio. Alleen de onderzoekers en hiertoe bevoegde instanties hebben toegang tot deze documenten. De toestemmingsverklaring en het uitgewerkte interview worden 5 jaar bewaard, waarna deze zullen worden vernietigd.

Mocht u nog vragen hebben dan zal de onderzoeker of verpleegkundige u helpen.

H.M. den Hertog
Afdeling Neurologie
(053) 487 28 50
m.denhertog@mst.nl

Bijlage IV – Definitieve vragenlijst

Respondentnummer			
------------------	--	--	--

Vragenlijst

Keuzes van patiënten met een beroerte

Geachte heer, mevrouw,

Voor u ligt een vragenlijst voor een onderzoek. Deze gaat over de door u gemaakte keuzes bij het optreden van uw klachten van de beroerte. Bij een beroerte is het belangrijk dat u zo snel mogelijk de juiste hulp krijgt. Toen u de klachten kreeg kon u contact opnemen met verschillende zorgverleners, bijvoorbeeld uw huisarts, de huisartsenpost, 112 of spoedeisende hulp. U kon via verschillende routes terecht komen in het ziekenhuis. De ene route duurt soms langer dan de andere. Het is daarom belangrijk erachter te komen waarom u contact opnam met een bepaalde zorgverlener. Met deze informatie kan de zorg voor toekomstige patiënten met een beroerte verbeterd worden.

Uw naam wordt niet gevraagd, u zult uw naam dus nooit tegenkomen in een rapport over het onderzoek. Wel vragen wij om uw naam en geboortedatum in de toestemmingsverklaring (aan het einde van deze vragenlijst), zodat enkele medische gegevens uit de ziekenhuis registratie gehaald kunnen worden. Uw toestemmingsverklaring en vragenlijst worden in een afgesloten kast op Bureau Acute Zorg Euregio bewaard. Alleen de onderzoekers en hiertoe bevoegde instanties hebben toegang tot deze documenten. De toestemmingsverklaring en vragenlijst worden vijf jaar bewaard, waarna deze zullen worden vernietigd. Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Op ieder moment kunt u beslissen niet meer mee te doen aan het onderzoek. Dit kan door een onderzoeker, verpleegkundige of arts aan te spreken die aanwezig is.

De vragenlijst maakt deel uit van een onderzoek van Netwerk Acute Zorg Euregio en Universiteit Twente onder verantwoordelijkheid en begeleiding van een expertgroep waaraan ook neurologen deelnemen. Het onderzoek vindt plaats in Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede, Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo en Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) in Winterswijk .

Vragen kunt u stellen aan de onderzoeker, verpleegkundige of arts op de afdeling.

Invulinstructie

De vragenlijst bestaat uit 31 vragen en het invullen duurt circa vijftien minuten. De vragenlijst bestaat uit meerkeuzevragen en open vragen.

- Meerkeuze vragen beantwoordt u door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze
- Bij enkele meerkeuzevragen mag u meerdere antwoorden aankruisen, dit wordt bij de vraag vermeld.
- Open vragen beantwoordt u door uw antwoord in het daarvoor bestemde vak duidelijk leesbaar op te schrijven.
- Soms kunt u vragen overslaan. U ziet dan een pijl met uitleg naar welke vraag u verder kunt gaan.

☐ Nee **7 Ga door naar vraag 3**

☐ Ja

- Als u een antwoord wilt veranderen. Zet dan een pijl voor het juiste antwoord.

☐ Nee

7 ☐ Ja

Algemene informatie

1. Datum van vandaag (dag, maand, jaar)

- -

2. Ziekenhuis:

- ☐ Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede
- ☐ Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo
- ☐ Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) in Winterswijk

Klachtenpatroon

3. Welke klachten had u voor u contact opnam met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Verlamming van het gezicht, arm of been
- Doof gevoel in het gelaat, arm of been
- Problemen met de spraak (articulatie)
- Duizeligheid / evenwichtsstoornissen
- Coördinatieproblemen
- Dubbel zien
- Blindheid aan één of beide ogen / wazig zien
- Verward gedrag
- Hoofdpijn
- Bewusteloosheid
- Anders, namelijk:

4. Welke klachten vond u het sterkst aanwezig voor u contact opnam met een zorgverlener?

(één antwoord mogelijk. Indien één klacht aanwezig was, deze graag aankruisen)

- Verlamming van het gezicht, arm of been
- Doof gevoel in het gelaat, arm of been
- Problemen met de spraak (articulatie)
- Duizeligheid / evenwichtsstoornissen
- Coördinatieproblemen
- Dubbel zien
- Blindheid aan één of beide ogen / wazig zien
- Verward gedrag
- Hoofdpijn
- Bewusteloosheid
- Anders, namelijk:

5. Hoe ernstig vond u uw klachten vóór u contact opnam met een zorgverlener?

- ☐ Helemaal niet erg
- ☐ Niet heel erg
- ☐ Matig
- ☐ Erg
- ☐ Heel erg

6. Welk cijfer zou u de pijn die u had geven? Kruis het cijfer 0 aan wanneer u géén pijn had.
(hierbij geldt: 0 is 'geen pijn' en 10 is 'de ergst denkbare pijn mogelijk')

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

7. Wist u van tevoren wat een beroerte was?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

8. Wist u van tevoren welke klachten er bij een beroerte horen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

9. Heeft u, of iemand uit uw omgeving, eerder een beroerte (herseninfarct, hersenbloeding of TIA) gehad?

- ☐ Ja, ikzelf
- ☐ Ja, iemand uit mijn omgeving
- ☐ Ja, ikzelf en iemand uit mijn omgeving
- ☐ Nee ➔ **ga door naar vraag 11**
- ☐ Weet ik niet ➔ **ga door naar vraag 11**

10. Heeft de eerdere ervaring met een beroerte in uw omgeving invloed gehad op het herkennen van de klachten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

Omgeving

11. Waar woont u?

- ☐ Stedelijk (in een stad)
- ☐ Ruraal (in een (klein) dorp of op het platteland)

12. Wie was er bij u toen contact werd gezocht met een zorgverlener?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niemand, ik was alleen
- ☐ Partner of familie
- ☐ Bekende (kennis, vriend, collega, buurman of buurvrouw)
- ☐ Onbekende
- ☐ Anders, namelijk:

13. Heeft u zelf contact opgenomen met een zorgverlener?

- ☐ Ja ➔ **ga door naar vraag 15**
- ☐ Nee

14. Wie heeft contact opgenomen met een zorgverlener?

- ☐ Niemand
- ☐ Partner of familie
- ☐ Bekende (kennis, vriend, collega, buurman of buurvrouw)

- ☐ Onbekende
- ☐ Anders, namelijk:

15. Waar was u op het moment toen contact werd gezocht met een zorgverlener?

- ☐ Thuis
- ☐ Op het werk
- ☐ In het verkeer / openbaar vervoer
- ☐ Bij iemand anders
- ☐ Anders, namelijk:

