



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **CQI Spoedeisende Ambulancezorg**

**Actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen**

Maarten Krol  
Herman Sixma  
Anne Marie Plass

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 978-94-6122-229-9

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>11</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Achtergrond	13
1.2 Aanleiding en opzet huidig onderzoek	14
1.3 Gebruik van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg	15
1.4 Opbouw van dit rapport	15
<b>2 Actualisatie CQI Ambulancezorg</b>	<b>17</b>
2.1 Literatuuronderzoek	17
2.2 Expertmeeting	17
2.3 Cognitieve test	18
2.4 Vaststellen conceptvragenlijst	19
2.4.1 Aanpassingen ten opzichte van 2009	19
2.4.2 Concept belangenlijst	20
<b>3 Dataverzameling en respons</b>	<b>23</b>
3.1 Dataverzameling	23
3.1.1 Steekproeven	23
3.1.2 Dataverzameling	24
3.2 Schoning en respons	24
3.2.1 Schoning	24
3.2.2 Respons	25
3.2.3 (Non) respons analyses	26
3.2.4 Controle gegevensverzameling	28
3.2.5 Achtergrondkenmerken van respondenten	28
<b>4 Methodes en resultaten psychometrie</b>	<b>31</b>
4.1 Psychometrische analyses	31
4.1.1 Itemanalyses	31
4.1.2 Inter-itemanalyses	35
4.1.3 Schaalconstructie	36
4.1.4 Face validity	40
<b>5 Bepaling discriminerend vermogen</b>	<b>43</b>
5.1 Methoden discriminerend vermogen	43
5.1.1 Multilevelanalyses	43
5.1.2 Case-mixcorrectie	44

5.1.3	Betrouwbaarheid en steekproefgrootte	45
5.1.4	Sterrenindeling	45
5.2	Resultaten discriminerend vermogen	46
5.2.1	Multilevelanalyses	46
5.2.2	Case-mix correctie	46
5.2.3	Betrouwbaarheid en steekproefgrootte	49
5.2.4	Sterrenindeling	49
5.3	Conclusie onderzoek discriminerend vermogen	52
<b>6</b>	<b>Ervaringen patiënten</b>	<b>53</b>
6.1	Kwaliteitsschalen	53
6.1.1	Meldkamer	54
6.1.2	Bejegening door ambulancepersoneel	54
6.1.3	Handelen ambulancepersoneel	54
6.1.4	Communicatie ambulancepersoneel	56
6.1.5	Eerste hulp, geen vervoer	57
6.1.6	Vervoer	58
6.1.7	Samenwerking ambulancepersoneel en spoedeisende hulp	58
6.2	Ernst van de gebeurtenis	59
6.3	EHGV of vervoer	60
6.4	Overige onderwerpen vragenlijst	61
6.4.1	Overige vragen meldkamer	61
6.4.2	Samenwerking huisarts en ambulancepersoneel	62
6.4.3	Wachttijd ambulance	63
6.4.4	Keuze van ziekenhuis	64
6.4.5	Mogelijke vergissingen en andere opmerkingen	65
6.4.6	Waarderingscijfers	66
6.5	Verbeterscores	66
<b>7</b>	<b>Evaluatie vragenlijst</b>	<b>69</b>
7.1	Vergelijking vorige vragenlijst	69
7.2	Aanbevelingen voor aanpassingen aan de vragenlijst	70
7.3	Gevolgen aanpassingen vragenlijst	78
<b>8</b>	<b>Discussie en conclusie</b>	<b>79</b>
8.1	Aanleiding en opzet onderzoek	79
8.2	Doelstellingen van het onderzoek	79
8.2.1	Actualiseren en vaststellen psychometrie CQI Spoedeisende Ambulancezorg	79
8.2.2	Bepaling discriminerend vermogen	80
8.2.3	Ervaringen spoedeisende ambulancezorg	80
8.3	Aandachtspunten bij het onderzoek	81
8.3.1	Werving deelnemers/respons	81
8.3.2	Invullen door naasten	82
8.4	Afronding van het project en implementatie	82
8.5	Conclusie	82

<b>Literatuur</b>	<b>83</b>
-------------------	-----------

**Bijlagen:**

Bijlage 1	Projectuitvoer en deelname	85
Bijlage 2	Oorspronkelijke CQI vragenlijst 2009	87
Bijlage 3	Resultaten literatuuronderzoek Patiëntenervaringen met ambulancezorg	95
Bijlage 4	Resultaten expertmeeting: aanpassing vragenlijst	99
Bijlage 5	Vragenlijst psychometrie (versie 0.5)	117
Bijlage 6	Vragenlijst na wijzigingen (versie 1.0)	129



# Managementsamenvatting

Patiënten oordelen uiterst positief over spoedeisende ambulancezorg, waar dan ook in het land; uit dit onderzoek blijkt dat er geen RAV's in negatieve of positieve zin uitspringen. Op specifieke onderdelen is wellicht nog enige kwaliteitswinst te boeken.

