

Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten (2019)

Een onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg

M. Rolink
M. Zuurmond
D. de Boer
N. Bos



NIVEL
Kennis voor betere zorg



**AMBULANCEZORG
NEDERLAND**

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Mei 2020

ISBN 978-94-6122-621-1

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2020 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten (2019)'. Dit rapport beschrijft de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg. Om kwaliteit van ambulancezorg te monitoren en waar nodig te verbeteren bieden de ervaringen van patiënten een aanknopingspunt. Volgens sectorale afspraken wordt daarom iedere drie jaar een landelijk patiëntervaringsonderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek is door Nivel uitgevoerd in opdracht van Ambulancezorg Nederland en betreft de tweede landelijke meting. Alle regionale ambulancevoorzieningen hebben aan dit onderzoek deelgenomen. De resultaten van het onderzoek geven inzicht in de geboden kwaliteit van de ambulancezorg vanuit het perspectief van de patiënt en bieden daarbij aanknopingspunten voor verbetering.

We danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun deskundige inbreng gedurende de looptijd van het onderzoek. De leden zijn: Silvie van Doorn (namens Verplegenden en Verzorgenden Nederland afdeling Ambulancezorg: verpleegkundig specialist, RAV Brabant Midden West Noord), Harm van de Pas (namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg: medisch manager ambulancezorg, RAV Brabant Midden West Noord en RAV Brabant Zuidoost), Gerard Berendschot (namens Ambulancezorg Nederland: manager kwaliteit en beleid, RAV IJsselland), Edith Dekker (senior adviseur patiëntenbelang, Patiëntenfederatie Nederland), Margreet Hoogeveen (programmamanager kwaliteit, Ambulancezorg Nederland), Angelique van der Weerd (beleidsmedewerker kwaliteit, Ambulancezorg Nederland).

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond	7
1.2	Aanleiding	8
1.3	Doel- en vraagstellingen	9
1.4	Onderzoekopzet	9
1.5	Leeswijzer	11
2	Conclusies en aanbevelingen	12
2.1	Dataverzameling en respons	12
2.2	Patiëntervaringen met de planbare ambulancezorg	12
2.3	Ervaringen met de spoedeisende ambulancezorg	13
2.4	Gewenste veranderingen	14
2.5	Aanbevelingen toekomstige metingen en onderzoek	15
3	Respons en respondenten	17
3.1	Dataverzameling	17
3.2	Respons en respondenten	17
4	Schaalscores en onderliggende items CQI planbare ambulancezorg	22
5	Schaalscores en onderliggende items CQI spoedeisende ambulancezorg	26
6	Verbeterpotentieel van de ambulancezorg	33
6.1	Opmerkingen over gewenste verandering	33
	Referenties	35
	Bijlage A RAV-regio's en RAV's	36
	Bijlage B Steekproeven en dataverzameling	38
	Bijlage C Aanpassingen vragenlijsten spoedeisende en planbare ambulancezorg	40
	Bijlage D Overzicht ervaringsvragen CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg	41

Samenvatting

Patiënten zeer tevreden over de ambulancezorg

Uit het landelijke vragenlijstonderzoek naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg, dat in 2019 onder alle Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) is uitgevoerd, blijkt dat deze ervaringen zeer positief zijn en de kwaliteit van de zorgverlening in de ambulancesector vanuit patiëntenperspectief hoog scoort. Tegelijkertijd laten kwalitatieve verdiepende resultaten uit open antwoorden en het Burgerplatform ambulancezorg zien dat op kleinere aspecten van de ambulancezorgverlening nog kleine verbetering mogelijk is. Het onderzoek is uitgevoerd met twee gevalideerde vragenlijsten voor patiëntervaringen in de ambulancezorg: de Consumer Quality Index (CQI) planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg.

Continue hoge kwaliteit van ambulancezorg

Het patiëntervaringsonderzoek in 2019 is de tweede landelijke meting naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg. Beide metingen laten vanuit het perspectief van patiënten een onveranderd consistent beeld zien van de hoge kwaliteit van ambulancezorg. Hiermee kan de sector stellen dat het continue hoge kwaliteit van zorg levert, die zeer ruim voldoet aan de verwachtingen van de patiënten. De planbare ambulancezorg wordt gewaardeerd met een 9,1 in 2019 ten opzichte van een 9,0 in 2016 (10-puntsschaal). Ook op de kwaliteitsthema's vervoer, bejegening, handelen en communicatie zijn de scores vergelijkbaar. De spoedeisende ambulancezorg wordt gewaardeerd met een 9,1 voor het ambulancepersoneel in 2019 en dit komt overeen met de waardering in 2016. De waardering voor het personeel van de meldkamer is een 8,7 in 2019. In 2016 was het waarderingcijfer een 8,6. Het blijkt dat centralisten nog vaker vertellen aan de melder wat hij/zij kan doen tot het moment waarop de ambulance arriveert en zij doen dit op een begrijpelijke manier.

Verbeterpunten

Uit het onderzoek komen kleine verbeterpunten naar voren. Patiënten die planbare ambulancezorg ontvangen, kunnen nog beter geïnformeerd worden over het tijdstip van het vervoer. Daarnaast kan de afronding van de zorg bij de patiënt thuis nog beter. Deze twee punten kwamen ook in het onderzoek van 2016 naar voren als kleine verbeterpunten. Bij de spoedeisende ambulancezorg kan de keuze voor een ziekenhuis beter worden uitgelegd aan de patiënt. De ambulancezorg scoort op dit punt minder positief dan in 2016 toen dit punt ook al naar voren kwam als verbeterpunt.

Gewenste veranderingen

Het stellen van een open vraag over de gewenste veranderingen van de ambulancezorg leverde voor zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg aanvullende informatie op over aspecten waar de sector mee aan de slag kan gaan. Het merendeel van de patiënten gaf echter aan dat alles in orde was en er geen veranderingen nodig zijn. De antwoorden van de overige respondenten zijn voor zover mogelijk gecategoriseerd. De volgende onderwerpen kwamen naar voren waar de sector mee aan de slag kan gaan, namelijk informatievoorziening aan de patiënt en een passende manier van communicatie. Patiënten hebben behoefte aan een persoonlijke benadering en communicatie op maat. Zij willen geïnformeerd worden over het tijdstip van vervoer, de verleende zorg en eventueel nazorg, en in het geval van planbare ambulancezorg uitleg over de reden van vervoer. Daarnaast is volgens enkele patiënten betere samenwerking tussen ketenpartners en uitwisseling van gegevens gewenst. Dit jaar werden aanzienlijk meer opmerkingen gemaakt over de ambulancezorg op systemisch niveau, bijvoorbeeld dat er meer financiering voor de ambulancezorg nodig is, meer personeel en ambulance eenheden en meer waardering en respect voor het ambulancepersoneel.

Burgerplatform ambulancezorg

Aanvullend op het vragenlijstonderzoek heeft het Nivel een bijeenkomst georganiseerd met personen met en zonder ervaring met ambulancezorg, een Burgerplatform ambulancezorg. Tijdens de bijeenkomst werden discussies gevoerd met de deelnemers over de onderwerpen communicatie, samen beslissen en samenwerking in de acute zorg/zorgcoördinatie. De opbrengsten van het Burgerplatform geven een goede verdieping op de resultaten van het vragenlijstonderzoek. Informatieverstrekking komt als overstijgend aandachtspunt naar voren.

Aanbevelingen toekomstige metingen en onderzoek

Het valt aan te bevelen om toekomstig onderzoek op vergelijkbare wijze uit te voeren, waarbij aandacht wordt besteed aan: de verzendmethode, belangsscores, verdiepende kwalitatieve inzichten en het monitoren van ontwikkelingen binnen de ambulancezorg en specifieke patiëntengroepen. De opbrengst van het CQI vragenlijstonderzoek is toepasbaar voor (landelijke) monitoring en verantwoording van de kwaliteit van ambulancezorg. CQI vragenlijsten zijn geschikt om veranderingen in de ambulancesector die invloed hebben op de ervaringen van patiënten te signaleren. Het continueren van het CQI vragenlijstonderzoek, met schriftelijke vragenlijsten, valt daarom aan te bevelen. Bij het (lokaal) meten van patiëntervaringen als onderdeel van het kwaliteitsbeleid ligt de nadruk op verbetering. Met name de opbrengsten van het Burgerplatform kunnen hiervoor input bieden. Het wordt daarom aanbevolen om bij vervolgmetingen met de CQI vragenlijsten aanvullend een Burgerplatform te organiseren voor verdiepende (kwalitatieve) inzichten. De laatste aanbeveling betreft het opnieuw bepalen van belangsscores in een volgende meting om prioriteiten van patiënten tijdens ambulancezorg te herijken.

1 Inleiding

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van het landelijk onderzoek naar de kwaliteit van ambulancezorg vanuit het patiëntperspectief. Volgens sectorale afspraken wordt iedere drie jaar een vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg. Dit onderzoek is de tweede landelijke meting en betreft een herhaalde meting van de meting in 2016. De ervaringen van patiënten met de ambulancezorg zijn gemeten door middel van twee Consumer Quality Index vragenlijsten (de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende hulp). Deze CQI-vragenlijsten zijn afgenomen onder alle 23 RAV's. De resultaten van dit onderzoek tonen een landelijk beeld van de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg (spoedeisend en planbare ambulancezorg) in 2019 en laten overeenkomsten en verschillen zien met de ervaringen in 2016.

1.1 Achtergrond

De Nederlandse ambulancezorg

De ambulancezorg in Nederland is regionaal georganiseerd in Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Er zijn in Nederland 23 RAV's en 25 RAV-regio's. De RAV is sinds 1 januari 2013, op grond van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz), aangewezen als de rechtspersoon die ambulancezorg mag verlenen en de meldkamer ambulancezorg in stand moet houden. Een overzicht van de RAV-regio's en RAV's is te vinden in bijlage A. Ambulancezorg Nederland (AZN) is de overkoepelende sectororganisatie en behartigt de belangen van de RAV's.

Soorten ambulance inzetten

Binnen de ambulancezorg wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en niet-spoedeisende (planbare) ambulancezorg. De spoedeisende ambulancezorg kent op dit moment¹ twee urgentieniveaus: A1-urgentie voor levensbedreigende situaties en A2-urgentie voor niet levensbedreigende situaties, waarbij wel sprake is van (mogelijke) gezondheidsschade. Spoedeisende ambulancezorg inzetten maken ongeveer 75% uit van de ruim 1,3 miljoen inzetten in een jaar (1). Bij een deel van de spoedeisende inzetten wordt na beoordeling door ambulanceverpleegkundige alleen zorg ter plaatse verleend (mobiel zorgconsult). Deze mobiele zorgconsulten, voorheen eerste hulp geen vervoer (EHGV) genoemd, vormen 30% van het totale aantal spoedeisende ambulancezorg.

Planbare ambulancezorg betreft vervoer met zorg van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en een zorginstelling voor diagnostiek, behandeling, opname of ontslag. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt, c.q. de aanvrager gemaakt, over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming. Aan deze planbare ambulancezorg-inzetten wordt een B-urgentie toegekend.

CQI vragenlijsten

CQI vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerd en meten ervaringen van consumenten met de zorg. Via CQI-vragenlijsten wordt ook het belang gemeten dat door patiënten wordt toegekend aan

¹ Er vindt op dit moment in Nederland een onderzoek plaats naar een nieuwe urgentie-indeling voor de ambulancezorg. Het Nivel heeft hiervoor in 2019 een inventariserend onderzoek verricht naar urgenties in het buitenland. Meer hierover is te vinden op: <https://www.nivel.nl/nl/project/urgentie-de-ambulancezorg-en-de-acute-eerstelijns-zorgketen-een-verantwoording-voor-de>

kwaliteitsaspecten. De combinatie van de (gerapporteerde) ervaringen en belangsscores maken het mogelijk om voor verschillende kwaliteitsaspecten verbetercores uit te rekenen. Verbetercores kunnen de basis vormen voor programma's gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging.

CQI onderzoek in de ambulancezorg

AZN heeft sinds 2010 geïnvesteerd in het ontwikkelen van gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijsten. Allereerst werd de CQI spoedeisende ambulancezorg ontwikkeld. In 2013 werd naast het onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de spoedeisende ambulancezorg de CQI planbare ambulancezorg ontwikkeld, zodat over de volle breedte van de ambulancezorg de ervaringen van patiënten gemeten kunnen worden (2).

In 2016 vond de eerste landelijke meting met beide CQI vragenlijsten plaats, inclusief de ervaringen van patiënten met het mobiel zorgconsult. Het onderzoek liet zien dat de ervaringen met de ambulancezorg zeer positief zijn, met een gemiddeld waarderingscijfer van een negen. De ervaringen op de kwaliteitsthema's meldkamer, vervoer, bejegening, handelen, communicatie en SEH scoorden allen gemiddeld hoger dan 3,7 op een vierpuntsschaal. Uit het onderzoek kwamen slechts kleine verbeterpunten naar voren. Zo bleek dat patiënten bijvoorbeeld nog beter geïnformeerd konden worden over een eventuele wachttijd, in geval voor hen een ambulance-inzet was gepland. Daarnaast kon de afronding van de zorg bij de patiënt thuis wellicht nog beter. Daarbij werden in het landelijk onderzoek geen verschillen gevonden tussen RAV's - oftewel het onderscheidend vermogen van de beide CQ-indexen was zeer beperkt. Om die reden werd aanbevolen om beide meetinstrumenten niet met het doel van benchmarking in te zetten, maar vooral te kijken naar ontwikkelingen op landelijk niveau (3). De twee vragenlijsten CQI spoedeisende ambulancezorg en CQI planbare ambulancezorg staan sinds 2017 opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland (4).

Inhoud CQI spoedeisende en planbare ambulancezorg

De kwaliteitsaspecten van de CQI spoedeisende Ambulancezorg hebben betrekking op zes thema's: (1) meldkamer, (2) bejegening, (3) handelen, (4) communicatie, (5) vervoer en (6) Spoedeisende Hulp (SEH). De kwaliteitsaspecten van de CQI planbare ambulancezorg hebben betrekking op vier thema's: (1) vervoer, (2) bejegening, (3) handelen en (4) communicatie van het ambulancepersoneel, en komen overeen met de thema's van de CQI spoedeisende ambulancezorg. Hierdoor is het mogelijk om de ervaringen van patiënten met de spoedeisende en de planbare ambulancezorg te vergelijken.

1.2 Aanleiding

Inzicht in kwaliteit en verbeterpunten

Conform het kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg, neemt ook binnen de ambulancesector de ontwikkeling van inhoudelijke kwaliteitsnormen, waaronder de ervaringen van patiënten in belang toe. Om kwaliteit van ambulancezorg te monitoren en waar nodig te verbeteren bieden de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg een aanknopingspunt. Het centraal stellen van de patiënt is een van de uitgangspunten in het kwaliteitskader ambulancezorg, dat AZN heeft ontwikkeld in samenwerking met de beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Landelijk Netwerk Acute Zorg, GGD GHOR Nederland, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, ketenpartners, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit houdt in dat RAV's de zorg afstemmen op de vraag en behoefte van patiënten. Dit komt op verschillende manieren terug in het kwaliteitskader. Een van de sectorale afspraken is dat RAV's

periodiek (minimaal iedere 3 jaar) een patiëntervaringsonderzoek uitvoeren (5). Ook gaat het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg vanuit het patiëntperspectief onderdeel uitmaken van de nieuwe wetgeving die in 2020 wordt verwacht ter vervanging van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAz). Het voorliggende onderzoek naar patiëntervaringen sluit hierdoor aan bij het kwaliteitsbeleid van de ambulancesector.