16. Op welke dag van de week werd contact gezocht met een zorgverlener?

- ☐ Maandag
 ☐ Dinsdag
 ☐ Woensdag
 ☐ Donderdag
 ☐ Vrijdag
 ☐ Zaterdag
 ☐ Zondag

17. Op welk moment van de dag werd contact gezocht met een zorgverlener?

- ☐ Ochtend (08:00 tot 12:00)
- ☐ Middag (12:00 tot 17:00)
- ☐ Avond (17:00 tot 24:00)
- ☐ Nacht (24:00 tot 08:00)

Keuzeproces

18. Met welke zorgverlener is er als eerste telefonisch contact geweest?

(één antwoord mogelijk)

- ☐ Eigen huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer (112)
- ☐ Spoedeisende hulp
- ☐ Geen, ik ben met eigen vervoer naar de volgende zorgverlener gegaan:

19. Welke zorgverlener heeft u als eerste gezien?

- ☐ Eigen huisarts
- ☐ Zorgverlener huisartsenpost
- ☐ Ambulancemedewerker
- ☐ Zorgverlener spoedeisende hulp
- ☐ Anders, namelijk:

20. Welke reden(en) heeft/hebben meegespeeld om contact op te nemen met deze zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik vertrouwde de zorgverlener
- ☐ Ik wist niet wat ik had
- ☐ Ik wist welke hulp ik nodig had

- ☐ Advies van een persoon uit de omgeving
- ☐ De klachten waren niet erg genoeg om 112 te bellen
- ☐ Andere reden, namelijk:

21. Hoe snel kon u bij de zorgverlener terecht?

- ☐ Ik kon meteen terecht
- ☐ Ik kon binnen twee uur terecht
- ☐ Ik kon dezelfde dag nog terecht
- ☐ Ik kreeg een afspraak in dezelfde week
- ☐ Ik kreeg pas een week later een afspraak

22. Hebben mogelijke kosten (bijv. aanspraak op eigen risico) invloed gehad op uw keuze voor een bepaalde zorgverlener?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

23. Wat is uw ervaring in het algemeen met uw eigen huisarts?

- ☐ Zeer negatief
- ☐ Negatief
- ☐ Neutraal
- ☐ Positief
- ☐ Zeer positief
- ☐ Niet van toepassing; ik heb geen huisarts

24. Wat is uw ervaring met de huisartspost?

- ☐ Zeer negatief
- ☐ Negatief
- ☐ Neutraal
- ☐ Positief
- ☐ Zeer positief
- ☐ Niet van toepassing; niet eerder contact gehad

25. Wat is uw ervaring met de meldkamer ambulancedienst (112)?

- ☐ Zeer negatief
- ☐ Negatief
- ☐ Neutraal
- ☐ Positief
- ☐ Zeer positief
- ☐ Niet van toepassing; niet eerder contact gehad

26. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

(kruis het juiste vakje aan)

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>mee eens</i>	<i>helemaal mee eens</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Ik bel het liefst eerst mijn eigen huisarts voor hulp, omdat hij/zij mij kent en daarom het beste	☐	☐	☐	☐	☐

weet wat ik nodig heb.

Ik wil zorgverleners niet belasten met mijn klachten dus ik heb niet direct contact opgenomen. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

De ernst van mijn klachten hebben invloed gehad op mijn keuze voor de zorgverlener. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ik had verwacht dat ik dezelfde dag nog opgenomen zou worden in het ziekenhuis. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mijn klachten waren niet erg genoeg om contact op te nemen met 112. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ik vind het vervelend als er voor mij een ambulance in de straat staat. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?
(kruis het juiste vakje aan)

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>Neutraal</i>	<i>mee eens</i>	<i>helemaal mee eens</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Ik was bang / paniekerig toen contact opgenomen werd met een zorgverlener.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik schaamde mij om zorg te vragen.	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn angst / paniek heeft invloed gehad op de keuze voor een zorgverlener.	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn schaamte heeft invloed gehad op de keuze voor een zorgverlener.	☐	☐	☐	☐	☐

28. Mocht u in de toekomst soortgelijke klachten krijgen, wat zou u dan doen?

- ☐ Contact opnemen met eigen huisarts
- ☐ Huisartsenpost bellen
- ☐ Zelf naar huisartsenpost gaan
- ☐ Zelf naar spoedeisende hulp gaan
- ☐ 112 bellen
- ☐ Anders, namelijk:

29. Wat is uw hoogst genoten opleiding die u met een diploma heeft afgesloten?

- ☐ Basisonderwijs (lager onderwijs, speciaal onderwijs)
- ☐ Lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LHNO, LEAO, huishoudschool)
- ☐ Middelbaar algemeen onderwijs (bijv. VMBO, ULO, MULO, MAVO)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS, MEAO, MHNO)
- ☐ Voortgezet algemeen onderwijs (bijv. HBS, MMS, HAVO, VWO, gymnasium)
- ☐ Hoger beroeps onderwijs (bijv. HTS, HEAO, HHNO)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (Universiteit)
- ☐ Anders, namelijk:

30. Wat is uw geboorteland?

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Turkije
- ☐ Marokko
- ☐ Anders, namelijk:

31. Zijn uw ouders in hetzelfde land als uzelf geboren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, namelijk:

Dit is het einde van de vragenlijst. Als u nog opmerkingen heeft, kunt u deze hier noteren:

U kunt uw e-mailadres hieronder noteren indien u de resultaten van het onderzoek wilt ontvangen.

Wij willen u hartelijk bedanken voor het invullen van deze vragenlijst!
U kunt de vragenlijst inleveren bij de verpleegkundige.

Toestemmingsverklaring

Titel: Keuzes van patiënten met een beroerte voor een bepaalde keteningang

Datum:

In te vullen door de deelnemer

- Ik heb alle informatie in de uitnodiging gelezen. Ik heb voldoende de mogelijkheid gehad tot het stellen van vragen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan het onderzoek.
- Ik geef toestemming voor gebruik van de gegevens uit de ingevulde vragenlijst.
- Ik geef toestemming voor het opvragen van medische gegevens over de beroerte die ik heb gehad bij de medisch specialist die mij behandelt.
- Ik geef toestemming voor het bewaren van de gegevens uit het onderzoek gedurende een periode van 5 jaar, waarna deze zullen worden vernietigd.

Naam:

Geboortedatum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door de onderzoeker of verpleegkundige

- Ik verklaar dat ik deze deelnemer zo volledig mogelijk heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.
- Ik heb resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoord.

Naam onderzoeker of verpleegkundige.....

Handtekening onderzoeker of verpleegkundige:.....

Respondentnummer			
------------------	--	--	--

Bijlage V – Transcripten semi-gestructureerde interviews

Respondent 1

Deel 1.

Wij willen u nu enkele algemene vragen stellen over u zelf.