## Achtergrond

Om de kwaliteit van zorg vanuit patiëntperspectief op een gestandaardiseerde manier te meten wordt in Nederland gebruik gemaakt van Consumer Quality index (CQI) vragenlijsten. Deze vragenlijsten zijn er voor veel verschillende sectoren en behandelingen, waaronder fysiotherapie, huisartsenzorg, staaroperaties en heup- of knieoperaties. In 2009/2010 is het NIVEL gestart met de eerste fasen van de ontwikkeling van een CQ-index voor spoedeisende ambulancezorg, in samenwerking met Ambulancezorg Nederland (AZN). Bij dit deel van de ontwikkeling van deze vragenlijst was slechts één RAV betrokken; de Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU). Dit terwijl de ambulancezorg in Nederland verzorgd wordt door 25 RAV's. Door de toepassing van één gestandaardiseerd meetinstrument wordt de vergelijkbaarheid van patiëntoordelen over spoedeisende ambulancezorg vergroot. Dit kan een extra impuls opleveren voor het landelijke kwaliteitsbeleid van de sector en de afzonderlijke RAV's. Daarnaast gaat 'benchmarking' binnen de sector tot de mogelijkheden behoren.

## Doel en opzet van het onderzoek

Het onderzoek dat centraal staat in dit rapport, richtte zich op de actualisatie van de vragenlijst om aan te sluiten bij de huidige stand van zaken. Daarnaast zijn er zoveel mogelijk RAV's betrokken bij de actualisatie om het draagvlak en de relevantie van de vragenlijst binnen de sector te vergroten.

De psychometrische eigenschappen van de geactualiseerde vragenlijst dienden opnieuw te worden vastgesteld met onderzoek onder de patiënten van de 16 RAV's die deelnamen aan het onderzoek. Dit wil zeggen dat bekeken wordt hoe de vragenlijst wordt ingevuld: zijn er veel ontbrekende antwoorden, hoe zijn de antwoorden verdeeld, hangen antwoorden met elkaar samen? Uiteindelijk deden er bijna 1.700 patiënten mee aan het onderzoek.

Daarnaast moest nog bepaald worden wat het discriminerend vermogen van de vragenlijst was. Dit betekent het vaststellen of de vragenlijst verschillen in prestaties van de RAV's laat zien.

Tot slot tracht dit onderzoek meer inzicht te verschaffen in de prestaties en geboden kwaliteit van zorg van de RAV's vanuit het patiëntenperspectief.

Het onderzoek kende drie doelstellingen:

- 1 Het actualiseren en opnieuw vaststellen van de psychometrische kenmerken van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg;
- 2 Het bepalen van het vermogen om verschillen te detecteren tussen RAV's, teneinde het meetinstrument te optimaliseren;
- 3 Het verkrijgen van meer (kwantitatief) inzicht in de concrete ervaringen van patiënten die gebruik maken van ambulancezorg in Nederland, op basis van het gebruik van een gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijst.

## **Belangrijkste resultaten**

### ***Actualisatie***

Bij de actualisatie van de vragenlijst zijn vooral de ideeën en wensen vanuit de beroepsgroep richtinggevend geweest. Aanpassingen betroffen het toevoegen van vragen over patiënten die alleen hulp ter plaatse hadden ontvangen (EHGV), maar ook het verwijderen van overbodige vragen en vragen over onderwerpen die door de patiënt lastig te beantwoorden waren. Voorafgaand aan het grootschalige onderzoek is de vragenlijst kleinschalig uitgetest bij een tiental patiënten via cognitieve interviews.

### ***Weinig tot geen verschillen tussen RAV's***

De uitkomsten van het onderzoek naar het discriminerend vermogen van de CQI spoedeisende ambulancezorg laten zien dat er (vanuit patiëntperspectief) weinig tot geen verschillen zijn tussen de 16 RAV's die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Daarbij passen twee kanttekeningen. (1) Enkele onderdelen van de vragenlijst (EHGV, ervaringen meldkamer) zijn maar door een klein aantal patiënten ingevuld, zodat lastig is in te schatten of de ervaringen ook echt representatief zijn. (2) Niet alle RAV's hebben deelgenomen aan het onderzoek. Vooralsnog lijkt het erop dat de sterke mate van protocollering die in de spoedeisende ambulancezorg is doorgevoerd ook daadwerkelijk resulteert in uniforme zorg.