1.3 Doel- en vraagstellingen

Dit onderzoek heeft het doel om een landelijk beeld te krijgen van de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg. Het betreft een herhaalde meting van de landelijke meting in 2016. De focus van het onderzoek ligt op de vergelijkbaarheid van de ervaringen van patiënten met de spoedeisende en planbare ambulancezorg in 2016. De resultaten van het onderzoek bieden inzicht in de geboden kwaliteit van de ambulancezorg vanuit het perspectief van de patiënt en bieden daarbij aanknopingspunten voor verbetering.

Vanuit de bovenstaande doelstelling zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. Wat zijn de concrete ervaringen van patiënten die gebruik maken van ambulancezorg in Nederland gemeten aan de hand van de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg?
2. Monitoringsfunctie: verschillen de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg met voorgaande metingen?
 - a. Planbare ambulancezorg 2016 (landelijke meting)
 - b. Spoedeisende ambulancezorg 2013 (pilot onderzoek) en 2016 (landelijke meting)

Naast het hoofdrapport met de resultaten van de landelijke meting ontvingen alle RAV's een spiegelrapportage van hun eigen resultaten afgezet tegen het landelijk gemiddelde.

1.4 Onderzoeksopzet

Begeleidingscommissie

Tijdens de looptijd van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld, waarin beleidsmakers, zorgprofessionals en patiënten (via de Patiëntenfederatie Nederland) zijn vertegenwoordigd. De begeleidingscommissie is betrokken bij diverse stappen in het onderzoek. Bij zowel de aanvang en bij de afronding van het onderzoek is een bijeenkomst georganiseerd. In de eerste bijeenkomst zijn de doel- en vraagstellingen en de uitvoering van het onderzoek (vragenlijstonderzoek en het Burgerplatform) besproken. Tijdens de afsluitende bijeenkomst zijn de resultaten van het onderzoek (CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg) gepresenteerd.

Dataverzameling

De CQI vragenlijsten zijn afgenomen onder alle 23 RAV's. Een werkinstructie voor RAV's bevatte richtlijnen voor het aanleveren van steekproeven. Per RAV is een steekproef getrokken van patiënten die tussen 1 september en 30 september 2019 ambulancezorg hebben ontvangen. Er werd gevraagd om maximaal 400 patiënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen en 350 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen op te nemen in de steekproeven. Uiteindelijk zijn 7977 patiënten, die planbare ambulancezorg hebben ontvangen en 8013 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen, uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek.

Analyses

Ten behoeve van het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg, zijn de ervaringscores berekend aan de hand van kwaliteitsthema's, waarbij een vergelijking is gemaakt tussen huidige ervaringen en de ervaringen gemeten in 2016 en voor spoedeisende ambulancezorg waar mogelijk met gegevens uit de pilot van 2013 toen de vragenlijst werd doorontwikkeld. Voor het berekenen van de schaalscores zijn enkel respondenten meegenomen die de helft of meer van de vragen hebben beantwoord waarmee het betreffende kwaliteitsthema wordt gevormd.

Verbeterscores, die inzicht geven in het verbeterpotentieel van de afzonderlijke vragen in de CQI vragenlijsten, zijn berekend door de gemiddelde belangscore (uit eerdere onderzoeken (2, 3)) van het kwaliteitsaspect (vraag in de vragenlijst) te vermenigvuldigen met het percentage respondenten dat een negatieve ervaring had, en dit getal te delen door honderd.

Burgerplatform ambulancezorg

In aanvulling op het vragenlijstonderzoek is een Burgerplatform georganiseerd. De deelnemers aan het Burgerplatform waren personen die wel of geen ervaring hadden met ambulancezorg. Doel van het Burgerplatform ambulancezorg was om meer zicht te krijgen op hoe burgers en patiënten aankijken tegen de ambulancezorg. In het Burgerplatform zijn actuele beleidsthema's binnen de ambulancesector gespiegeld aan de ervaringen, ideeën en wensen van burgers. Belangrijke onderwerpen binnen de sector zijn zorgcoördinatie en mobiele zorg, twee pijlers uit het visiedocument 'Ambulancezorg 2025' (6). Daarnaast zijn het mobiel zorgconsult, de meldkamer ambulancezorg en 'samen beslissen' in de ambulancezorg onderwerpen van gesprek in de sector. De opbrengsten van het Burgerplatform ambulancezorg ondersteunen AZN en de RAV's bij de ambitie om patiëntgerichtheid van de ambulancezorg vorm te geven, maar kunnen ook behulpzaam zijn bij het geven van verdieping aan het patiëntervaringsonderzoek. Om die reden worden meerdere resultaten van het Burgerplatform die direct relevant zijn voor het vragenlijstonderzoek meegenomen in dit rapport. De volledige resultaten van het Burgerplatform ambulancezorg en de gebruikte methodiek worden in een afzonderlijk rapport beschreven (7).

Tekst box 1 Het Burgerplatform ambulancezorg

Het Burgerplatform is een innovatieve, kwalitatieve methode, afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk. Het betreft een bijeenkomst met ongeveer 25 burgers waarbij de deelnemers eerst informatie krijgen over het onderwerp van gesprek. Dit zorgt ervoor dat de deelnemers geïnformeerde standpunten kunnen innemen. Daarnaast zijn er diverse interactieve opdrachten waarin deelnemers vraagstukken nader verkennen en hun eigen visie op die vraagstukken ontwikkelen. Het resultaat is een veel rijkere oogst aan visies, meningen en perspectieven dan doorgaans volgt uit een focusgroep, interviews of een vragenlijstonderzoek (8, 9).

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de kernbevindingen en aanbevelingen van het onderzoek gepresenteerd. In het daarop volgende hoofdstuk wordt de dataverzameling en respons van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 4 en 5 worden de ervaringen van patiënten op de kwaliteitsthema's van de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg gepresenteerd. In het laatste hoofdstuk worden de verbeterpunten en open antwoorden voor zowel de spoedeisende als planbare ambulancezorg beschreven. Verdere informatie over de methoden en uitgebreide resultaten van alle items van de CQI vragenlijsten zijn terug te vinden in de bijlagen van dit rapport.

2 Conclusies en aanbevelingen

Vanuit het oogpunt van patiënten is de kwaliteit van ambulancezorg van zowel de planbare als spoedeisende ambulancezorg van zeer hoog niveau. Het landelijke positieve beeld van de kwaliteit van ambulancezorg is onveranderd sinds de eerste landelijke meting in 2016. Tegelijkertijd laten kwalitatieve verdiepende resultaten uit de open antwoorden en het Burgerplatform ambulancezorg zien dat op kleinere aspecten van de zorgverlening nog kleine verbetering mogelijk is.

2.1 Dataverzameling en respons

Aan dit onderzoek hebben 1959 respondenten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen deelgenomen en 2945 respondenten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. De netto responspercentages bedroegen 33% voor de planbare ambulancezorg en 41% voor de spoedeisende ambulancezorg. De responspercentages zijn iets hoger in vergelijking met de landelijke meting van 2016. Toen waren responspercentages respectievelijk 28% voor de planbare ambulancezorg en 36% voor de spoedeisende ambulancezorg. Hoewel enkele significante verschillen gevonden zijn tussen de kenmerken van de personen in de steekproef en de deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld, is de omvang van de verschillen niettemin zeer gering. Daarom worden de resultaten beschouwd als een goede afspiegeling van de ervaringen van patiënten die ambulancezorg hebben ontvangen en zijn scores op kwaliteitsthema's in de beide CQI vragenlijsten vergelijkbaar.

2.2 Patiëntervaringen met de planbare ambulancezorg

Algemeen waarderingscijfer en kwaliteitsthema's: sprake van continue zeer hoge kwaliteit van de geboden zorg

In overeenstemming met de resultaten uit 2016 zijn de ervaringen van patiënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen overwegend zeer positief. Het algemene waarderingscijfer laat zien dat er sprake is van continue zeer hoge kwaliteit van zorg, met een gemiddelde van een 9,1 gerapporteerd op een 10-puntsschaal. De schaalscores variëren tussen een 3,7 voor het kwaliteitsthema communicatie en 3,9 voor het kwaliteitsthema bejegening op een 4-puntsschaal. Dit beeld komt overeen met de ervaringscores van de meting uit 2016.

Inzicht in het tijdstip van gepland vervoer

Door de ervaringen van patiënten te combineren met hoe belangrijk zij een onderwerp vinden, kan in de vorm van een verbeterscore het verbeterpotentieel worden uitgedrukt. Kijken naar het verbeterpotentieel van afzonderlijke vragen in de CQI planbare ambulancezorg en het aanvullende verdiepende onderzoek onder burgers (Burgerplatform) laat zien dat op enkele aspecten van de planbare ambulancezorg nog kleine verbetering mogelijk is. Net als in de meting in 2016 wordt het hoogste verbeterpotentieel gevonden voor de informatievoorziening aan de patiënt; het tijdstip waarop de ambulance zal arriveren. Ook tijdens het Burgerplatform werd dit verbeterpunt naar voren gebracht. Patiënten hebben behoefte aan duidelijkheid over het precieze tijdstip van vervoer (7). Een verklaring voor minder positieve ervaringen van patiënten voor dit kwaliteitsaspect is dat bij een groot deel van de geplande ambulancezorg niet een tijdstip maar een tijdsspanne, bijvoorbeeld een dagdeel 'in de ochtend', wordt afgesproken. Verwachtingsmanagement bij patiënten, waarbij aangegeven wordt dat er altijd een bepaalde onzekerheid bestaat en het een tijdstip bij benadering

betreft, kan mogelijk ervaringen van patiënten verbeteren. Een andere mogelijkheid die is aangedragen door patiënten is om via een applicatie of telefonisch duidelijkheid te geven over het precieze tijdstip van vervoer.

Afronding van de zorg thuis

Net als in de meting in 2016 wordt er een relatief hoog verbeterpotentieel gevonden voor het aspect afronding van de zorg. Het ambulancepersoneel kan vaker vragen of er thuis iemand aanwezig is. Daarbij moet erop gewezen worden dat het aspect enkel relevant is voor retourritten, waar de patiënt naar huis wordt gebracht. In het geval van ritten waarbij de patiënt van huis wordt gehaald is deze navraag echter onlogisch. Het specificeren van de vraag voor retourritten in een toekomstige meting geeft een betrouwbaarder beeld van dit kwaliteitsaspect van de zorgverlening. Uit het Burgerplatform komt naar voren dat het afronden van de zorg en het betrekken van naasten essentieel is voor patiënten en naasten, doordat aandacht van het ambulancepersoneel voor dit aspect tijdens de zorgverlening voor geruststelling bij de patiënt kan zorgen (7).

2.3 Ervaringen met de spoedeisende ambulancezorg

Hoge kwaliteit van zorg; verbetering voor de kwaliteitsthema's meldkamer en SEH

Het landelijke positieve beeld van de kwaliteit van spoedeisende ambulancezorg is onveranderd sinds de eerste meting in 2016. De waarderingscijfers voor de meldkamer ambulancezorg en het ambulancepersoneel laten zien dat er sprake is van continue zeer hoge kwaliteit van zorg met een gemiddelde van een 8,7 voor het personeel van de meldkamer en een 9,1 voor het personeel van de ambulance.

De schaalscores variëren van 3,8 voor de meldkamer tot 3,9 voor de kwaliteitsthema's bejegening en SEH (overdracht en samenwerking) op een 4-puntsschaal. De schaalscores voor de kwaliteitsthema's bejegening, handelen, communicatie en vervoer zijn zeer vergelijkbaar met de resultaten uit de landelijke meting van 2016 en de pilot studie uit 2013; verschillen zijn enkele honderdsten. Voor de kwaliteitsthema's meldkamer en SEH is voor beide schaalscores een kleine verbetering te zien ten opzichte van 2016 (0,08 voor meldkamer; 0,11 voor SEH). Verbeteringen voor deze kwaliteitsthema's zijn belangrijk, gezien uit het Burgerplatform naar voren komt dat informatievoorziening door de centralist een belangrijk aspect is tijdens een melding en tijdens de overdracht naar de SEH de informatie-uitwisseling niet altijd vlekkeloos verloopt (7).

Uitleg over de keuze voor een ziekenhuis en ruimte voor samen beslissen in het geval van niet levensbedreigende situaties

Het verbeterpotentieel dat berekend is voor de afzonderlijke vragen in de CQI spoedeisende ambulancezorg laat zien dat er enige ruimte voor verbetering is door de patiënt meer uitleg over de keuze voor het ziekenhuis te geven. Opvallend is dat er vergeleken met 2016 meer verbetering te behalen valt op dit aspect, en aanzienlijk meer patiënten een negatieve ervaring rapporteren. Minder dan de helft van de respondenten geeft aan dat zij bij de keuze voor een ziekenhuis betrokken waren. Een mogelijke verklaring hiervoor is het landelijk beleid dat gericht is op concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg. Dit betekent dat hoog complexe zorg meer is geconcentreerd in gespecialiseerde ziekenhuizen. Mogelijk is daardoor voor patiënten dit aspect meer gaan spelen, wetende dat 'het ziekenhuis' niet altijd meer 'het eigen ziekenhuis' is. Opgemerkt dient te worden dat in de vragenlijst niet is gevraagd of de patiënt betrokkenheid bij de keuze voor een ziekenhuis wenselijk achtte. Voor een vervolgmeting is het van belang om dit uit te vragen bij patiënten. Uit het Burgerplatform komt naar voren dat in het geval van spoedeisende niet levensbedreigende situaties

patiënten wel behoefte hebben aan samen beslissen. De keuze voor een ziekenhuis wordt als voornaamste aspect genoemd om samen over te beslissen, als die mogelijkheid bestaat binnen een regio. Tijdens levensbedreigende situaties is samen beslissen volgens patiënten niet wenselijk, maar is de best passende zorg leidend. Samen beslissen kan door de zorgverlener door middel van communicatie en informatie gefaciliteerd worden, gezien patiënten zich niet of onvoldoende bewust zijn van keuzemomenten en of behandelopties (7). Dit is een belangrijke taak van ambulancezorgprofessionals. De RAV zou ook algemene informatie voor potentiële patiënten beschikbaar kunnen stellen via de website.

2.4 Gewenste veranderingen

Het stellen van een open vraag over de gewenste veranderingen van de ambulancezorg leverde voor zowel de CQI planbare ambulancezorg als CQI spoedeisende ambulancezorg aanvullende informatie op over aspecten waar de sector mee aan de slag kan gaan. Het merendeel van de patiënten gaf echter aan dat alles in orde was en er geen veranderingen nodig zijn. De antwoorden van de overige respondenten zijn voor zover mogelijk gecategoriseerd. De volgende onderwerpen kwamen naar voren als onderwerpen waar de sector mee aan de slag kan gaan.