Vraag 1. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Lage school ik heb ja meerdere opleiding gedaan, maar niet afgemaakt

Vraag 2. Wat is uw geboorteland?

Hier in Nederland

Vraag 3. In welk dorp of in welke stad woont u? (Laten beschrijven als stedelijk of ruraal)

- ☐ Stedelijk – In een stad, hier in Enschede
- ☐ Landelijk (klein dorp of platteland)

Deel 2.

Wij hebben hiermee het eerste deel afgerond. Het volgende onderdeel gaat over uw klachten.

Vraag 1. Welke klachten heeft u ervaren?

[De patiënt zoveel mogelijk laten vertellen over de klachten. Aanvinken welke klachten benoemd worden en mogelijk kunnen deze opties gegeven worden wanneer de patiënt moeilijk zijn klachten kan omschrijven]

- Slapheid en verlies van kracht in hand, arm of been
- Verdoving in gezicht, mond, arm of been
- Duizeligheid of evenwichtsstoornissen
- Problemen met spreken of begrijpen van andere mensen
- Problemen met het zicht in één of beide ogen
- Felle hoofdpijn zonder aanwijsbare oorzaak
- Verwarring
- **Bewusteloosheid**
- Anders, namelijk:

R : Eigenlijk weinig klachten, want het gebeurt spontaan in 1 keer vind ik. Gewoon op de grond en niet bij machten om weer in de benen te komen ik heb 2,5 uur op de grond gelegen. Ik kon niet in bed komen tot op een gegeven moment met veel moeite heb ik me op kunnen trekken. De telefoon lag op de tafel en daar kon ik ook niet bij. Ik heb een buurman die kan ik dag en nacht bellen, maar dat lukte gewoon niet. Maar uiteindelijk ben ik toch in bed gekomen.

Vraag 2a. Welke van de eerder genoemde klachten waren het ergst?

Ik had maar één klacht

Vraag 2b. Waarom vond u deze klacht het ergst?

NVT

Vraag 3. Hoe ernstig waren uw klachten voor u contact opnam met een zorgverlener?

- ☐ Helemaal niet erg
- ☐ Niet heel erg
- ☐ Matig
- ☐ Erg
- ☐ Heel erg

Ik was vooral angstig, ernst dat weet ik niet. Daar heb ik natuurlijk geen verstand van ook omdat ik alleen woon.

Vraag 4a. Welk cijfer zou u de pijn die u had beoordelen op een schaal van 0 tot 10?

(Hierbij geldt: 0 is 'geen pijn' en 10 is 'de ergst denkbare pijn mogelijk')

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Ik heb geen pijn gehad

Vraag 4b. Waarom gaf u de pijn dit cijfer?

(Welke klachten speelden een rol of welke klachten speelden juist geen rol bij pijn?)

NVT

Vraag 5a. Wist u voordat de klachten begonnen wat een beroerte was?

(kennis)

☐ Ja

☐ Nee

Toelichting: Ik heb nu voor de vijfde keer een beroerte, dus ik wist het nu wel. De eerste keer wist ik het niet.

Vraag 5b. Heeft u of iemand in uw omgeving eerder een beroerte gehad? Zo ja, wie?

Nee niet in mijn omgeving. Ik heb zelf wel eerder een beroerte gehad

Vraag 5c. Denkt u dat deze ervaring invloed heeft gehad op het bellen van een zorgverlener?

Heeft u hierdoor eerder gebeld? Of juist later? En waarom?

Ik wist na de 1^e keer wel dat het weer een beroerte was.

Vraag 6a. Wist u waar de klachten op duiden? Was u bekend met deze klachten? Kennis over beroerte en welke symptomen bij een beroerte komen? (Kennis en vooral herkennen)

Mijn eerste beroerte was in oktober en toen wist ik het niet. Toen dacht ik wat is hier aan de hand. De keren daarna herkende ik het wel toen had ik weer dezelfde symptomen.

Vraag 6b. Zo ja, wist u hoe u hier mee om moest gaan? Wist u deze te koppelen aan een beroerte? (interpretatie)

Wist niet wat die moest doen, maar wist wel dat het om een beroerte ging.

Deel 3.

Dit waren de vragen over uw klachten. Nu willen wij graag weten in welke situatie u zich bevond toen u contact opnam met een zorgverlener.

Vraag 1. Wie waren er bij u toen u contact heeft gezocht met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ Niemand

☐ Partner

☐ Familie

☐ Kennis of vriend

☐ Collega

☐ Onbekende

☐ Anders, namelijk:

Vraag 2a. Wie heeft er contact opgenomen met de zorgverlener?

Ikzelf

[Indien iemand anders stel vraag 2b, indien zelf stel vraag 2c]

Vraag 2b. Waarom heeft iemand anders gebeld? *(was u met de keuze eens, heeft de omgeving gebeld omdat zij angstig waren?)*

NVT

Vraag 2c. Waarom heeft u zelf gebeld? *(interpretatie)*

Er was niemand anders

Vraag 3a. Waar was u toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Thuis
- ☐ Op werk
- ☐ Onderweg
- ☐ Bij iemand anders
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 3b. Waar was u mee bezig toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Rustige inspanning (slapen, TV kijken etc.)
- ☐ Matig inspanning (kantoor werk, huishouden etc.) Bij iemand anders
- ☐ Intensieve inspanning (zwaar lichamelijk werk, sporten etc.)
- ☐ Anders, namelijk:

Eigenlijk met niks opruimen en toen wilde ik naar bed. Ik kijk altijd het laatste nieuws om 12 en daarna ga ik naar bed, maar zo ver kwam ik niet.

Deel 4:

Graag willen wij nu meer te weten komen over hoe het keuzeproces heeft ervaren. Om dit te weten te komen zullen wij ook wat vragen stellen over uw keuze.

Vraag 1a. Met welke zorgverlener heeft u als eerste contact opgenomen vanwege uw klachten?

- ☐ Eigen huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer (112)
- ☐ Spoedeisende hulp
- ☐ Anders, namelijk met:

Ik heb contact opgenomen met de huisarts bij alle keren.

Vraag 1b. Heeft u deze zorgverlener ook als eerste gezien?

(bijvoorbeeld hap gebeld en die hebben 112 ingeschakeld)

Nee de huisarts is niet 1x geweest dus. Ik ben op eigen gelegenheid naar Ziekenhuis gegaan. Huisarts gaf aan dat die contact had opgenomen met het ziekenhuis en dat ik me daar moest gaan melden op de Spoed Eisende Hulp. De buurman die heeft me gebracht. Niet 1x met de ambulance gekomen.

Vraag 2. Heeft u voordat u contact opnam met een zorgverlener eerst contact gehad met mensen uit uw omgeving? Zo ja, wie en waarom?

(denk hierbij aan familie, collega's, vrienden. Gebeld voor advies, bevestiging, geruststelling)

Nee ik heb toen de huisarts alleen gebeld en die zei neem maar kleren mee want ik denk dat je er blijft. Hele aardige man.