Uitleg ambulancezorgprofessionals kan bijdragen aan het comfort voor de patiënt

In overeenstemming met de resultaten uit 2016, noemden patiënten, die planbare en spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen, het vaakst als gewenste verandering het comfort in de ambulance en de wachttijd op de ambulance. De resultaten van de open antwoorden en het Burgerplatform laten zien dat het gebrek aan comfort in de ambulance en de rijstijl van de ambulancechauffeur er bij sommige patiënten voor zorgen dat zij zich bij aankomst in het ziekenhuis zeker voelden dan bij vertrek (7). Gesteld moet worden dat deze aspecten door slechts een heel klein percentage van de respondenten genoemd is. Tijdens het Burgerplatform kwam naar voren dat deelnemers denken dat er praktische keuzes gemaakt kunnen worden tijdens de ambulancerit die het comfort voor de patiënt zou verbeteren, bijvoorbeeld door met de patiënt te besluiten of zij liggend of zittend vervoerd willen worden (7). Uitleg van zorgverleners bij enkele praktische keuzes, verbetert wellicht niet direct het comfort, maar scheppen wel de juiste verwachtingen bij patiënten bij een ambulancerit.

Wijze van communiceren en informatievoorziening aan de patiënt en naaste zorgt voor geruststelling

In de open antwoorden van de vragenlijsten zijn opmerkingen gemaakt over de communicatie met het ambulancepersoneel en personeel van de meldkamer ambulancezorg:

- Manier van communiceren: patiënt heeft behoefte aan een persoonlijke benadering, communicatie op maat, eventueel rekening houdend met bijvoorbeeld meertaligheid, doofheid of dementie.
- Duidelijkheid over tijdstip waarop de ambulance arriveert voor zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg.
- Informatie over de zorgverlening door de ambulancezorgprofessional en vervolgzorg in het geval van spoedeisende ambulancezorg.
- Doel of reden van het vervoer herhalen aan de patiënt in geval van planbare ambulancezorg. Patiënten die planbare ambulancezorg ontvangen hebben behoefte aan informatie ter geruststelling. Dit aspect sprong er ook uit als verbeterpunt voor de planbare ambulancezorg: 15% van de respondenten rapporteerde een negatieve ervaring op de vraag of het ambulancepersoneel ook vertelde wat er bij aankomst zou gebeuren.

Invloed van media en maatschappelijke discussie op de opinie van patiënten

Opvallend is dat patiënten bij zowel de CQI planbare ambulancezorg als CQI spoedeisende ambulancezorg opmerkingen maakten over de ambulancezorg op systemisch niveau: bijvoorbeeld dat er meer financiering voor de ambulancezorg nodig is, meer personeel en ambulance eenheden, een betere cao en werkomstandigheden voor het personeel, meer waardering en respect voor het personeel en aanvullend hogere straffen in het geval van geweld tegen hulpverleners. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de toegenomen media aandacht voor geweldpleging tegen hulpverleners en de terugkerende maatschappelijke discussie wanneer dit zich voordoet.

Samenwerking tussen ketenpartners en uitwisseling van gegevens

Als laatste werden er gewenste veranderingen genoemd op het gebied van samenwerking met andere zorgverleners en overdracht van zorg, bijvoorbeeld over het betrekken van andere ketenpartners bij de zorg zoals de GGZ in het geval van psychiatrische patiënten. Eveneens is het aspect van uitwisselen van gegevens tussen ketenpartners genoemd. Tijdens het Burgerplatform kwam het uitwisselen van gegevens ook als belangrijk aspect naar voren. Deelnemers zien als voordeel van een betere samenwerking binnen de spoedketen dat informatie gemakkelijker uitgewisseld kan worden tussen organisaties. Op dit moment ervaren deelnemers het als onprettig dat ze geregeld meerdere keren dezelfde informatie moeten geven (7). Daarbij moet worden opgemerkt dat de huidige privacy wetgeving hierbij een belemmerende factor is. De AVG beperkt uitwisseling van gegevens zonder toestemming van de patiënt. Het versterken van de samenwerking met ketenpartners, zorgcoördinatie en informatie-uitwisseling zijn thema's die in de visie ambulancezorg 2025 en het actieplan ambulancezorg centraal staan (6). Ook in het kwaliteitskader ambulancezorg komen deze thema's aan bod (10).

2.5 Aanbevelingen toekomstige metingen en onderzoek

Het (landelijk) meten van de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg maakt onderdeel uit van het sectorale kwaliteitsbeleid. De resultaten van de meting zijn zichtbaar in het sectorkompas en maken per 2020 onderdeel uit van het kwaliteitskader ambulancezorg. De landelijke meting 2019 kende als doel: inzicht krijgen in de ervaringen van patiënten met de spoedeisende en planbare ambulancezorg en het monitoren van de kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten. Het valt aan te bevelen om toekomstig onderzoek op vergelijkbare wijze uit te voeren, waarbij aandacht wordt besteed aan de onderstaande punten.

Papieren vragenlijsten meesturen bij de eerste verzending

Dit jaar is de netto respons voor de planbare en spoedeisende ambulancezorg met ruim 5% gestegen ten opzichte van de meting in 2016. Met name de groep van 85 jaar is beter vertegenwoordigd. Deze stijging is waarschijnlijk het gevolg van het direct meesturen van een schriftelijke vragenlijst bij de eerste verzending. Dit was niet het geval bij de eerdere landelijke meting, Het wordt daarom aanbevolen om deze methode ook aan te houden bij vervolgmetingen.

Vaststellen voor belangscores

Het valt aan te bevelen om in toekomstig onderzoek het belang van de verschillende aspecten in de ambulancezorg te meten. Welk belang patiënten aan bepaalde aspecten van de ambulancezorg hechten, is in eerder onderzoek bepaald aan de hand van belangscores. De belangscores dateren voor de CQI spoedeisende ambulancezorg uit 2010 en voor de CQI planbare ambulancezorg uit 2015. Belangscores zijn stabiel over tijd, desalniettemin valt het aan te raden om bij een volgende meting wanneer de belangscores van de CQI spoedeisende ambulancezorg meer dan 10 jaar oud zijn deze

opnieuw te bepalen. Bovendien kunnen dan ook de wijzigingen in de vragenlijst verwerkt worden in de belangscores.

CQI indexen t.b.v. monitoringsfunctie, Burgerplatform voor verdiepende inzichten

Een van de zeven uitgangspunten van goede ambulancezorg is “de patiënt centraal”. Met andere woorden de zorg door de RAV is patiëntgericht: afgestemd op de vraag en behoefte van de patiënt (10). Daarbij wil de sector continu de kwaliteit van de geboden zorg verbeteren door aan te sluiten bij de reële verwachtingen van patiënten in relatie tot mogelijke gezondheidsrisico's. Voor het verbeteren van de zorg zijn de ervaringen van patiënten met de planbare en spoedeisende ambulancezorg belangrijke kwaliteitsinformatie (10). De resultaten van het vragenlijstonderzoek laten zien dat er sprake is van continue hoge kwaliteit van ambulancezorg. Tegelijkertijd komt uit de open antwoorden die patiënten geven en de bevindingen van het Burgerplatform naar voren dat er afzonderlijke aspecten binnen de ambulancezorg verbetering te behalen valt. De landelijke meting met de CQI vragenlijsten in combinatie met het Burgerplatform is een succesvolle strategie om de kwaliteit van de ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten te monitoren en biedt tegelijkertijd goede aanknopingspunten voor verbetering. Het wordt daarom aanbevolen om bij vervolgmetingen met de CQI vragenlijsten ook aanvullend een Burgerplatform te organiseren voor verdiepende (kwalitatieve) inzichten. De punten die uit de open vragen en het Burgerplatform naar voren komen zijn voor patiënten zeer belangrijk en daar zou sectoraal meer op gericht kunnen worden. Zeker in de tijd waarin samen beslissen, het gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg met ketenpartners (zorgcoördinatie), communicatie en het mobiel zorgconsult centraal staat (6).

Monitoren van actuele/specifieke ontwikkelingen binnen de ambulancezorg

De huidige meting laat zien dat het kwaliteitsaspect SEH (de samenwerking tussen de ketenpartners) lichtelijk verbeterd is. Door het introduceren van zorgcoördinatie gaan er in de toekomst een aantal veranderingen plaatsvinden op het gebied van samenwerking tussen de ketenpartners en de meldkamer ambulancezorg. Daarnaast ontwikkelt zorgdifferentiatie zich verder binnen de ambulancezorg. Zo differentiëren steeds meer RAV's op laag en middencomplexe ambulancezorg. De sector heeft hiervoor recent een kwaliteitskader ontwikkeld. Het is daarom aan te bevelen om de CQI vragenlijsten te blijven inzetten om onder meer deze veranderingen te monitoren door te kijken of de aanpassingen invloed hebben op de ervaringen van patiënten en de kwaliteit van de geboden zorg.

Rekening houden met specifieke patiëntengroepen

De laatste aanbeveling betreft het advies om specifiek onderzoek te doen naar patiëntengroepen, zoals voor spoedeisende ambulancezorg de patiënten die een mobiel zorgconsult hebben ontvangen. De huidige ontwikkelingen in de ambulancesector laten zien dat het mobiel zorgconsult toeneemt. In het kwaliteitskader ambulancezorg is specifiek een signaal opgenomen voor RAV's om inzicht te krijgen in de (uitkomst van de) verleende zorg. Dit is geoperationaliseerd door het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen binnen 24 en 72 uur te monitoren (10). Patiëntervaringen na een mobiel zorgconsult is een van de punten van de doorontwikkelagenda van het kwaliteitskader. In de toekomst zou aanvullend onderzoek kunnen worden verricht naar de ervaringen van deze patiënten. Binnen de planbare ambulancezorg is het verder interessant om de patiënten die vervoerd zijn door de medium care ambulance te volgen vanuit het perspectief van de patiënt.

3 Respons en respondenten

Dit rapport beschrijft de ervaringen van 1959 patiënten die planbare ambulancezorg en 2945 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. Dit betreft responspercentages van respectievelijk 33% en 41%. Dit hoofdstuk beschrijft de dataverzameling en respons.

3.1 Dataverzameling

De CQI vragenlijsten zijn afgenomen onder patiënten van alle 23 RAV's die verantwoordelijk zijn voor het leveren van goede ambulancezorg (zie bijlage A).

Steekproef

Een werkinstructie voor RAV's bevatte richtlijnen voor het aanleveren van steekproeven. Per RAV is een steekproef getrokken van patiënten die tussen 1 september en 30 september 2019 ambulancezorg hebben ontvangen. Er werd gevraagd om maximaal 400 patiënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen (ALS-ambulance of zorgambulance) en 350 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen (vervoerd en mobiel zorgconsult) op te nemen in de steekproeven.

Methode

Tijdens de dataverzameling is er gebruik gemaakt van een mixed-mode methode, waarbij patiënten de vragenlijst zowel schriftelijk als online konden invullen. Patiënten ontvingen bij de eerste uitnodiging een schriftelijke vragenlijst met retourenvelop en daarbij een digitale inlogcode. Vervolgens werden er twee herinneringen (met een interval van 2 weken) verstuurd als men nog niet had gereageerd. De vragenlijsten die vóór 20 december 2019 geretourneerd zijn, zijn meegenomen in het onderzoek. Meer informatie over het trekken van de steekproeven en het proces van dataverzameling zijn terug te vinden in bijlage B.

3.2 Respons en respondenten

In dit onderzoek zijn in totaal zijn 7977 patiënten die planbare ambulancezorg en 8013 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen benaderd.

Respons

Het percentage netto respons is berekend door het aantal patiënten dat daadwerkelijk gebruikt wordt voor de analyses (netto respons) te delen door het aantal netto benaderde patiënten. In tabel 3.1 staat de respons op de CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg weergegeven. Tekst box 3.1 geeft een verdere toelichting op de respons voor beide vragenlijsten. De totale netto respons is 33% voor de CQI planbare ambulancezorg, met een minimum van 19% en een maximum van 46%. Voor de CQI spoedeisende ambulancezorg is de totale netto respons 41%, met een minimum van 29% en een maximum van 48%. Voor beide vragenlijsten heeft het merendeel van de patiënten de vragenlijst schriftelijk ingevuld, respectievelijk 78% voor de CQI planbare ambulancezorg en 76% voor de CQI spoedeisende ambulancezorg. Ongeveer één op de vijf patiënten maakte gebruik van de mogelijkheid om de vragenlijst digitaal (desktop of mobiel) in te vullen, respectievelijk 19% gebruikte een desktop en 3% gebruikte een mobiel voor planbare

ambulancezorg. Voor de spoedeisende ambulancezorg heeft 20% gebruik gemaakt van een desktop en 4% van een mobiel. De analyses zijn gebaseerd op de ervaringen van 1959 patiënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen en 2945 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen.

Tabel 3.1 Respons voor de CQI planbare en spoedeisende ambulancezorg

Type Ambulancezorg	Totaal verstuurd	Netto benaderd	2019				2016			
			Bruto respons		Netto respons		Bruto respons		Netto respons	
			N	N	N	%	N	%	N	%
Planbare ambulancezorg	7977	5877	2120	36,1	1959	33,3	2461	31,2	2214	28,0
Spoedeisende ambulancezorg	8013	7146	3153	44,1	2945	41,2	4804	39,8	4383	36,4

Tekst box 3.1 Toelichting op de respons (netto benaderd en bruto respons)

Voor het berekenen van het aantal netto benaderde patiënten is het totaal aantal benaderde patiënten genomen minus het aantal patiënten waarvan is gebleken dat zij om één of meerdere redenen niet in de steekproef thuishoorden (bijvoorbeeld wegens overlijden of leeftijd jonger dan 18 jaar). Dit bleek het geval voor 2100 patiënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen en 867 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen.

De bruto respons betreft het aantal geretourneerde vragenlijsten. Voor het berekenen van de netto respons is bekeken of er voldoende vragen waren beantwoord om deze mee te nemen in de analyses. Hiervoor is gebruik gemaakt van dezelfde methode als in 2016, waarbij het minimum aantal beantwoorde vragen op vijf is gesteld. Vervolgens zijn vragenlijsten verwijderd waarbij patiënten minder dan de helft van de zogenaamde sleutelvragen hadden ingevuld.

Respondenten

Tabel 3.2 beschrijft de achtergrondkenmerken van de patiënten, gebaseerd op wat zij hebben ingevuld in de vragenlijsten. Vergelijkbaar met 2016 bestaat het merendeel van de respondenten voor beide typen ambulancezorg uit oudere patiënten. De grootste groep respondenten voor zowel planbare als spoedeisende ambulancezorg is tussen de 65 tot 74 jaar, respectievelijk 29% en 26%. De verhouding mannen en vrouwen is voor beide vragenlijsten ongeveer de helft. Het opleidingsniveau van de respondenten varieert vergelijkbaar met 2016, waarbij ook dit jaar de antwoordcategorieën geen opleiding en wetenschappelijk onderwijs minder vaak voorkomen. Voor de planbare ambulancezorg geldt dat meer dan de helft van de respondenten (56%) zijn of haar gezondheid als matig of slecht beoordeeld. Voor de spoedeisende ambulancezorg is dit minder dan de helft (45%). Deze verhoudingen komen overeen met de resultaten uit 2016. Kijkend naar het type ambulance valt op dat ongeveer een derde (36%) van de respondenten die planbare ambulancezorg heeft ontvangen vervoerd is door een zorgambulance en dat 64% van de respondenten vervoerd is door een reguliere ambulance. Voor wat betreft spoedeisende ambulancezorg is te zien dat ongeveer drie van de vier respondenten (84%) vervoerd is naar het ziekenhuis. Bij één op de zes respondenten (16%) is de zorg ter plaatse afgehandeld, ook wel mobiel zorgconsult (EHGV) genoemd.

Om te beoordelen of de kwaliteitsthema's van beide vragenlijsten vergeleken kunnen worden is onderzocht of de respondenten van de CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg vergelijkbaar zijn. De respondenten van de CQI planbare ambulancezorg en CQI

spoedeisende ambulancezorg verschillen significant van elkaar wat betreft leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid. Respondenten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen zijn gemiddeld iets ouder, iets lager opgeleid en minder positief over de eigen gezondheid. Daarbij hebben meer mannen die planbare ambulancezorg hebben ontvangen de vragenlijst ingevuld, in vergelijking met spoedeisende ambulancezorg. De werkelijke verschillen zijn echter zeer klein en staan een vergelijking tussen de kwaliteitsthema's in de beide CQI vragenlijsten niet in de weg.

Tabel 3.2 Achtergrondkenmerken respondenten

	2019				2016			
	CQI planbaar		CQI spoedeisend		CQI planbaar		CQI spoedeisend	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Leeftijd (n=1959; n=2945)*					(n=2214; n=4383)*			
16-24 jaar	31	1,6	88	3,0	37	1,7	162	3,7
25-34 jaar	41	2,1	119	4,0	39	1,8	187	4,3
35-44 jaar	39	2,0	146	5,0	67	3,0	258	5,9
45-54 jaar	160	8,2	284	9,6	198	8,9	596	13,6
55-64 jaar	322	16,4	519	17,6	389	17,6	819	18,7
65-74 jaar	577	29,4	765	26,0	667	30,1	1045	23,8
75-84 jaar	509	26,0	736	25,0	524	23,7	949	21,7
85 jaar of ouder	280	14,3	288	9,8	293	13,2	367	8,4
Geslacht (n=1955; n=2945)*					(n=2214; n=4382)			
man	1074	54,9	1444	49,0	1148	51,9	2167	49,5
vrouw	881	45,1	1501	51,0	1066	48,2	2215	50,6
Opleiding (n=1959; n=2945)*					(n=2214; n=4383)*			
geen opleiding	64	3,3	100	3,4	93	4,2	161	3,7
lager onderwijs	166	8,5	221	7,5	235	10,6	330	7,5
lager/ voorbereidend beroepsonderwijs	403	20,6	575	19,5	471	21,3	854	19,5
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	346	17,7	530	18,0	418	18,9	764	17,4
middelbaar beroepsonderwijs	355	18,1	575	19,5	295	13,3	783	17,9
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk	152	7,8	220	7,5	160	7,2	347	7,9
hoger beroepsonderwijs	285	14,5	513	17,4	315	14,2	717	16,4
wetenschappelijk onderwijs	105	5,4	158	5,4	123	5,6	233	5,3
anders	83	4,2	53	1,8	104	4,7	194	4,4
Ervaren gezondheid (n=1959; n=2945)*					(n=2214; n=4383)*			
uitstekend	39	2,0	101	3,4	64	2,9	215	4,9
zeer goed	118	6,0	257	8,7	128	5,8	443	10,1
goed	700	35,7	1255	42,6	803	36,3	1910	43,6
matig	842	43,0	1142	38,8	896	40,5	1548	35,3
slecht	260	13,3	190	6,5	323	14,6	267	6,1
Type ambulance (n=1959)					(n=2192)			
ALS-ambulance	1259	64,3			1339	61,1		
zorgambulance	700	35,7			853	38,9		
Mobiel zorgconsult of vervoerd (n=2945)					(n=4314)			
mobiel zorgconsult			485	16,5			1132	26,2
vervoerd			2460	83,5			3182	73,8

* Chi2 p<0,05

Van de patiënten in de steekproeven was het geboortjaar en type ambulancezorg bekend. Op basis van deze gegevens is nagegaan in hoeverre de patiënten die deel hebben genomen aan het onderzoek (respondenten) overeenkomen met de patiënten die de vragenlijst niet hebben ingevuld

(non-respondenten). Deze vergelijking is in Tabel 3.3 weergegeven voor de planbare ambulancezorg en Tabel 3.4 voor de spoedeisende ambulancezorg.

Representativiteit

De representativiteit van de deelnemers voor de totale steekproef is berekend met Chi-kwadraattoetsen. Er zijn (zeer) kleine verschillen mogelijk met de bovenstaande tabel 3.2, die gebaseerd is op de gegevens uit de vragenlijst en niet op de gegevens van de steekproeven. Tussen de respondenten en de non-respondenten voor beide typen ambulancezorg zijn statistische verschillen gevonden voor leeftijd. Patiënten tussen de 55 en 84 jaar reageren vaker ten opzichte van jongeren en patiënten van 85 jaar of ouder. Dit beeld komt overeen met de resultaten uit 2016. In de meting van 2019 is het percentage respondenten van 85 jaar of ouder iets hoger dan het percentage non-respondenten (14% vs 13%). Dit was in de meting uit 2016 niet het geval (respondenten vs non-respondenten; 13% vs 23%). De respons onder deze groep lijkt iets te zijn toegenomen.

Tabel 3.3 Vergelijking respondenten en non-respondenten o.b.v. steekproeven – CQI planbaar

	2019 CQI planbaar		2016 CQI planbaar	
	Respondenten (N=1959)	Non-respondenten (N=3126)	Respondenten (N=2214)	Non-respondenten (N=4695)
	%	%	%	%
Leeftijd (n=1959; n=3126)*			(n=2214; n=4695)*	
16-24 jaar	1,6*	3,6	1,7*	2,0
25-34 jaar	2,1*	5,4	1,8*	4,2
35-44 jaar	2,0*	6,0	3,0*	5,0
45-54 jaar	8,2*	11,5	8,9*	9,8
55-64 jaar	16,4*	14,4	17,6*	13,1
65-74 jaar	29,4*	21,2	30,1*	18,8
75-84 jaar	26,0*	25,1	23,7*	24,2
85 jaar of ouder	14,3*	12,8	13,2*	23,1
Geslacht (n=1959; n=3126)			(n=2214; n=4695)*	
man	54,9		51,9*	46,9
vrouw	45,1		48,2*	53,1
Type ambulance (n=1959; n=3126)			(n=2214; n=4695)	
ALS-ambulance	64,3	63,0	61,1	61,2
zorgambulance	35,7	37,0	38,9	38,9

* Chi² p<0,05

Bij de spoedeisende ambulancezorg (Tabel 3.4) is te zien dat vervoerde patiënten vaker reageren op de uitnodigingen om de vragenlijst in te vullen dan patiënten die zorg ter plaatse hebben ontvangen en om die reden niet zijn vervoerd (mobiel zorgconsult). Dit beeld komt overeen met de eerdere resultaten van 2016.

Tabel 3.4 Vergelijking respondenten en non-respondenten o.b.v. steekproeven – CQI spoedeisend

	2019 CQI spoedeisend		2016 CQI spoedeisend	
	Respondenten (N=2945)	Non-respondenten (N=3400)	Respondenten (N=4383)	Non-respondenten (N=6263)
	%	%	%	%
Leeftijd (n=2945; n=3400)*			(n=4383; n=6263)*	
16-24 jaar	3,0*	15,1	3,7*	11,5
25-34 jaar	4,0*	12,2	4,3*	12,9
35-44 jaar	5,0*	11,4	5,9*	11,6
45-54 jaar	9,6*	14,8	13,6*	15,1
55-64 jaar	17,6*	12,6	18,7*	11,9
65-74 jaar	26,0*	13,7	23,8*	12,3
75-84 jaar	25,0*	14,5	21,7*	13,6
85 jaar of ouder	9,8*	5,6	8,4*	11,2
Geslacht (n=2945; n=3400)			(n=4383; n=6263)	
man	49,0		49,5	49,8
vrouw	51,0		50,6	50,3
Mobiel zorgconsult of vervoerd *			(n=4383; n=6263)*	
(n=2945; n=3400)				
mobiel zorgconsult	16,47*	26,15	26,2*	39,3
vervoerd	83,53*	73,85	73,8*	63,7

* Chi² p<0,05

4 Schaalscores en onderliggende items CQI planbare ambulancezorg

De uitkomsten van de CQI planbare ambulancezorg worden gerapporteerd aan de hand van vier betrouwbare kwaliteitsthema's: vervoer, bejegening, handeling en communicatie. De psychometrische eigenschappen en totstandkoming van de kwaliteitsthema's wordt uitgebreid beschreven in het rapport van de meting in 2016 (3). Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de meting in 2019 en vergelijkt de resultaten met de eerdere resultaten uit 2016.

Schaalscores

Voor het berekenen van de schaalscores worden enkel respondenten meegenomen die minimaal de helft of meer van de vragen hebben beantwoord waarmee de betreffende schaal wordt gevormd. Schaalscores hebben een minimale waarde van 1 en een maximale waarde van 4. In Tabel 4.1 staan de gemiddelde scores op de kwaliteitsschalen van de CQI planbare ambulancezorg gepresenteerd. De laagste score is 3,71 voor het kwaliteitsthema communicatie en de hoogste score is 3,94 voor het kwaliteitsthema bejegening. Dit is bijna de maximale score van 4.

Tabel 4.1 Schaalscores CQI planbare ambulancezorg (2019 en 2016)

	CQI planbaar (2019)		CQI planbaar (2016)	
	gemiddeld	N	gemiddeld	N
Bejegening	3,94	1953	3,92	2205
Handelen	3,93	1949	3,92	2158
Communicatie	3,71	1933	3,72	2123
Vervoer	3,87	1952	3,85	2166
Waardering ambulance	9,1	1914	9,0	2188

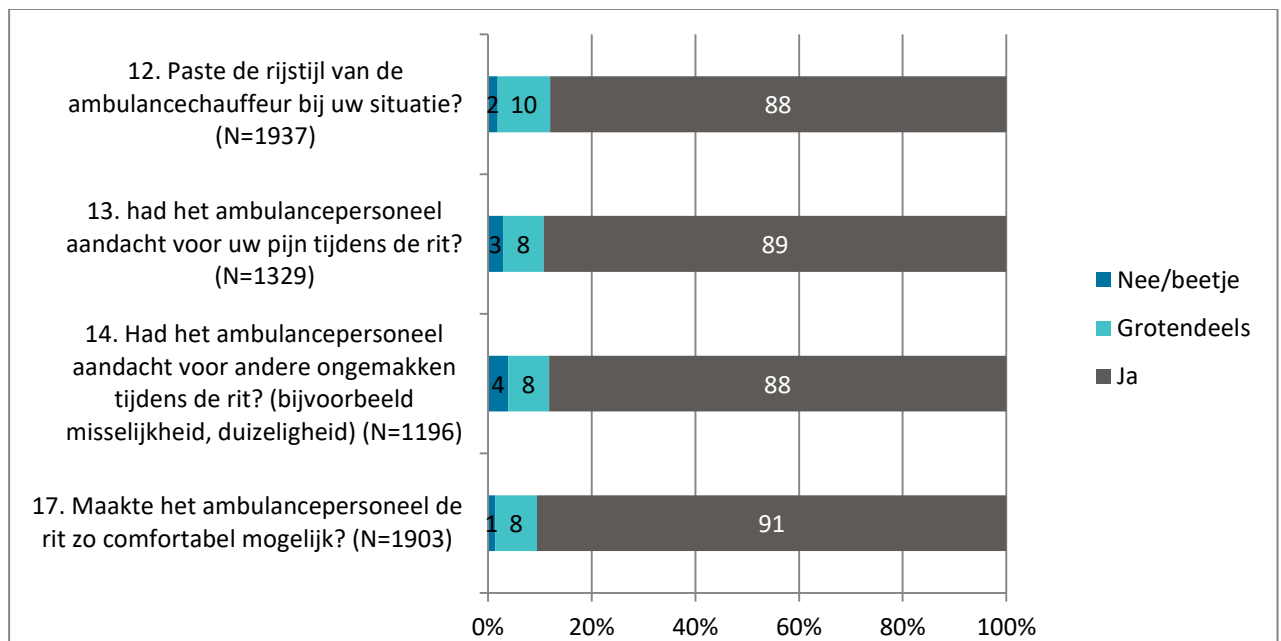
* Schaalscore: min.-max.=1-4

* Waarderingscijfer: min.-max.=0-10

Onderliggende items CQI planbare ambulancezorg

Onderstaande vijf figuren 4.2 tot en met 4.6 laten de scores op de onderliggende vragen van de kwaliteitsthema's en het waarderingscijfer van de CQI planbare ambulancezorg zien. Eveneens worden relevante resultaten uit het Burgerplatform uitgelicht in een tekst box. Voor de schaal 'vervoer' (figuur 4.2), is te zien dat voor alle onderliggende items meer dan 88% van de respondenten een positieve ervaring heeft met de ambulancezorg. Voor de schalen 'bejegening' (figuur 4.3) en 'handelen' (figuur 4.4) is te zien dat meer dan 90% van de respondenten een positieve ervaring heeft met de ambulancezorg. Eveneens zijn voor de schaal 'communicatie' (figuur 4.5) veel positieve ervaringen te zien. Op vraag 30 "Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren" wordt in verhouding iets minder positief gescoord, waarbij 15% van de respondenten een negatieve ervaring rapporteerden. Het algemene waarderingscijfer voor planbare ambulancezorg is een 9,1 gerapporteerd op een 10-puntsschaal. 74% van de cliënten waarden de planbare ambulancezorg met een cijfer 9 of 10 (figuur 4.6). De ervaringscores voor alle ervaringsvragen zijn weergegeven in Bijlage D.