Vraag 3a. Heeft u op een bepaald moment nagedacht over eventuele kosten die gepaard zouden gaan met contact opnemen met een zorgverlener?

(Bijvoorbeeld het aanspraak moeten maken op het eigen risico)

Nee daar denk ik helemaal niet bij na

Vraag 3b. Hebben de mogelijke kosten invloed gehad op uw keuze voor een zorgverlener?

Nvt

Vraag 4a. Heeft u in het verleden vervelende ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Nee, ja één keer vorige week met de fysiotherapeut die moest aan huis komen en dat heeft die ook drie keer gedaan, maar die deed niks dus die hoefde niet meer terug te komen. Hij praatte alleen maar over FC Twente ik zeg ja dat kan ik met de buurman ook

Vraag 4b. Heeft u in het verleden positieve ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Ja hier sowieso in het ziekenhuis.

Vraag 5a. Welk gevoel ervoer u toen u contact opnam met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk. Zoveel mogelijk zelf laten spreken en eventueel voorbeelden noemen)

- ☐ Schaamte
- ☐ **Angst**
- ☐ Paniek
- ☐ Boos
- ☐ Verdrietig

Toelichting: Nee schaamte of iets dergelijks niet. Ik heb na een paar keer wel gedacht ik hoop dat als ik er nou 1 krijg dat het een goede is. Want hier heb ik helemaal geen zin in. Dit is geen manier van leven ik kan niet meer doen wat ik wil. Ik kan zelfs geen boodschappen meer halen. Dan denk ik nou het is goed zo.

Vraag 5b. Voelde u zich bezwaard of belast tegenover iemand? Zo ja, tegenover wie?

(Denk hierbij aan zorgverlener (één specifiek) of familie)

Nee

Vraag 6. Wat is volgens u het beste om te doen wanneer iemand soortgelijke klachten krijgt?

(Wat zou u iemand die u kent aanraden met soortgelijke klachten?)

- ☐ Contact opnemen met eigen huisarts of huisartsenpost bellen
- ☐ Zelf naar huisartsenpost gaan
- ☐ Zelf naar spoedeisende hulp gaan
- ☐ 112 bellen
- ☐ **Anders, namelijk:**

Ik heb geen flauw idee, echt niet.

AFSLUITING

We hebben alle vragen van het interview doorlopen. Wij willen u graag de ruimte geven om eventuele vragen en/of opmerkingen te stellen of te vermelden.

Nee

Geluidsopname stoppen

Interview gestopt om (tijd):

10:28

Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van het onderzoek, dan kunnen wij dit later opsturen.

Zou u dit willen?

Respondent 2

Deel 1.

Wij willen u nu enkele algemene vragen stellen over u zelf.

Vraag 1. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

MEAO

Vraag 2. Wat is uw geboorteland?

Nederland

Vraag 3. In welk dorp of in welke stad woont u? (Laten beschrijven als stedelijk of ruraal)

- ☐ Stedelijk – In Haaksbergen
- ☐ Landelijk (klein dorp of platteland)

Deel 2.

Wij hebben hiermee het eerste deel afgerond. Het volgende onderdeel gaat over uw klachten.

Vraag 1. Welke klachten heeft u ervaren?

[De patiënt zoveel mogelijk laten vertellen over de klachten. Aanvinken welke klachten benoemd worden en mogelijk kunnen deze opties gegeven worden wanneer de patiënt moeilijk zijn klachten kan omschrijven]

- ☐ Slapheid en verlies van kracht in hand, arm of been
- ☐ **Verdoving in gezicht, mond, arm of been**
- ☐ Duizeligheid of evenwichtsstoornissen
- ☐ Problemen met spreken of begrijpen van andere mensen
- ☐ Problemen met het zicht in één of beide ogen
- ☐ Felle hoofdpijn zonder aanwijsbare oorzaak
- ☐ Verwarring
- ☐ Bewusteloosheid
- ☐ Anders, namelijk:

Toelichting: Ik had al een tijdje een beetje een raar gevoel in mijn wang, een vreemd gevoel. En ik ben vanuit thuis uit opgevoed; dat gaat wel over weet je wel. Ben toen toch naar de huisarts gegaan. Ik ben maandag naar de huisarts gegaan en heb aangegeven dat ik het al een tijdje had. En daar heeft hij verder eigenlijk niet zoveel mee gedaan. Hij zei alleen; als het erger wordt moet je komen. Toen verslechterde het, ik heb op dinsdagochtend weer gebeld. De assistente zou het toen overleggen met de huisarts. Toen belde hij terug dat ik met mijn man naar de spoedpost moest. Toen was het gedaan. Als ze zeiden doe de kiezen maar op elkaar dan zag je het duidelijk. Het is heel apart.

Vraag 2a. Welke van de eerder genoemde klachten waren het ergst?

NVT

Vraag 2b. Waarom vond u deze klacht het ergst?

NVT

Vraag 3. Hoe ernstig waren uw klachten voor u contact opnam met een zorgverlener?

- ☐ Helemaal niet erg
- ☐ Niet heel erg
- ☐ Matig
- ☐ Erg
- ☐ Heel erg

Toelichting: Eigenlijk is het best wel erg, maar ik voelde het niet als heel erg. Dat is zo apart. Moest pas weer contact opnemen als de klachten erger werden op advies van de huisarts en toen de klachten bleven aanhouden hadden ze weer contact opgenomen. Ging niet gelijk een belletje rinkelen.

Vraag 4a. Welk cijfer zou u de pijn die u had beoordelen op een schaal van 0 tot 10?

(Hierbij geldt: 0 is 'geen pijn' en 10 is 'de ergst denkbare pijn mogelijk')

• 0 • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8 • 9 • 10

Ik had eigenlijk geen pijn

Vraag 4b. Waarom gaf u de pijn dit cijfer?

(Welke klachten speelden een rol of welke klachten speelden juist geen rol bij pijn?)

NVT

Vraag 5a. Wist u voordat de klachten begonnen wat een beroerte was?

(kennis)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Toelichting: Totaal niet.

Vraag 5b. Heeft u of iemand in uw omgeving eerder een beroerte gehad? Zo ja, wie?

Nee volgens mij niet.

Vraag 5c. Denkt u dat deze ervaring invloed heeft gehad op het bellen van een zorgverlener?

Heeft u hierdoor eerder gebeld? Of juist later? En waarom?

NVT

Vraag 6a. Wist u waar de klachten op duiden? Was u bekend met deze klachten?

Kennis over beroerte en welke symptomen bij een beroerte komen? (Kennis en vooral herkennen)

Nee ik had geen idee

Vraag 6b. Zo ja, wist u hoe u hiermee om moest gaan? Wist u deze te koppelen aan een beroerte? (interpretatie)

NVT

Deel 3.

Dit waren de vragen over uw klachten. Nu willen wij graag weten in welke situatie u zich bevond toen u contact opnam met een zorgverlener.