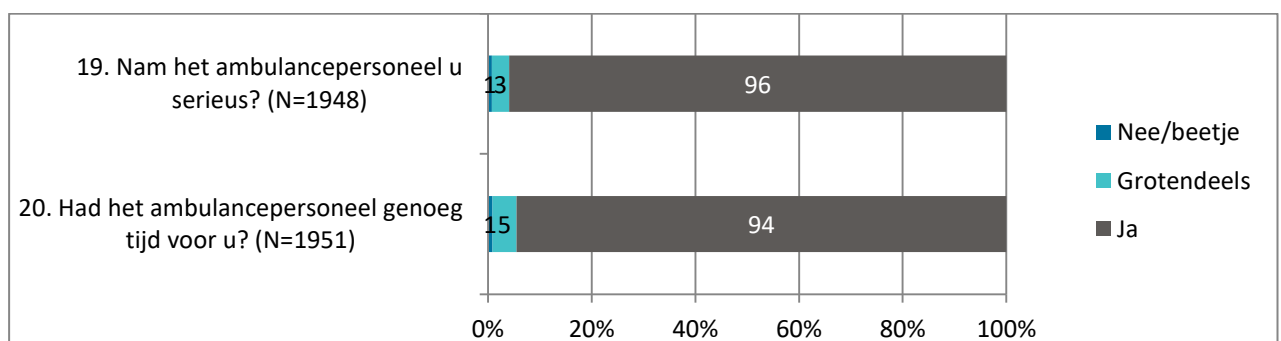
Figuur 4.2 Vervoer: schaalitems in %



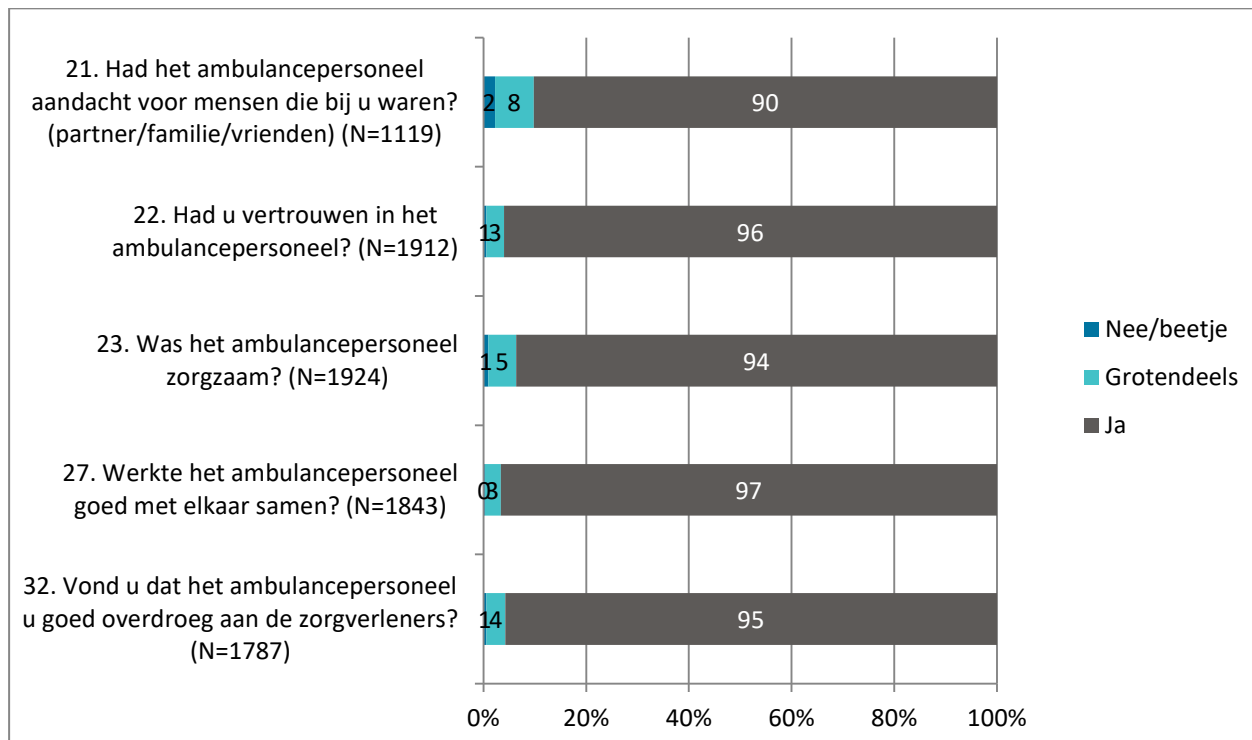
Tekst box 4.1 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg comfort, rijstijl en aandacht voor pijn tijdens de rit

Tijdens het Burgerplatform ambulancezorg kwamen de thema's comfort en de rijstijl van de ambulancechauffeur als belangrijke aspecten naar voren. Door deelnemers werd bijvoorbeeld de snelheid/voorzichtigheid waarmee de ambulance naar het ziekenhuis rijdt besproken (7).
 Patiënten willen ook graag mee beslissen als het gaat om de keuze voor medicatie, vooral op het gebied van pijnbestrijding. De juiste vorm van pijnbestrijding kan het comfort voor de patiënt vergroten: "Zo comfortabel mogelijk maken voor de unieke patiënt" (7).

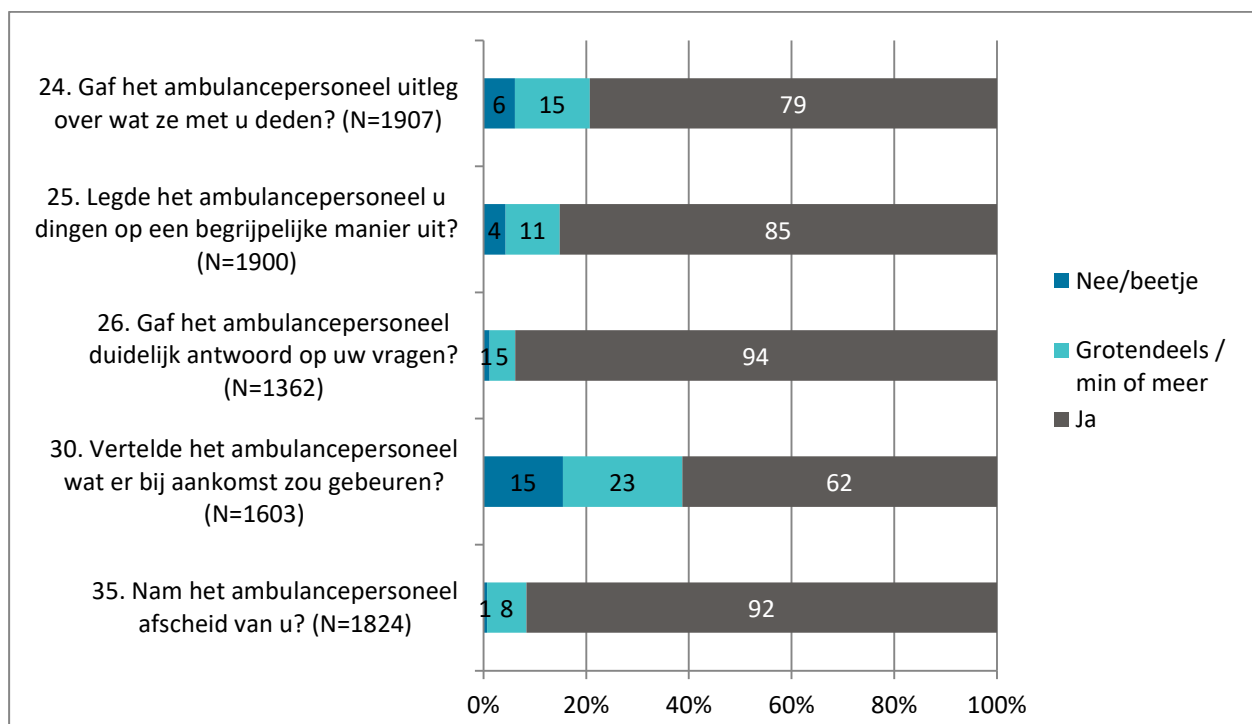
Figuur 4.3 Bejegening: schaalitems in %



Figuur 4.4 Handelen: schaalitems in %



Figuur 4.5 Communicatie: schaalitems in %



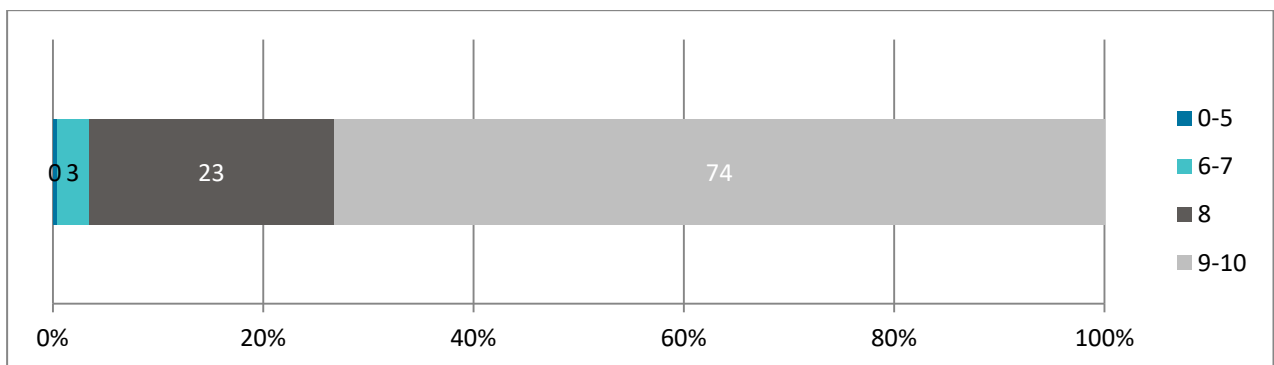
Tekst box 4.2 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg over informatievoorziening en samen beslissen

Uit het Burgerplatform komt naar voren dat tijdens de planbare ambulancezorg patiënten behoefte hebben aan informatie over verschillende aspecten:

- De aankomst van de ambulance bij de patiënt: voornamelijk duidelijkheid over het precieze tijdstip van vervoer.
- Praktische zaken: wat mogen patiënten meenemen in de ambulance en mogen familieleden mee.
- Waar de ambulance naar toe gaat ook al betreft het gepland vervoer waarbij de bestemming reeds bekend is om de patiënt gerust te stellen, is er behoefte aan informatie over waar de patiënt naar vervoerd wordt en over de reden van vervoer. De patiënt heeft er behoefte aan om dit met de ambulancezorgprofessional door te spreken.

Volgens patiënten en naasten is de manier van communiceren van het ambulancepersoneel een belangrijke factor voor het wel of niet samen beslissen. Randvoorwaarden hierbij zijn tijd en het feit dat zorgverleners patiënten ruimte moeten geven om zijn of haar wensen te benoemen (7).

Figuur 4.6 Algemene waarderingscijfer in % (N=1914)



Vergelijking van de ervaringen van patiënten in 2016 met 2019

Net als in 2016 zijn de ervaringen van patiënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen overwegend zeer positief. De scores op de kwaliteitsthema's, het waarderingscijfer en de verbeterscores laten zien dat er sprake is van continue hoge kwaliteit van zorg. Vergelijkbaar aan 2016 is te zien dat voor de schalen 'vervoer', 'bejegening' en 'handelen' meer dan 85% en in de meeste gevallen meer dan 90% van de respondenten een positieve ervaring rapporteert met de ambulancezorg. De resultaten van de schaalscores tussen 2016 en 2019 voor de planbare ambulancezorg zijn zeer vergelijkbaar; de verschillen zijn enkele honderdsten. Eveneens springt ook dit jaar de vraag "Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?" eruit als een aspect waarop in verhouding minder positief gescoord wordt. Het algemene waarderingscijfer is onveranderd hoog gebleven en heeft een gemiddelde van een 9,1 (9,0 in 2016). De ervaringscores voor alle ervaringsvragen zijn weergegeven in Bijlage D.

5 Schaalscores en onderliggende items CQI spoedeisende ambulancezorg

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de meting in 2019 met de CQI spoedeisende ambulancezorg en vergelijkt de resultaten met de eerdere resultaten uit 2016. Voor het rapporteren van de uitkomsten van de CQI spoedeisende ambulancezorg wordt naast de vier overeenkomende kwaliteitsthema's van de CQI planbare ambulancezorg ook gebruik gemaakt van de kwaliteitsthema's meldkamer en SEH. De vragen voor het kwaliteitsthema meldkamer zijn specifiek voor de melder bedoeld. De overige vragen van de CQI index spoedeisende ambulancezorg zijn bestemd voor de patiënt die de zorg heeft ontvangen.

Schaalscores

Voor het berekenen van de schaalscores worden enkel respondenten meegenomen die minimaal de helft of meer van de vragen hebben beantwoord waarmee de betreffende schaal wordt gevormd. Schaalscores hebben een minimale waarde van 1 en een maximale waarde van 4. In Tabel 5.1 staan de gemiddelde scores op de kwaliteitsschalen van de CQI spoedeisende ambulancezorg gepresenteerd. De laagste score is 3,76 voor het kwaliteitsthema meldkamer en de hoogste score is 3,93 voor het kwaliteitsthema bejegening. Dit is bijna de maximale score van 4.

Tabel 5.1 Schaalscores CQI spoedeisende ambulancezorg (2019, 2016 en 2013)

	CQI spoedeisend (2019)		CQI spoedeisend (2016)		CQI spoedeisend (2013)	
	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N
Meldkamer	3,76	933	3,68	1190	3,22	492
Bejegening	3,93	2881	3,93	4293	3,93	1637
Handelen	3,82	2906	3,81	4171	3,82	1590
Communicatie	3,81	2781	3,79	3962	3,79	1504
Vervoer	3,87	2250	3,86	3159	3,89	1272
SEH	3,93	2327	3,82	3511	3,85	1101
Waardering meldkamer	8,7	1077	8,6	1161	8,4	492
Waardering ambulance	9,1	2907	9,0	4285	9,0	1632

* Schaalscore: min.-max.=1-4

* Waarderingscijfer: min.-max.=0-10

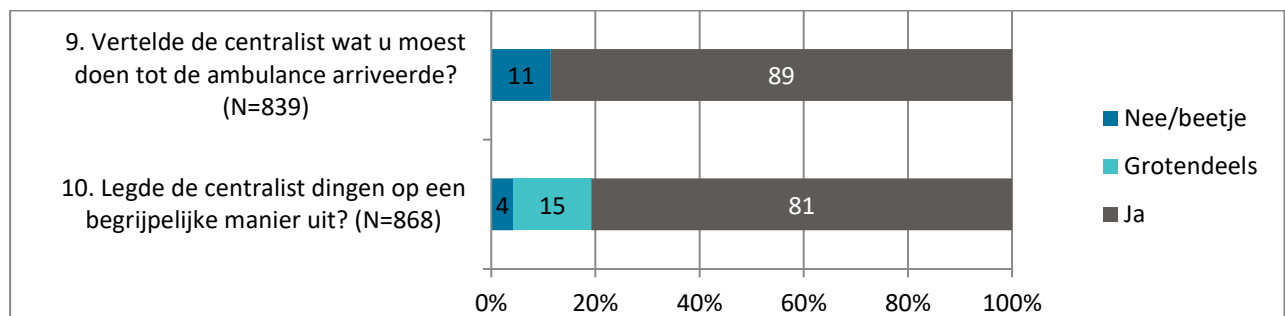
Onderliggende items CQI spoedeisende ambulancezorg

De figuren 5.2 tot en met 5.8 laten de scores op de onderliggende vragen van de kwaliteitsthema's en het waarderingscijfer op de CQI spoedeisende ambulancezorg zien. Eveneens worden relevante resultaten uit het Burgerplatform uitgelicht in een tekst box. Net als voor de planbare ambulancezorg zijn de ervaringen van patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen overwegend positief. Bij de schalen 'meldkamer' (figuur 5.2), 'bejegening' (figuur 5.3), 'communicatie' (figuur 5.5), 'vervoer' (figuur 5.6) en 'SEH' (figuur 5.7) zien we steeds dat meer dan 80% en vaak ook meer dan 90% van de patiënten het meest positieve antwoord geeft op de onderliggende vragen. In de schaal 'handelen' (figuur 5.4) zien we ook veel positieve ervaringen, maar ook drie vragen waarop iets minder gescoord wordt. Het gaat om de vragen: "Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?", "Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren?" en "Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?". Vraag 9 "Vertelde

centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?” heeft het grootste aandeel negatieve antwoorden, 11% beantwoordde deze vraag met ‘nee, helemaal niet’ of ‘een beetje’.

De meldkamer ambulancezorg wordt gewaardeerd met een gemiddeld cijfer van een 8,7 op een 10-punttschaal, waarbij 60% van de respondenten een waarderingcijfer van een 9 of 10 geeft voor het personeel van de meldkamer (figuur 5.8). Het algemene waarderingcijfer voor het ambulancepersoneel ligt hoger, met een gemiddeld cijfer van een 9,1 op een 10-punttschaal, waarbij 74% van de patiënten een waarderingcijfer van een 9 of 10 geeft voor het ambulancepersoneel (figuur 5.8). De ervaringscores voor alle ervaringsvragen zijn weergegeven in Bijlage D.

Figuur 5.2 Meldkamer: schaalitems in %



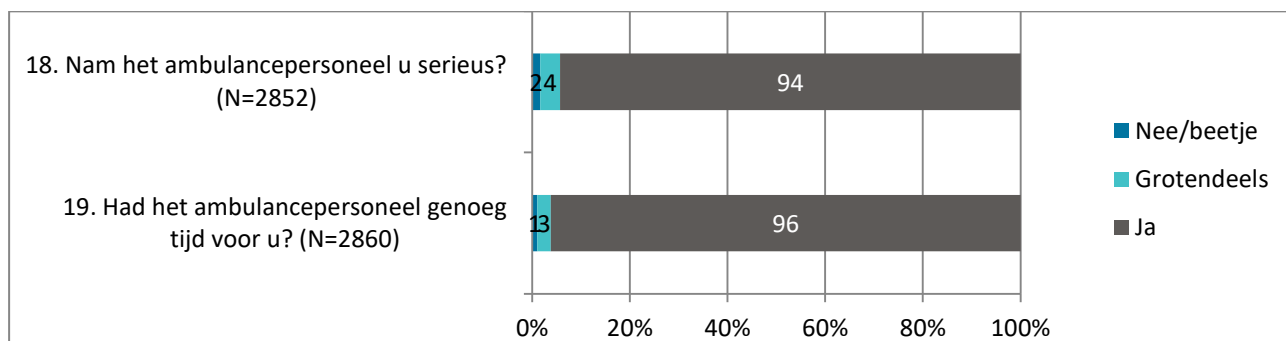
Tekst box 5.1 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg informatievoorziening door de meldkamer centralist

Tijdens het eerste deel van het Burgerplatform ambulancezorg is er met deelnemers bediscussieerd op welk moment ze waarover en door wie geïnformeerd zouden willen worden. Daarbij geven deelnemers aan dat geruststelling door de centralist van de meldkamer ambulancezorg de eerste belangrijke stap is: *“Hoe geruststellender de centralist is, hoe beter ik kan helpen”*. Vragen die spelen bij omstanders in het begin van de keten zijn onder andere: *“Doe ik het wel goed?”* *“Heeft de triagist wel alle belangrijke informatie?”*. Geruststelling kan worden bereikt door informatie te geven over zowel inhoudelijke activiteiten als informatie over logistieke processen (7).

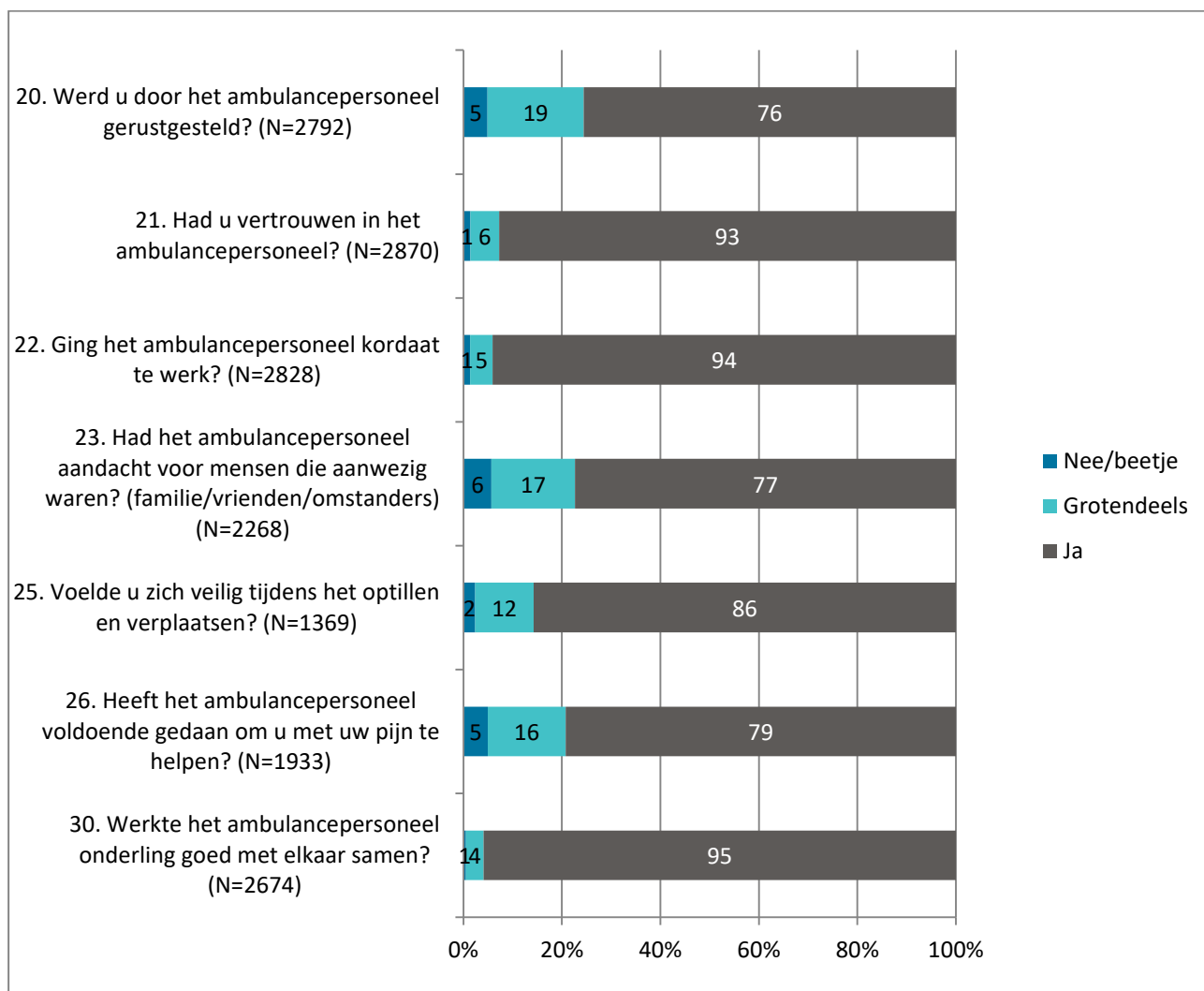
Daarna heeft de melder (patiënt, naaste of omstander) er behoefte aan dat er in begrijpelijke taal wordt uitgelegd wat zij stap voor stap kunnen doen om de situatie van de patiënt te verbeteren tot dat de ambulance arriveert. In spoedeisende situaties hebben naasten en omstanders meer behoefte aan informatie dan de patiënt. Belangrijke vragen die spelen bij omstanders van patiënten zijn: *“Wat kan ik doen?”* en *“Wanneer komt er hulp?”* (7).

Ook hebben patiënten behoefte aan informatie over logistieke processen. Er is behoefte aan informatie over wanneer de ambulance arriveert. Daarnaast hebben zij vragen over het vervoer met de ambulance. *“Hoe gaat het proces eruit zien?”*, *“Hoe lang duurt het voordat de ambulance er is?”*, *“Mag de partner mee in de ambulance?”* en *“Wat moet er mee in de ambulance?”* (7).

Figuur 5.3 Bejegening: schaalitems in %



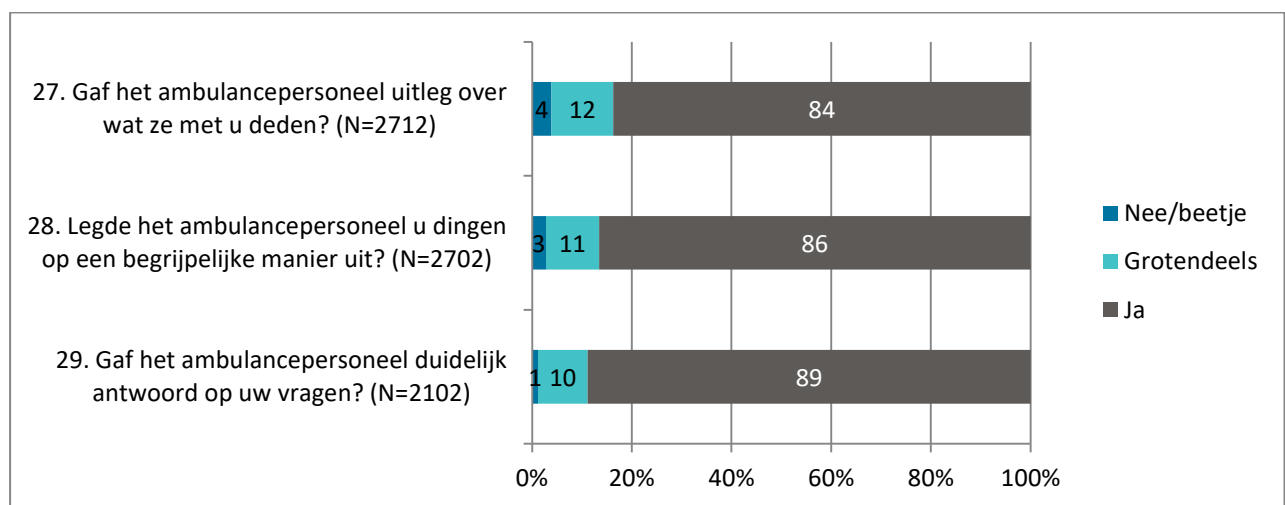
Figuur 5.4 Handelen: schaalitems in %



Tekst box 5.2 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg vertrouwen in het handelen van zorgverleners, maar behoefte aan evaluatie achteraf

Deelnemers van het Burgerplatform ambulancezorg hebben vertrouwen in het handelen van zorgverleners. Wel spelen er soms na het afhandelen van de zorg vragen bij patiënten en naasten en is er behoefte aan een terugblik en evaluatie. Patiënten geven bijvoorbeeld aan dat ze zich afvragen waarom er bepaalde vragen zijn gesteld of waarom bepaalde handelingen zijn verricht. Daarbij begrijpen zij dat dit mogelijk het gevolg is van het protocol dat de zorgverlener volgt. Patiënten en naasten hebben behoefte om na afloop van een (acute) situatie de doorlopen stappen en handelingen te bespreken (7). Uitwerking hiervan in de praktijk zal echter veel vragen van de betreffende ambulance organisaties. Daarbij dient ook opgemerkt te worden dat het evalueren van de geboden zorg al deels mogelijk wordt gemaakt doordat patiënten inzage hebben in het digitale patiëntendossier.

Figuur 5.5 Communicatie: schaalitems in %



Tekst box 5.3 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg informeren van de patiënt en de rol van informatie bij samen beslissen

Tijdens het Burgerplatform ambulancezorg kwam naar voren dat tijdens de ambulancezorgverlening (ter plaatse en tijdens het vervoer met de ambulance), informatievoorziening naar de patiënt toe een belangrijk aspect is. Bij de aanvang van de zorgverlening, door de meldkamer ambulancezorg, heeft de melder behoefte aan duidelijke instructies van de meldkamer centralist (7).

De patiënt heeft behoefte aan informatie:

- Over praktische zaken met betrekking tot het vervoer met een ambulance.
- Naar welk ziekenhuis de patiënt vervoerd wordt.
- Over de zorgverlening tijdens de ambulancerit. Patiënten hebben behoefte aan informatie wat er gedurende het vervoer naar het ziekenhuis gebeurt en waarom het gebeurt. Bijvoorbeeld "Waarom krijg ik een infuus?" "Wat controleert de verpleegkundige en waarom?"

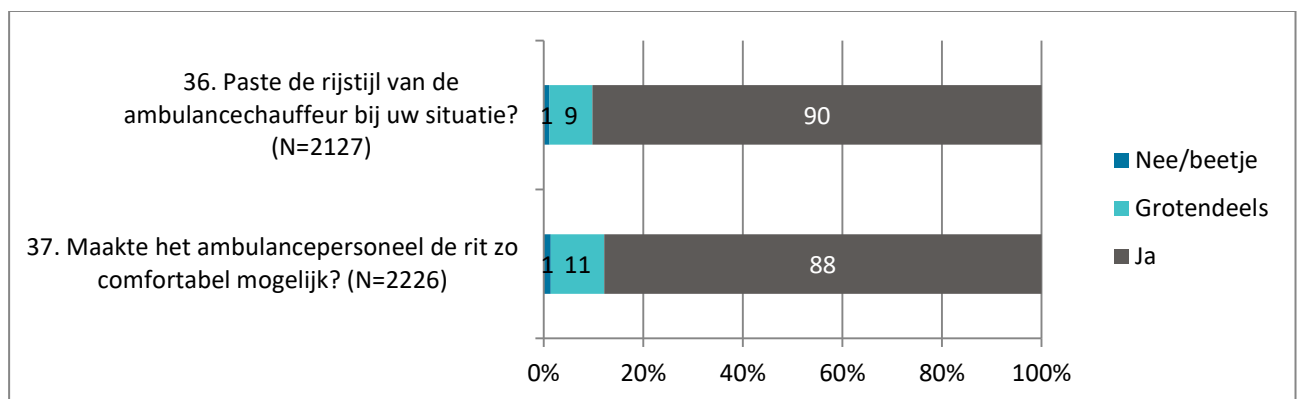
De begrijpelijkheid van informatie speelt hierbij een belangrijke rol. Deelnemers geven aan dat informatie moet worden uitgelegd in begrijpelijke taal (Jip en Janneke taal) en dat medisch jargon door hulpverleners zoveel mogelijk vermeden moet worden. Ook wezen zij erop dat het belangrijk is dat de ambulancezorgprofessionals nagaan of de patiënt en naaste de informatie ook hebben begrepen (7).

Tevens komt uit het Burgerplatform naar voren dat de manier van communiceren een belangrijke factor is voor het wel of niet samen beslissen: *“Je kunt strak een protocol afdraaien, maar de manier waarop iets gezegd wordt maakt veel verschil. Meedelen versus vragen.”*. Twee belangrijke randvoorwaarden zijn tijd en het feit dat ambulancezorgprofessionals ruimte geven aan de patiënt om zijn of haar wensen kenbaar te maken. Ook hierbij speelt het taalgebruik van de professional een belangrijke rol. Samen beslissen gaat gemakkelijker als de zorgverlener het taalgebruik aanpast op het kennisniveau van de patiënt (7).

In het geval van mobiel zorgconsult overheerst bij zowel de patiënt als de naaste onzekerheid. Om die reden is de informatievoorziening essentieel om ervoor te zorgen dat de patiënt en de naaste gerustgesteld thuisblijven en weten wat de vervolgstappen zijn. Er is vooral behoefte aan informatie over:

- Wat is er aan de hand, duidelijkheid over de gestelde diagnose en geruststelling.
- Welke handelingen er zijn verricht.
- Wat de kans is op herhaling en op welke signalen en symptomen de patiënt en naasten moeten letten.
- Wanneer hercontact met zorgverleners noodzakelijk is en eventuele vervolgstappen (contact eigen huisarts etc.).