Vraag 1. Wie waren er bij u toen u contact heeft gezocht met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niemand
- ☐ **Partner**
- ☐ Familie
- ☐ Kennis of vriend
- ☐ Collega
- ☐ Onbekende
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 2a. Wie heeft er contact opgenomen met de zorgverlener?

Ik heb zelf gebeld

[Indien iemand anders stel vraag 2b, indien zelf stel vraag 2c]

Vraag 2b. Waarom heeft iemand anders gebeld? (was u met de keuze eens, heeft de omgeving gebeld omdat zij angstig waren?)

NVT

Vraag 2c. Waarom heeft u zelf gebeld? (interpretatie)

Ik had zelf wel zoiets van dit is niet goed, maar ik wist niet waarom het zo erg was.

Vraag 3a. Waar was u toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ **Thuis**
- ☐ Op werk
- ☐ Onderweg
- ☐ Bij iemand anders
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 3b. Waar was u mee bezig toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Rustige inspanning (slapen, TV kijken etc.)
- ☐ Matig inspanning (kantoor werk, huishouden etc.)Bij iemand anders
- ☐ Intensieve inspanning (zwaar lichamelijk werk, sporten etc.)
- ☐ Anders, namelijk:

Toen ik de eerste klachten kreeg was ik gewoon dingen aan het doen op het werk aan de telefoon. Beetje eten met mijn collega. Gingen we nog wat drinken en toen liep het gewoon langs mijn mond. Ze had nog gezien dat ik het weg aan het vegen was. Maar dan denk je er toch niet bij na dat het zo erg is. Toen ik de tweede keer met de huisarts belde was ik gewoon thuis.

Deel 4:

Graag willen wij nu meer te weten komen over hoe het keuzeprocess heeft ervaren. Om dit te weten te komen zullen wij ook wat vragen stellen over uw keuze.

Vraag 1a. Met welke zorgverlener heeft u als eerste contact opgenomen vanwege uw klachten?

- ☐ **Eigen huisarts**
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer (112)
- ☐ Spoedeisende hulp

☐ Anders, namelijk met:

Vraag 1b. Heeft u deze zorgverlener ook als eerste gezien?

(bijvoorbeeld hap gebeld en die hebben 112 ingeschakeld)

Ja de huisarts heb ik ook gezien de eerste keer. 2^e keer heeft hij mij direct doorverwezen naar de spoedpost. Dat was gisteren en nu lig ik nog steeds hier.

Vraag 2. Heeft u voordat u contact opnam met een zorgverlener eerst contact gehad met mensen uit uw omgeving? Zo ja, wie en waarom?

(denk hierbij aan familie, collega's, vrienden. Gebeld voor advies, bevestiging, geruststelling)

Nee niet echt. Ik had met mijn collega wat gedronken, maar ik dacht dat ze het niet gezien had, dat het naast mijn wang liep. Maar zij heeft ook niet gezegd. Ze zei wel dat ik beter voor mijzelf moet opkomen.

Vraag 3a. Heeft u op een bepaald moment nagedacht over eventuele kosten die gepaard zouden gaan met contact opnemen met een zorgverlener?

(Bijvoorbeeld het aanspraak moeten maken op het eigen risico)

Nee heb ik niet over nagedacht

Vraag 3b. Hebben de mogelijke kosten invloed gehad op uw keuze voor een zorgverlener?

NVT

Vraag 4a. Heeft u in het verleden vervelende ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Nee ik ben niet zo heel vaak ziek, heb nog nooit eerder in het ziekenhuis gelegen. Ik heb wel het idee dat ze tegenwoordig zoiets hebben van kijk het maar even aan. Ik doe dat zelf ook. Mijn moeder zei dat vroeger ook altijd. Ze kunnen wel zien dat ik meerdere infarctjes gehad heb, maar daar heb ik ze nog niet over gesproken verder.

Vraag 4b. Heeft u in het verleden positieve ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Niet specifiek

Vraag 5a. Welk gevoel ervoer u toen u contact opnam met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk. Zoveel mogelijk zelf laten spreken en eventueel voorbeelden noemen)

- ☐ Schaamte
- ☐ Angst
- ☐ Paniek
- ☐ Boos
- ☐ Verdrietig

Toelichting: Het duurde eeuwen voordat ik er tussen was dat wel. Nog niet eens dat ik dacht ik heb wat ergs. Dus ik was nog wel rustig eigenlijk.

Vraag 5b. Voelde u zich bezwaard of belast tegenover iemand? Zo ja, tegenover wie?
(Denk hierbij aan zorgverlener (één specifiek) of familie)

Ja dat zit toch een beetje in mij dan moet een ander mijn werk weer doen. Maar goed ik moet zeggen dat ik daar op dit moment geen bal aan denk.

Vraag 6. Wat is volgens u het beste om te doen wanneer iemand soortgelijke klachten krijgt?

(Wat zou u iemand die u kent aanraden met soortgelijke klachten?)

- ☐ Contact opnemen met eigen huisarts of huisartsenpost bellen
- ☐ Zelf naar huisartsenpost gaan
- ☐ Zelf naar spoedeisende hulp gaan
- ☐ **112 bellen**
- ☐ Anders, namelijk:

Gelijk met 112 bellen als ze dezelfde symptomen zouden hebben.

AFSLUITING

We hebben alle vragen van het interview doorlopen. Wij willen u graag de ruimte geven om eventuele vragen en/of opmerkingen te stellen of te vermelden.

Nee

Geluidsopname stoppen

Interview gestopt om (tijd):

10:53

Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van het onderzoek, dan kunnen wij dit later opsturen. Zou u dit willen?

Respondent 3

Deel 1.

Wij willen u nu enkele algemene vragen stellen over u zelf.

Vraag 1. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

LTS, c niveau elektro

Vraag 2. Wat is uw geboorteland?

Nederland

Vraag 3. In welk dorp of in welke stad woont u? (Laten beschrijven als stedelijk of ruraal)

- ☐ Stedelijk
- ☐ **Landelijk (klein dorp of platteland) – Losser onder de 10 duizend man is nog wel een dorp.**

Deel 2.

Wij hebben hiermee het eerste deel afgerond. Het volgende onderdeel gaat over uw klachten.

Vraag 1. Welke klachten heeft u ervaren?