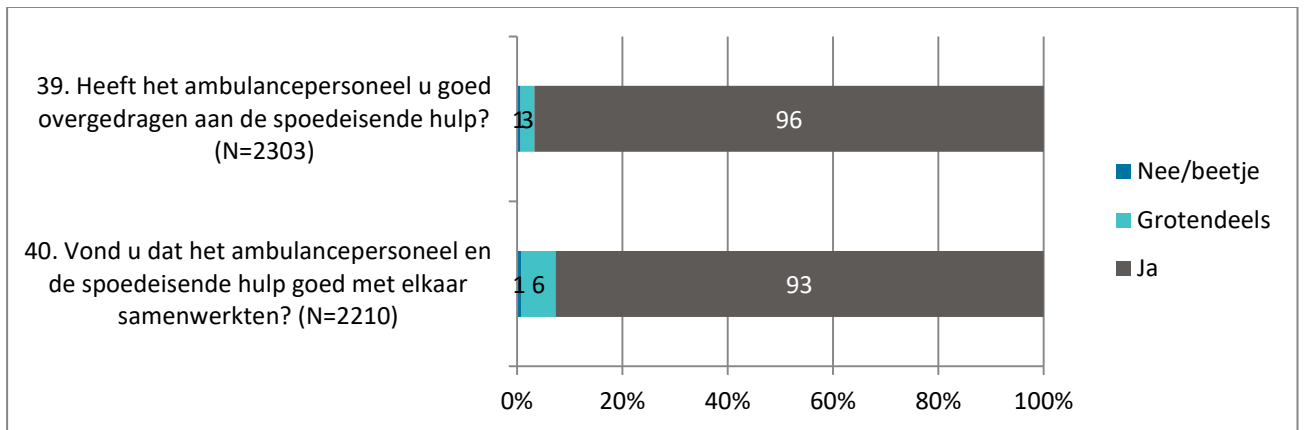
Figuur 5.6 Vervoer: schaalitems in %



Tekst box 5.4 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg rijstijl van de ambulancechauffeur en comfort tijdens de rit

De resultaten van het Burgerplatform ambulancezorg laten zien dat op het gebied van comfort en rijstijl van de ambulancechauffeur geen verschillende behoeftes bestaan tussen patiënten die spoedeisende ambulancezorg of planbare ambulancezorg hebben ontvangen (zie tekst box 4.1).

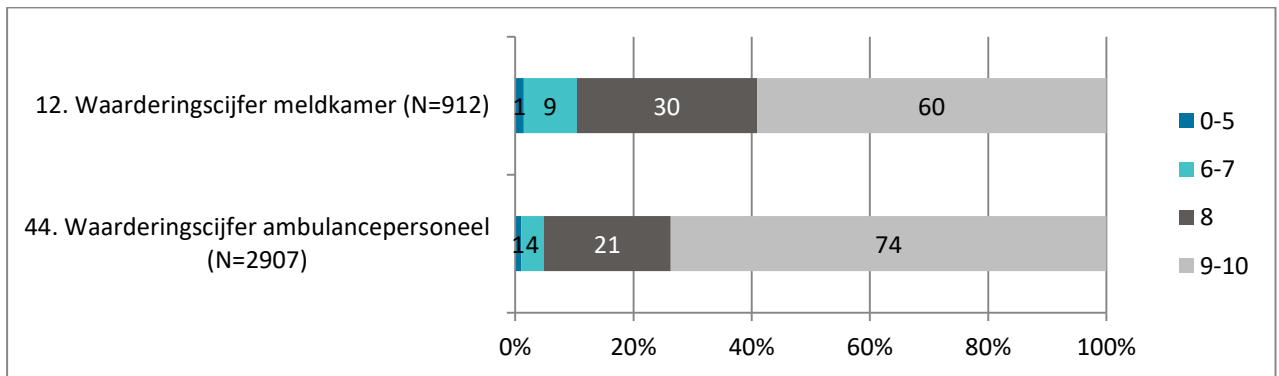
Figuur 5.7 SEH: schaalitems in %



Tekst box 5.5 Resultaten Burgerplatform ambulancezorg informatievoorziening en overdracht naar de SEH

Tijdens het Burgerplatform ambulancezorg kwam naar voren dat informatievoorziening aan de patiënt ook belangrijk is in het geval van overdracht van de patiënt uit de ambulance naar zorgverleners op de SEH. Vragen die spelen bij deelnemers zijn: “Weet het ziekenhuis bij aankomst van de ambulance wat het ambulancepersoneel gedaan heeft?”. De manier waarop patiënt en naaste het gevoel konden krijgen dat deze informatieoverdracht goed tot stand kwam werd niet in detail besproken (7).

Figuur 5.8 Waarderingscijfers in %



Vergelijking van de ervaringen van patiënten met de spoedeisende ambulancezorg 2016/2019

Net als in 2016 zijn de ervaringen van patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen overwegend zeer positief. De scores op de kwaliteitsthema’s, het waarderingscijfer en de verbeterscores laten zien dat er sprake is van continue hoge kwaliteit van zorg. Vergelijkbaar aan 2016 is te zien dat voor de schalen ‘meldkamer’, ‘bejegening’, ‘communicatie’, ‘vervoer’ en ‘SEH’ meer dan 80% en in de meeste gevallen meer dan 90% van de respondenten een positieve ervaring rapporteert met de ambulancezorg. Eveneens springt ook dit jaar het kwaliteitsthema ‘handelen’ eruit als een aspect waarop iets minder positief gescoord wordt.

De resultaten van de schaalscores tussen 2016 en 2019 voor spoedeisende ambulancezorg zijn voor de kwaliteitsthema's 'bejegening', 'handelen', 'communicatie' en 'vervoer' zeer vergelijkbaar; verschillen zijn enkele honderdsten. Voor de schalen 'meldkamer' en 'SEH' zijn wel enige verschillen te zien, voor beide schalen is een verbetering te zien van de ervaringen van patiënten. De ervaringen van de huidige meting voor de schaal meldkamer is met 0,54 gestegen ten opzichte van 2013 en 0,08 ten opzichte van 2016. Voor de schaal 'SEH' zijn de ervaringen voor de huidige meting met 0,08 gestegen ten opzichte van 2013 en 0,11 ten opzichte van 2016. De waarderingscijfers voor de meldkamer ambulancezorg en het ambulancepersoneel zijn beide onveranderd hoog met een gemiddelde van een 8,7 en 9,1. De ervaringscores voor alle ervaringsvragen zijn weergegeven in Bijlage D.

Dit jaar zijn er twee vragen toegevoegd aan de CQI spoedeisende ambulancezorg om meer informatie te krijgen over informatievoorziening aan de patiënt door de meldkamer ambulancezorg en de rol van gezamenlijke besluitvorming in de acute zorg. Op de vraag of de centralist de patiënt informeerde dat er een ambulance werd gestuurd gaven bijna alle respondenten (98,4%; N=1063) aan dat dit het geval was. Minder dan 2% van de respondenten rapporteerden een negatieve ervaring. Bij de vraag of de patiënt werd betrokken bij de keuze voor het ziekenhuis geeft minder dan de helft van de respondenten (47,5%; n=1613) aan dat zij bij de keuze voor een ziekenhuis zijn betrokken.

6 Verbeterpotentieel van de ambulancezorg

In dit hoofdstuk worden mogelijkheden om de kwaliteit van enkele aspecten van de ambulancezorgverlening besproken. Door de ervaringen van patiënten te combineren met hoe belangrijk zij een onderwerp vinden kan in de vorm van een verbeterscore het verbeterpotentieel worden uitgedrukt. Verbeterscores zijn berekend door de gemiddelde belangscore (uit eerdere onderzoeken (2, 3)) van het kwaliteitsaspect te vermenigvuldigen met het percentage respondenten dat een negatieve ervaring had en dit getal te delen door honderd. Hoe hoger de waarde, des te meer verbetering is mogelijk. De minimale score is 0 en de maximale score is 4. In bijlage D staan voor alle ervaringsvragen de verbeterscores opgenomen.

In de CQI planbare ambulancezorg heeft de vraag 7 “Wist u hoe laat u zou worden opgehaald met de ambulance?” met een score van 1,12 het hoogste verbeterpotentieel. Deze vraag sprong er ook in 2016 uit voor het hoogste verbeterpotentieel. Ook vraag 33 of het ambulancepersoneel vroeg of er thuis iemand aanwezig was (score=0,86) heeft een hogere verbeterscore ten opzichte van de overige vragen. Dit was ook het geval in de meting van 2016. Toen was de score 0,81.

Vergelijkbaar met 2016 is een zeer beperkte verbetering mogelijk op de vragen met de scores 0,47 (Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?), 0,41 (Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?) en 0,31 (Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?). De overige vragen hebben een niet noemenswaardig verbeterpotentieel aangezien waarden lager zijn dan 0,25. Over het algemeen zijn de verschillen van de verbeterscores ten opzichte van 2016 marginaal (min. 0,00 – max. 0,11). Dit geeft aan dat er sprake is van continue hoge kwaliteit van zorg.

De verbeterscores voor één vraag in de CQI spoedeisende ambulancezorg is hoger dan 1, namelijk 2,02 voor de vraag of het ambulancepersoneel uitgelegd heeft naar welk ziekenhuis de patiënt vervoerd werd. Ten opzichte van 2016 is het verbeterpotentieel toegenomen van 1,34 naar 2,20 wat erop duidt dat verbetering mogelijk is. De vraag of de centralist vertelde wat er gedaan moest worden tot de ambulance arriveerde heeft in de huidige meting een verbeterscore van 0,41. Over het algemeen, met uitzondering van bovengenoemde vragen, zijn de verschillen van de verbeterscores ten opzichte van 2016 marginaal (min. 0,01 – max. 0,11). Dit geeft aan dat er sprake is van continue hoge kwaliteit van zorg, behalve op het aspect of de patiënt van informatie is voorzien voor naar welk ziekenhuis zij worden vervoerd.

6.1 Opmerkingen over gewenste verandering

In de CQI vragenlijsten is aan patiënten gevraagd wat zij als mogelijke verbeterpunten voor de ambulancezorg zagen met de volgende vraag: ‘Als u iets zou mogen veranderen aan de ambulancezorg, wat zou dat dan zijn?’.

Planbare ambulancezorg

In de CQI planbare ambulancezorg heeft bijna de helft, namelijk 872 van de 1959 patiënten deze vraag beantwoord. Van de 868 respondenten gaf meer dan de helft (75,5%) aan dat alles in orde was en er geen veranderingen nodig zijn. De antwoorden van de overige respondenten zijn voor zover mogelijk gecategoriseerd. De volgende onderwerpen kwamen naar voren:

- 84 patiënten (9,6%) had een opmerking over het gebrek aan comfort in de ambulance (vering, brandcard te hard/kort/smal, vervoeren in de rijrichting, temperatuur in de ambulance, zicht naar buiten, geluidsoverlast en de afgelegde route (drempels, rotondes, slecht wegdek).
- 49 patiënten (5,6 %) hadden een opmerking over de lange wachttijd en/of op tijd rijden van de ambulance en of de ambulance niet kon wachten in geval van een korte behandeling.
- 38 patiënten (4,4%) hadden een opmerking over de ambulancezorg op een systemisch niveau (bijvoorbeeld dat er meer financiering voor de ambulancezorg nodig is, meer personeel en inzet, betere cao en werkomstandigheden voor het personeel, meer waardering en respect voor het personeel, hogere straffen voor geweld tegen hulpverleners).
- 31 patiënten (3,6 %) vindt dat een tijdstip aangegeven moet worden waarop patiënten vervoerd worden (bijvoorbeeld door 15 min. van tevoren te bellen of de tijd aan te geven in een applicatie).
- 19 patiënten (2,2%) hadden een opmerking over de communicatie met de cliënt (meer tijd, persoonlijke benadering, rekening houden met dove personen, meertaligheid, omgaan met dementerenden, vragen of de patiënt in gesprek wil; liggend of zittend vervoerd wil worden, geen onnodige informatie verstrekken dat angst veroorzaakt).
- 15 patiënten (1,7%) hadden een opmerking over de overdracht bij instellingen (uitwisselen gegevens, gebruik van andere apparatuur/plakkertjes).
- 10 patiënten (1,2%) hadden een opmerking over de zorgzaamheid en vriendelijkheid.
- 4 patiënten (<1,0%) hadden een opmerking over de kosten van het ambulancevervoer.

Spoeisende ambulancezorg

In de CQI spoedisende ambulancezorg heeft bijna 42,1%, namelijk 1.239 van de 2945 cliënten de vraag over verandering van zorg beantwoord. 905 patiënten (73,0%) gaven aan dat zij geen veranderingen konden noemen, 38 (3,1%) patiënten waren door hun medische toestand op dat moment niet in staat om de verleende zorg te beoordelen. De antwoorden van de overige respondenten zijn voor zover mogelijk gecategoriseerd. De volgende onderwerpen kwamen naar voren:

- 55 patiënten (4,4%) hadden een opmerking over het comfort in de ambulance (vering, brandcard te hard/kort/smal, vervoeren in de rijrichting, temperatuur in de ambulance, zicht naar buiten, geluidsoverlast).
- 48 patiënten (3,9%) hadden een opmerking over de communicatie met de patiënt (meertaligheid, communicatie met de meldkamer, meer informatie ontvangen over de behandeling, zelfzorg en in het geval van EGHV, serieus genomen worden, geruststelling door het personeel)
- 48 patiënten (3,9%) hadden een opmerking over het stellen van een onjuiste diagnose (ernstiger dan inschatting ambulancepersoneel of onterechte geruststelling).
- 36 patiënten (2,9%) hadden een opmerking over de wachttijd tot de ambulance arriveerde en het verstrekken van informatie over de wachttijd.
- 28 patiënten (2,3%) hadden een opmerking over de ambulancezorg op een systemisch niveau (bijvoorbeeld dat er meer financiering voor de ambulancezorg nodig is, meer personeel en inzet, betere cao en werkomstandigheden voor het personeel, meer waardering en respect voor het personeel, hogere straffen voor geweld tegen hulpverleners).
- 27 patiënten (2,2%) hadden een opmerking over de zorgzaamheid of vriendelijkheid.
- 21 patiënten (1,7%) hadden een opmerking over de overdracht van zorg en samenwerking met andere zorgverleners (sturen van de juiste ambulance, betrekken van andere organisaties zoals de GGZ in het geval van psychiatrische patiënten, betrekken van de patiënt bij de keuze voor een ziekenhuis).
- 17 patiënten (1,4%) hadden een opmerking over de kosten van het ambulancevervoer.
- 16 patiënten (1,2%) hadden een opmerking over de route, navigatie of locatiebepaling van de ambulance.

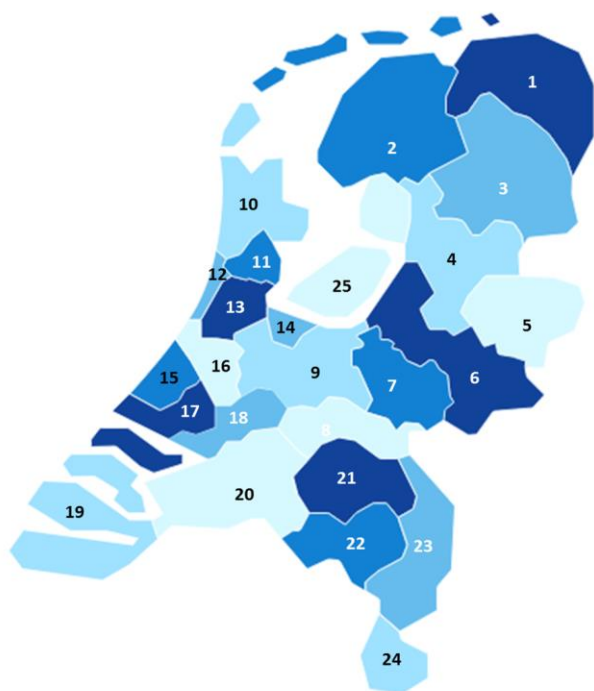
Referenties

1. Ambulancezorg Nederland. Tabellenboek 2018. Ambulancezorg Nederland, 2019.
2. Rozeboom A, Krol M, Bos N, Plass AM. CQ-index Planbare Ambulancezorg. 2015.
3. Ven D, Bos N, Boer Dd. Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van cliënten: ervaringen van cliënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg. 2017.
4. Zorginstituut Nederland. Zorginzicht: kwaliteitsinstrumenten; Ambulancezorg CQI 2020 [cited 2020 03-03-2020]. Available from: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ambulancezorg-cqi>.
5. Ambulancezorg Nederland. Nota goede ambulancezorg. Zwolle: 2018 februari Report No.
6. Ambulancezorg Nederland. Ambulancezorg in 2025: Zorgcoördinatie en mobiele zorg. Zwolle: 2017.
7. Jorna Y, Tuyl Lv, Rolink M, Boer Dd, Bos N. Kwaliteit ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten. Verslag van een Burgerplatform Ambulancezorg. Utrecht: NIVEL, 2020.
8. Hendriks M, de Boer D. Burgers willen een centrale website met betrouwbare informatie over zorg en gezondheid. Verslag van tweedaagse bijeenkomst van het BurgerPlatform Utrecht: NIVEL. 2017.
9. NIVEL. Burgerplatform 2020. Available from: <https://www.nivel.nl/nl/burgerplatform/burgerplatform>.
10. Ambulancezorg Nederland. Kwaliteitskader Ambulancezorg. Ambulancezorg Nederland, 2019.

Bijlage A RAV-regio's en RAV's

In Nederland zijn er zijn 25 RAV-regio's (Figuur A.1). In deze regio's wordt ambulancezorg verleend door een RAV, die daarvoor een aanwijzing van de Minister (in het kader van de tWAZ) heeft ontvangen. Twee RAV's (Brabant MWN en Ambulance Amsterdam) zijn verantwoordelijk voor ambulancezorg in twee RAV-regio's. In de onderstaande tabel staat een overzicht van de regio's en de RAVs.

Figuur A.1 Kaart van de RAV regio's in Nederland



Tabel A.1 RAV regio's en verantwoordelijke RAV's

RAV regio	Verantwoordelijke RAV
1	RAV Groningen
2	RAV Fryslân
3	RAV Drenthe
4	RAV IJsselland
5	RAV Twente
6	RAV Noord- en Oost Gelderland
7	RAV Gelderland Midden
8	RAV Gelderland Zuid
9	RAV Utrecht
10	RAV Noord Holland Noord
11	RAV Amsterdam Amstelland/Zaanstreek-Waterland*
12	RAV Kennemerland
13	RAV Amsterdam Amstelland/Zaanstreek-Waterland*
14	RAV Gooi en Vechtstreek

15	RAV Haaglanden
16	RAV Hollands Midden
17	RAV Rotterdam Rijnmond
18	RAV Zuid-Holland Zuid
19	RAV Zeeland
20	RAV Brabant Midden-West-Noord*
21	RAV Brabant Midden-West-Noord*
22	RAV Brabant-Zuidoost
23	RAV Limburg-Noord
24	RAV Zuid Limburg
25	RAV Flevoland

** RAV verleent in 2 RAV regio's ambulancezorg*

Bijlage B Steekproeven en dataverzameling

B.1 Studiepopulatie

De CQI- vragenlijsten zijn afgenomen onder alle 23 Regionale ambulancevoorzieningen. Dit onderzoek richt zich op patiënten die tussen 1 september 2019 en 30 september 2019 planbare ambulancezorg of spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen.

B.2 Steekproef

In de tweede week van oktober is iedere RAV gevraagd om een steekproef aan te leveren voor zowel de planbare als spoedeisende ambulancezorg. De steekproef bevat een willekeurige selectie van patiënten die ambulancezorg hebben ontvangen. Deze steekproef is geleverd aan een meetorganisatie. De eerste steekproef betreft patiënten die ambulancezorg hebben ontvangen van een A1- of A2-rit (N=300). Bij de tweede steekproef worden patiënten geselecteerd die zijn vervoerd met een B-rit (N=350). Van de 300 patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen, diende 70% van de patiënt vervoerd te zijn en bij 30% van de patiënten de zorg ter plaatse afgehandeld te zijn in overeenstemming met de eerder gebruikte methode in 2016 en de landelijke verhouding van vervoerd en mobiel zorgconsult inzetten per jaar. Voor de planbare ambulancezorg zijn de RAV's gevraagd om een evenredige verdeling aan te leveren voor patiënten die zijn vervoerd door een ALS-ambulance en patiënten die zijn vervoerd door een zorgambulance. Voor het selecteren van de patiënten ten behoeve van de steekproeven zijn de volgende inclusiecriteria opstelt:

Spoedeisende ambulancezorg (steekproef 1)

- Patiënten die tussen 1 september en 30 september van het jaar 2019 zorg hebben ontvangen van de betreffende RAV
- Inzetten vonden plaats met een A1 of een A2 urgentie
- Patiënten zijn vervoerd naar een afdeling van de Spoedeisende eerste hulp (SEH) of functieafdeling van een ziekenhuis
- Patiënten zijn alleen ter plaatste behandeld (mobiel zorgconsult)
- Patiënt was ten tijde van de steekproeftrekking 16 jaar of ouder
- Patiënt is woonachtig in Nederland

Planbare ambulancezorg (steekproef 2)

- Patiënten die tussen 1 september en 30 september van het jaar 2019 zorg hebben ontvangen van de betreffende RAV
- Plaats bij een B-urgentie
- Patiënten zijn vervoerd met en zorgambulance of een ALS ambulance
- Patiënt was ten tijde van de steekproeftrekking 16 jaar of ouder
- Patiënt is woonachtig in Nederland

Vanaf 19 augustus en de hele maand september heeft een bericht gestaan op de websites van de betreffende RAV's om patiënten te informeren dat ze een uitnodiging kunnen verachten om deel te nemen aan het onderzoek. Daarbij hebben patiënten een optie gekregen om aan te geven dat hun gegevens niet gebruikt mogen worden in het kader van het onderzoek. Deze patiënten zijn niet

meegenomen in de steekproeven. Tevens is getracht overleden patiënten niet mee te nemen in de steekproeven. Echter, hebben ambulancediensten geen zicht in hoe het met de patiënt gaat nadat de zorg is afgerond, waardoor patiënten die zijn overleden na het ontvangen van ambulancezorg niet uitgesloten kunnen worden van de steekproef. In de uitnodigingbrieven is hier expliciet aandacht aan besteed.

B.3 Dataverzameling, benaderen van respondenten

De dataverzameling vond plaats tussen 29 oktober en 20 december van het jaar 2019. Tijdens de dataverzameling is er gebruik gemaakt van een mixed-mode methode, waarbij patiënten de vragenlijst zowel schriftelijk als online konden invullen. Patiënten ontvingen bij de eerste uitnodiging een schriftelijke vragenlijst, antwoordkaart met retourenvelop en daarbij een unieke digitale inlogcode. Op de bijgeleverde antwoordkaartje konden patiënten eventueel aangeven dat ze niet deel wilden nemen aan het onderzoek, inclusief de reden daarvan. In alle brieven is expliciet vermeld dat de betreffende RAV geen inzage heeft in hoe het met de patiënt gaat en dat de brieven daarom op een opgepast moment kunnen komen voor de patiënt en of naasten van de patiënt.

Bijlage C Aanpassingen vragenlijsten spoedeisende en planbare ambulancezorg

Ten opzichte van de vragenlijsten uit respectievelijk 2013 en 2015 zijn de volgende aanpassingen gedaan aan de CQ-indexen voor de spoedeisende en planbare ambulancezorg:

C.1 Planbare ambulancezorg

Vraag 1 *'Heeft u de afgelopen 4 maanden ambulancezorg op afspraak gehad?'*, de tijdsperiode van 4 maanden is vervangen door 3 maanden. Indien patiënten geen ambulancezorg op afspraak hadden ontvangen binnen deze tijdsperiode werden zij verzocht om de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolop.

C.2 Spoedeisende ambulancezorg

Vraag 1 *'Heeft u afgelopen 4 maanden spoedeisende ambulancezorg gehad?'*, de tijdsperiode van 4 maanden is vervangen door 3 maanden. Indien patiënten geen ambulancezorg op afspraak hadden ontvangen binnen deze tijdsperiode werden zij verzocht om de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolop.

Bij vraag 5 *'Wat was de aard van de gebeurtenis?'* is de antwoordmogelijkheid 'vallen' verwijderd, gezien dit overeenkomt met de categorie ongeval met verwondingen.

Vraag 11 *'Vertelde de centralist dat er een ambulance werd gestuurd'* is dit jaar toegevoegd aan de vragenlijst. Met deze vragen beogen we meer informatie te verkrijgen over de informatievoorziening aan de patiënt.

Vraag 17 *'Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?'* is uit de vragenlijst verwijderd.

Vraag 35 *'Werd u betrokken bij de keuze voor het ziekenhuis?'* is dit jaar aan de vragenlijst is toegevoegd met als doel om meer informatie te verkrijgen over gezamenlijke besluitvorming in de acute zorg.

Bijlage D Overzicht ervaringsvragen CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg

In de onderstaande tabellen D.1 en D.2 staan voor alle ervaringsvragen in de CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg de ervaringscores, belangcores, percentage negatieve antwoorden en verbetercores opgenomen. De ervaringscore is het percentage patiënten dat op een aspect een negatieve ervaring rapporteerde. Een negatieve ervaring komt overeen met de antwoordcategorieën 'Nee, helemaal niet' en 'Een beetje' bij de 4-puntsschalen. Verbeterscores zijn berekend door de gemiddelde belangscore van het kwaliteitsaspect te vermenigvuldigen met het percentage respondenten dat een negatieve ervaring had, en dit getal te delen door honderd. Hoe hoger de waarde, des te meer verbetering is mogelijk.

Tabel D.1 Overzicht ervaringsvragen CQI planbare ambulancezorg

Nr.	Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- potentieel (2019)	Verbeter- potentieel (2016)
7	Wist u hoe laat u zou worden opgehaald met de ambulance?	1913	2,88	2,99	37,43	1,12	1,01
8	Vond u het een probleem dat u niet wist wanneer u zou worden opgehaald?	656	3,43	2,99	8,54	0,26	0,29
9	Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?	1149	3,59	3,02	13,66	0,41	0,41
10	Was het een probleem dat de ambulance eerder of later dan afgesproken kwam?	90	3,43		11,11		
11	Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?	1704	3,86	3,19	4,81	0,15	0,21
12	Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	1937	3,86	3,26	1,86	0,06	0,07
13	Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?	1329	3,85	3,25	2,86	0,09	0,10
14	Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit?	1196	3,83	3,15	3,85	0,12	0,16
16	Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?	264	3,98	3,42	0,76	0,03	0,05
17	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	1903	3,89	3,25	1,42	0,05	0,06
19	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	1948	3,95	3,36	0,67	0,02	0,05
20	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	1951	3,93	3,21	0,87	0,03	0,04
21	Had het ambulancepersoneel genoeg aandacht voor de mensen die bij uw waren (partner/familie/vrienden)?	1119	3,87	3,01	2,14	0,06	0,10
22	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	1912	3,95	3,47	0,58	0,02	0,04

Nr.	Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- potentieel (2019)	Verbeter- potentieel (2016)
23	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	1924	3,93	3,27	0,88	0,03	0,05
24	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	1907	3,70	3,24	6,14	0,20	0,19
25	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	1900	3,79	3,27	4,26	0,14	0,13
26	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	1362	3,92	3,38	1,17	0,04	0,05
27	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	1843	3,96	3,37	0,27	0,01	0,01
29	Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	1248	3,87		1,52		
30	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	1603	3,36	3,02	15,47	0,47	0,43
31	Was het een probleem dat het ambulancepersoneel niet (helemaal) had verteld wat er bij aankomst zou gebeuren?	234	3,79		2,56		
32	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	1787	3,95	3,44	0,56	0,02	0,04
33	Vroeg het ambulancepersoneel of er thuis iemand aanwezig was?	432	3,17	3,11	27,55	0,86	0,81
34	Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?	488	3,72	3,26	9,43	0,31	0,39
35	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	1824	3,98	2,94	0,71	0,02	0,03

Tabel D.2 Overzicht ervaringsvragen CQI spoedeisende ambulancezorg

Nr.	Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- potentieel (2019)	Verbeter- score (2016)
8	Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg genoeg aandacht voor u?	927	3,90	3,48	1,83	0,06	0,07
9	Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?	839	3,66	3,55	11,44	0,41	0,40
10	Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?	868	3,74	3,56	4,26	0,15	0,20
11	Vertelde de centralist dat er een ambulance werd gestuurd?	1063	3,95		1,60		
15	Vond u dat de huisarts of (dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?	670	3,91	3,43	1,49	0,05	0,06
17	Was het wachten op de ambulance een probleem?	2620	3,52	3,66	4,96	0,18	0,22

Nr.	Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- potentieel (2019)	Verbeter- score (2016)
18	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	2852	3,92	3,60	1,61	0,06	0,07
19	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	2860	3,95	3,47	1,05	0,04	0,05
20	Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?	2792	3,69	3,46	4,91	0,17	0,16
21	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	2870	3,91	3,59	1,39	0,05	0,07
22	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?	2828	3,92	3,59	1,38	0,05	0,06
23	Had het ambulancepersoneel genoeg aandacht voor de mensen die aanwezig waren (familie/vrienden/omstanders)?	2268	3,71	3,02	5,69	0,17	0,18
25	Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	1369	3,82	3,46	2,41	0,08	0,12
26	Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	1933	3,72	3,51	4,97	0,17	0,21
27	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	2712	3,79	3,48	3,87	0,13	0,15
28	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	2702	3,83	3,47	2,78	0,10	0,12
29	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	2102	3,87	3,40	1,19	0,04	0,07
30	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	2674	3,95	3,62	0,52	0,02	0,03
32	Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?	357	3,74	3,38	6,16	0,21	0,19
33	Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?	353	3,92	3,38	2,55	0,09	0,14
34	Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd naar welk ziekenhuis u vervoerd werd?	2164	1,81	3,01	73,11	2,20	1,34
35	Werd u betrokken bij de keuze voor het ziekenhuis?	1566	2,42		52,62		
36	Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	2127	3,89	3,32	1,18	0,04	0,06
37	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	2226	3,86	3,29	1,44	0,05	0,07
39	Heeft het ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?	2303	3,96	3,62	0,65	0,02	0,16
40	Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?	2210	3,92	3,64	0,86	0,03	0,14