[De patiënt zoveel mogelijk laten vertellen over de klachten. Aanvinken welke klachten benoemd worden en mogelijk kunnen deze opties gegeven worden wanneer de patiënt moeilijk zijn klachten kan omschrijven]

- **Slapheid en verlies van kracht in hand, arm of been**
- Verdoving in gezicht, mond, arm of been
- **Duizeligheid of evenwichtsstoornissen**
- **Problemen met spreken of begrijpen van andere mensen**

- Problemen met het zicht in één of beide ogen
- Felle hoofdpijn zonder aanwijsbare oorzaak
- Verwarring
- Bewusteloosheid
- Anders, namelijk:

Was aan het vrachtwagen rijden. Toen werd ik een beetje slecht, beetje wazig. Heb ik de vrachtwagen aan de kant gezet. Ik denk neem een paracetamol, wat drinken en een sigaret en na 10 minuten prima kan wel weer. Na 3 km werden de bochten zo groot, ik kreeg meer uitval aan de rechterkant. Nou dit is niet helemaal fris. Aan de kant gezet bij tankstation en baas gebeld, het gaat niet goed. Was echt de eerste keer voor de baas dat dit is gebeurd. Heb het noodnummer gebeld van het bedrijf. Kon ik niet direct bereiken zat 20 minuten tussen. Baas nog een keer gebeld om vervangende chauffeur te regelen. Zat 2,5 uur tussen dat ze me hebben opgehaald en naar huis hebben gebracht. Dochter stond klaar en had dokter gebeld. Dokter wist niet wat het was. Ik ben kerngezond en slik geen tablet. Het was allemaal nieuw dus ik zocht er niks achter ook niet dat ik misschien een beroerte had. Ik ging toen lopen en slingerde van de ene naar de andere kant en toen hadden ze door dat het goed mis was en hebben ze de ambulance gebeld.

Vraag 2a. Welke van de eerder genoemde klachten waren het ergst?

Kan ik niet zeggen, alle klachten waren namelijk nieuw voor mij. Beetje wazig en beetje slecht en veel overgeven en je hebt wel in de gaten er iets niet goed is, maar je kan het niet plaatsen.

Vraag 2b. Waarom vond u deze klacht het ergst?

NVT

Vraag 3. Hoe ernstig waren uw klachten voor u contact opnam met een zorgverlener?

- ☐ Helemaal niet erg
- ☐ Niet heel erg
- ☐ Matig
- ☐ Erg
- ☐ Heel erg

Gewoon slecht, ik was gewoon slecht

Vraag 4a. Welk cijfer zou u de pijn die u had beoordelen op een schaal van 0 tot 10?

(Hierbij geldt: 0 is 'geen pijn' en 10 is 'de ergst denkbare pijn mogelijk')

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Ik had geen pijn, alleen uitval aan de rechterkant en geen pijn. Kon geen gas meer geven en wazig beeld. Vrachtwagen begon te slingeren. Ben de hele tijd tegenwoordigheid van geest geweest met volle verstand

Vraag 4b. Waarom gaf u de pijn dit cijfer?

(Welke klachten speelden een rol of welke klachten speelden juist geen rol bij pijn?)

NVT

Vraag 5a. Wist u voordat de klachten begonnen wat een beroerte was?

(kennis)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Toelichting: Nee ik had geen idee

Vraag 5b. Heeft u of iemand in uw omgeving eerder een beroerte gehad? Zo ja, wie?

Nee, niet dat ik weet. Nee ikzelf ook niet.

Vraag 5c. Denkt u dat deze ervaring invloed heeft gehad op het bellen van een zorgverlener?
Heeft u hierdoor eerder gebeld? Of juist later? En waarom?

NVT

Vraag 6a. Wist u waar de klachten op duiden? Was u bekend met deze klachten? *Kennis over beroerte en welke symptomen bij een beroerte komen? (Kennis en vooral herkennen)*

Nee, ik had geen idee. Totdat ik hier kwam. Ik kon het niet benoemen, ik wist het niet want ik ken het niet. Ik ben ook nooit ziek.

Vraag 6b. Zo ja, wist u hoe u hier mee om moest gaan? Wist u deze te koppelen aan een beroerte? *(interpretatie)*

Nee, alleen achteraf. Mijn vrouw zit in de zorg en die wist dit is niet helemaal pluis. Die heeft contact gezocht met mijn baas. Als chauffeur naar huis moet, wordt er gelijk 112 gebeld. Maar dat is niet gebeurd. Ik heb mijn baas opgebeld op het noodnummer, haal mij maar op. Niet wetende wat er aan de hand was. Hij zat op 30 km en had ook geen idee hoe de situatie was. Tweede keer belde hij dat hij een chauffeur had, toen zat die chauffeur nog 1 uur van Enschede af en nog 1 uur van Eibergen. Daar is mijn vrouw boos om geworden. Nu komt direct de ambulance.

Deel 3.

Dit waren de vragen over uw klachten. Nu willen wij graag weten in welke situatie u zich bevond toen u contact opnam met een zorgverlener.

Vraag 1. Wie waren er bij u toen u contact heeft gezocht met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niemand
- ☐ Partner
- ☐ Familie
- ☐ Kennis of vriend
- ☐ Collega
- ☐ Onbekende
- ☐ Anders, namelijk:

Ik was nooit ziek, ik wist niet waar ik het moest thuisbrengen. In begin was ik gewoon helemaal de wegwijft. Ik kwam eigenlijk pas tot rust toen ik in de ambulance lag.

Vraag 2a. Wie heeft er contact opgenomen met de zorgverlener?

Mijn dochter, maar ik heb eerst mijn vrouw gebeld. Die was aan het werk en mijn zoon ook. Mijn dochter was vrij en die heeft de huisarts gebeld. Die zag mij binnenkomen en heeft toen gelijk de ambulance gebeld.

[Indien iemand anders stel vraag 2b, indien zelf stel vraag 2c]

Vraag 2b. Waarom heeft iemand anders gebeld? *(was u met de keuze eens, heeft de omgeving gebeld omdat zij angstig waren?)*

Dat mijn dochter belde was wel makkelijker. Mijn stem was niet goed en dat had mijn dochter in de gaten. Ik mocht pas om 10:30 en toen zei mijn dochter dat gaat niet gebeuren. Vanuit de huisarts met toeters en bellen naar de ambulance. Toen ik binnen was in het ziekenhuis had ik nog 8 minuten om in de trombolysie te komen. Pijngrens 10 en nu 1 à 2. Nog wel duizelig en misselijk. Maar ja het is allemaal ook nog heel erg vers dus.

Vraag 2c. Waarom heeft u zelf gebeld? (interpretatie)

NVT

Vraag 3a. Waar was u toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Thuis
- ☐ **Op werk**
- ☐ Onderweg
- ☐ Bij iemand anders
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 3b. Waar was u mee bezig toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Rustige inspanning (slapen, TV kijken etc.)
- ☐ Matig inspanning (kantoor werk, huishouden etc.) Bij iemand anders
- ☐ Intensieve inspanning (zwaar lichamelijk werk, sporten etc.)
- ☐ Anders, namelijk:

R: Aan het rijden.

I: Hoelang was u al aan de werk?

R: Goede drie kwartier/40 minuten. Toen 10 minuten aan de kant en weer rijden.

Je doet toch gewoon je ding en je kunt het niet plaatsen je bent alleen. Ik denk ik neem paracetamol en dan gaat het wel over, maar dit ging niet over van de paracetamol.

Deel 4:

Graag willen wij nu meer te weten komen over hoe het keuzeprocess heeft ervaren. Om dit te weten te komen zullen wij ook wat vragen stellen over uw keuze.

Vraag 1a. Met welke zorgverlener heeft u als eerste contact opgenomen vanwege uw klachten?

- ☐ **Eigen huisarts**
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer (112)
- ☐ Spoedeisende hulp
- ☐ Anders, namelijk met:

Vraag 1b. Heeft u deze zorgverlener ook als eerste gezien?

(bijvoorbeeld hap gebeld en die hebben 112 ingeschakeld)

Ja mijn dochter stond klaar met de auto en toen door naar de dokter.

Vraag 2. Heeft u voordat u contact opnam met een zorgverlener eerst contact gehad met mensen uit uw omgeving? Zo ja, wie en waarom?

(denk hierbij aan familie, collega's, vrienden. Gebeld voor advies, bevestiging, geruststelling)

Eerst baas, om mij op te laten halen. Daarna mijn vrouw en daarna dochter.

Vraag 3a. Heeft u op een bepaald moment nagedacht over eventuele kosten die gepaard zouden gaan met contact opnemen met een zorgverlener?

(Bijvoorbeeld het aanspraak moeten maken op het eigen risico)

Nee helemaal niks. Ik ben verzekerd dus ik neem aan dat het allemaal goed komt. Dat zijn geen dingen waar ik mij druk om maak. Ook om mijn werk niet. Ik mag nu 6 weken niet deelnemen aan het verkeer. Dat is wel een vraag: hoe kom ik daar uit? Maar daar maak ik me niet heel druk om. Zo

niet, helaas pindakaas.

Vraag 3b. Hebben de mogelijke kosten invloed gehad op uw keuze voor een zorgverlener?

NVT

Vraag 4a. Heeft u in het verleden vervelende ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Nee nooit, ik kreeg vaker geld weer dan dat ik betalen moest. Ik kwam nooit bij een dokter.

Vraag 4b. Heeft u in het verleden positieve ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Jawel. Ik heb een staaroperatie gehad. Ik moet eigenlijk vrijdag voor controle voor mijn andere oog. Ik weet niet hoe ik reageer op de bloedverdunners. Als ze de lens eraf halen en dan gaat bloeden dan loop ik leeg dan wordt je daar ook niet echt vrolijk van. Enige wat ik nog moet is een MRI, voor de rest is alles goed. Ze hebben zelden zulke mooie bloedvaten gezien.

Vraag 5a. Welk gevoel ervoer u toen u contact opnam met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk. Zoveel mogelijk zelf laten spreken en eventueel voorbeelden noemen)

- ☐ Schaamte
- ☐ Angst
- ☐ Paniek
- ☐ Boos
- ☐ Verdrietig (emotioneel)

Toelichting: Bang en angstig eigenlijk helemaal niet. Ik was vrij emotioneel omdat ik het niet kon plaatsen. Ik wist niet wat er kon gebeuren. Toen ambulance personeel was zakte alles weg. Nu ben ik in goede handen en kunnen we weer verder. Tot aan dat moment (2,5 – 3 uur) heb geen besef. Dan denk je alleen wat overkomt je.

Vraag 5b. Voelde u zich bezwaard of belast tegenover iemand? Zo ja, tegenover wie?

(Denk hierbij aan zorgverlener (één specifiek) of familie)

Nee tegenover niemand

Vraag 6. Wat is volgens u het beste om te doen wanneer iemand soortgelijke klachten krijgt?

(Wat zou u iemand die u kent aanraden met soortgelijke klachten?)

- ☐ Contact opnemen met eigen huisarts of huisartsenpost bellen
- ☐ Zelf naar huisartsenpost gaan
- ☐ Zelf naar spoedeisende hulp gaan
- ☐ 112 bellen
- ☐ Anders, namelijk:

Als je er bij komt direct 112 bellen. Omdat ik alleen was en het niet kon plaatsen, zeg het maar: wat moet je doen? Als je nooit ziek bent. Om 112 bellen kwam helemaal niet bij mij op. Als je er vaker ervaring mee hebt dan zeg ik ja je hebt gelijk, maar ik wist alleen dat ik slecht te pas was en het niet weg wou.

AFSLUITING

We hebben alle vragen van het interview doorlopen. Wij willen u graag de ruimte geven om eventuele vragen en/of opmerkingen te stellen of te vermelden.

Geluk dat vrouw in de zorg werkt. Ik mag vandaag naar huis en dan moeten we maar kijken hoe de revalidatie in zijn werk gaat.

Geluidsopname stoppen

Interview gestopt om (tijd):

12:31

Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van het onderzoek, dan kunnen wij dit later opsturen. Zou u dit willen?

Respondent 4

Deel 1.

Wij willen u nu enkele algemene vragen stellen over u zelf.

Vraag 1. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Ik heb de lagere school gedaan. Oh nee de Huishoudschool

Vraag 2. Wat is uw geboorteland?

Ik ben gewoon geboren in Nederland

Vraag 3. In welk dorp of in welke stad woont u? (Laten beschrijven als stedelijk of ruraal)

- ☐ Stedelijk
- ☒ Landelijk (klein dorp of platteland) in Oosterbeek

Deel 2.

Wij hebben hiermee het eerste deel afgerond. Het volgende onderdeel gaat over uw klachten.

Vraag 1. Welke klachten heeft u ervaren?

[De patiënt zoveel mogelijk laten vertellen over de klachten. Aanvinken welke klachten benoemd worden en mogelijk kunnen deze opties gegeven worden wanneer de patiënt moeilijk zijn klachten kan omschrijven]

- Slapheid en verlies van kracht in hand, arm of been
- Verdoving in gezicht, mond, arm of been
- Duizeligheid of evenwichtsstoornissen
- **Problemen met spreken of begrijpen van andere mensen**
- Problemen met het zicht in één of beide ogen
- Felle hoofdpijn zonder aanwijsbare oorzaak
- Verwarring
- Bewusteloosheid
- Anders, namelijk:

Ik kon helemaal niet meer praten. Ik heb alleen tegen mijn man gezegd, wij zaten in een huisje, Job spullen pakken we moeten naar huis. Geen verdere klachten, later in het ziekenhuis viel de rechterkant verder weg

Vraag 2a. Welke van de eerder genoemde klachten waren het ergst?

NVT – voor contact met zorgverlener was enkel probleem met de spraak

Vraag 2b. Waarom vond u deze klacht het ergst?

NVT

Vraag 3. Hoe ernstig waren uw klachten voor u contact opnam met een zorgverlener?

- ☐ Helemaal niet erg
- ☐ Niet heel erg
- ☐ Matig
- ☐ Erg
- ☐ Heel erg

Ik had alleen last van spraak, ik kon alles verder nog, ik heb gewoon mijn tas nog in kunnen pakken in het huisje.

Vraag 4a. Welk cijfer zou u de pijn die u had beoordelen op een schaal van 0 tot 10?

(Hierbij geldt: 0 is 'geen pijn' en 10 is 'de ergst denkbare pijn mogelijk')

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Vraag 4b. Waarom gaf u de pijn dit cijfer?

(Welke klachten speelden een rol of welke klachten speelden juist geen rol bij pijn?)

NVT

Vraag 5a. Wist u voordat de klachten begonnen wat een beroerte was?

(kennis)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Toelichting: Dit is mis, dat wist ik meteen, dat het een beroerte zou zijn

Vraag 5b. Heeft u of iemand in uw omgeving eerder een beroerte gehad? Zo ja, wie?

Nee, maar vanuit de opleiding wist ik wel enigszins wat er aan de hand was.

Vraag 5c. Denkt u dat deze ervaring invloed heeft gehad op het bellen van een zorgverlener?

Heeft u hierdoor eerder gebeld? Of juist later? En waarom?

NVT

Vraag 6a. Wist u waar de klachten op duiden? Was u bekend met deze klachten? Kennis over beroerte en welke symptomen bij een beroerte komen? (Kennis en vooral herkennen)

Ja, van mijn vorige werk had ik EHBO lessen en van daaruit wist ik het nog.

Vraag 6b. Zo ja, wist u hoe u hier mee om moest gaan? Wist u deze te koppelen aan een beroerte? (interpretatie)

Nee dat wist ik niet meteen, maar wel dat we gelijk naar het ziekenhuis moesten.

Deel 3.

Dit waren de vragen over uw klachten. Nu willen wij graag weten in welke situatie u zich bevond toen u contact opnam met een zorgverlener.

Vraag 1. Wie waren er bij u toen u contact heeft gezocht met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niemand
- ☐ **Partner**
- ☐ Familie
- ☐ **Kennis of vriend**
- ☐ Collega
- ☐ Onbekende
- ☐ Anders, namelijk:

Vraag 2a. Wie heeft er contact opgenomen met de zorgverlener?

Mijn kennis heeft gelijk 112 gebeld

[Indien iemand anders stel vraag 2b, indien zelf stel vraag 2c]

Vraag 2b. Waarom heeft iemand anders gebeld? (was u met de keuze eens, heeft de omgeving gebeld omdat zij angstig waren?)

Ik kon niet meer praten en mijn man wist niet gelijk goed wat er moest gebeuren, hij ziet dit als zijn tekortkomen.

Vraag 2c. Waarom heeft u zelf gebeld? (interpretatie)

NVT

Vraag 3a. Waar was u toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ Thuis
- ☐ Op werk
- ☐ Onderweg
- ☐ Bij iemand anders
- ☐ **Anders, namelijk:**

We waren op een paar dagen weg. We zaten in een blokhut bij kennissen.

Vraag 3b. Waar was u mee bezig toen u contact opnam met de zorgverlener?

- ☐ **Rustige inspanning (slapen, TV kijken etc.)**
- ☐ Matig inspanning (kantoor werk, huishouden etc.) Bij iemand anders
- ☐ Intensieve inspanning (zwaar lichamelijk werk, sporten etc.)
- ☐ Anders, namelijk:

Heel ontspannen aan het genieten. Ik was aan het wakker worden.

Deel 4:

Graag willen wij nu meer te weten komen over hoe het keuzeproces heeft ervaren. Om dit te weten te komen zullen wij ook wat vragen stellen over uw keuze.

Vraag 1a. Met welke zorgverlener heeft u als eerste contact opgenomen vanwege uw klachten?

- ☐ Eigen huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ **Ambulance meldkamer (112)**
- ☐ Spoedeisende hulp

☐ Anders, namelijk met:

Vraag 1b. Heeft u deze zorgverlener ook als eerste gezien?

(bijvoorbeeld hap gebeld en die hebben 112 ingeschakeld)

Ja gelijk met de ambulance

Vraag 2. Heeft u voordat u contact opnam met een zorgverlener eerst contact gehad met mensen uit uw omgeving? Zo ja, wie en waarom?

(denk hierbij aan familie, collega's, vrienden. Gebeld voor advies, bevestiging, geruststelling)

Ja met de kennis die het gelijk herkende als een infarct en die wist ook dat ik binnen een paar uur in het ziekenhuis moest zijn.

Vraag 3a. Heeft u op een bepaald moment nagedacht over eventuele kosten die gepaard zouden gaan met contact opnemen met een zorgverlener?

(Bijvoorbeeld het aanspraak moeten maken op het eigen risico)

Nee, dat is echt latere zorg!

Vraag 3b. Hebben de mogelijke kosten invloed gehad op uw keuze voor een zorgverlener?

NVT

Vraag 4a. Heeft u in het verleden vervelende ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Nee, niet direct zelf alleen bij mijn moeder in het bejaardentehuis.

Vraag 4b. Heeft u in het verleden positieve ervaringen gehad met een zorgverlener? Zo ja, met welke zorgverlener?

- ☐ Huisarts
- ☐ Huisartsenpost
- ☐ Ambulance meldkamer
- ☐ Spoedeisende hulp

Toelichting: Eigenlijk altijd fijn geholpen, maar kom er praktisch nooit.

Vraag 5a. Welk gevoel ervoer u toen u contact opnam met een zorgverlener?

(meerdere antwoorden mogelijk. Zoveel mogelijk zelf laten spreken en eventueel voorbeelden noemen)

- ☐ Schaamte
- ☐ Angst
- ☐ Paniek
- ☐ Boos
- ☐ Verdrietig

Ik had geen specifiek gevoel, misschien achteraf wel, maar dat kan ik me niet herinneren.

Vraag 5b. Voelde u zich bezwaard of belast tegenover iemand? Zo ja, tegenover wie?

(Denk hierbij aan zorgverlener (één specifiek) of familie)

Het moeilijk praten vind ik bezwarend voor mijn man vooral, ik wil alles zelf kunnen doen en dingen voor mijn man willen.

Vraag 6. Wat is volgens u het beste om te doen wanneer iemand soortgelijke klachten krijgt?

(Wat zou u iemand die u kent aanraden met soortgelijke klachten?)

- ☐ Contact opnemen met eigen huisarts of huisartsenpost bellen
- ☐ Zelf naar huisartsenpost gaan
- ☐ Zelf naar spoedeisende hulp gaan
- ☐ **112 bellen**
- ☐ Anders, namelijk:

Dan meteen bellen naar 112.

AFSLUITING

We hebben alle vragen van het interview doorlopen. Wij willen u graag de ruimte geven om eventuele vragen en/of opmerkingen te stellen of te vermelden.

Nee ik hoop dat je succes ermee hebt.

Geluidsopname stoppen

Interview gestopt om *(tijd)*:

11.49

Ik wil u graag hartelijk bedanken voor uw medewerking.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de uitkomsten van het onderzoek, dan kunnen wij dit later opsturen.

Zou u dit willen?