### ***Ervaringen met spoedeisende ambulancezorg***

Behalve uniform, is de kwaliteit van de spoedeisende ambulancezorg in Nederland gezien door de ogen van de patiënt van een hoog tot zeer hoog niveau. Dat geldt vooral voor thema's zoals bejegening, communicatie en behandeling door het ambulancepersoneel. Het personeel krijgt ook een zeer hoog waarderingcijfer van de patiënten; gemiddeld een 9,0, waarbij 70% van de patiënten een 9 of een 10 toekent. Ook in vergelijking met patiënten in andere zorgsectoren is dit een erg hoog cijfer. Kijken we naar de informatievoorziening door de meldkamer, dan wordt deze door de patiënten ook positief beoordeeld, maar lijkt er wel ruimte te zijn voor enige verbetering.

Wordt de vragenlijst niet ingevuld door de patiënt zelf, maar door iemand uit zijn of haar omgeving, dan vallen de scores wat lager uit. Wellicht speelt hier mee dat patiënten bij spoedeisende zorg zeer afhankelijk zijn van de hulp die men moet krijgen, wat zich dan weer vertaalt in dankbaarheid en erg hoge scores. Bij naasten speelt dit wellicht minder.



## **Respons; een punt van aandacht**

De respons bij het onderzoek was matig; 30% netto vergeleken met 49% in de pilot in 2009. Kijken we naar de kenmerken van respondenten en non-respondenten, dan blijkt dat de kans op deelname groter wordt met stijgende leeftijd, met uitzondering van de oudste groep (75+). Verder deden vervoerde patiënten relatief vaker mee dan patiënten die alleen hulp ter plaatse ontvingen.

Helaas worden lage responspercentages in de afgelopen jaren vaker gerapporteerd. Patiënten lijken minder geneigd om vragenlijsten in te vullen en de respons op CQ-index vragenlijsten ligt vaak rond de 35%. Er dient dan ook nagedacht te worden over mogelijkheden om deelname te vergroten, aangezien de respons zowel het gewicht als de zeggingskracht van het onderzoek bepaalt. Een optie is om te bekijken of patiënten zeer kort (bijvoorbeeld twee weken) na de verleende ambulancezorg per e-mail een uitnodiging voor de vragenlijst kunnen ontvangen. Dit zal mogelijk ook het aantal bruikbare antwoorden ten goede komen, omdat men zich waarschijnlijk (nog) meer herinnert van de gebeurtenis.

## **Implementatie**

De 16 RAV's die deelnamen aan het onderzoek hebben van het NIVEL een individuele terugrapportage ontvangen, waarin de ervaringen van hun patiënten werden afgezet tegen gemiddelde scores van alle RAV's die deelnamen. Ook zijn de resultaten gepresenteerd op een bijeenkomst voor de deelnemende RAV's.

Het nieuwe meetinstrument is aangemeld voor opname in het kwaliteitsregister bij de afdeling Kwaliteit van Zorginstituut Nederland, om in de toekomst te gebruiken voor landelijke metingen in de ambulancesector. Het is de bedoeling van AZN om de CQI Spoedeisende Ambulancezorg met een bepaalde regelmaat te gebruiken voor landelijke metingen over de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief onder alle aangesloten RAV's. Daarnaast kunnen individuele RAV's (onderdelen van) de vragenlijst gebruiken voor eigen metingen. In aanvulling op de bestaande meetinstrumenten rond de zorginhoudelijke indicatoren geeft dit een completer beeld van de ambulancezorg, vanuit verschillende perspectieven.

## **Tot slot**

Bij spoedeisende ambulancezorg zijn patiënten niet in de gelegenheid om van tevoren te kiezen voor een bepaalde zorgverlener. Spoedeisende ambulancezorg moet dan ook overal, altijd en op elk onderdeel zo goed mogelijk zijn. In het huidige onderzoek werden door patiënten zeer positieve ervaringen gerapporteerd over de ambulancezorg en het ambulancepersoneel. In combinatie met het feit dat er vrijwel geen verschillen tussen de 16 deelnemende RAV's werden gevonden, kan de kwaliteit van spoedeisende ambulancezorg vanuit patiëntperspectief als zeer goed beoordeeld worden.



## Voorwoord

Dit rapport doet verslag van het onderzoek waarbij de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg is doorontwikkeld. De bestaande vragenlijst uit 2009/2010 is geactualiseerd en uitgezet onder de patiënten van 16 regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). Met de vragenlijst zijn de ervaringen van deze patiënten met spoedeisende ambulancezorg in beeld gebracht. Daarnaast is onderzocht of de vragenlijst in staat is om verschillen in ervaringen tussen RAV's te onderscheiden. Aan de hand van de resultaten is een definitieve versie van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg vastgesteld. Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met Ambulancezorg Nederland (AZN) en 16 deelnemende RAV's.

Uit het onderzoek bleek dat patiënten over het algemeen zeer positieve ervaringen hebben met de spoedeisende ambulancezorg. Vooral het ambulancepersoneel wordt hoog gewaardeerd. Verder lieten de resultaten geen significante verschillen zien tussen de RAV's.

De onderzoekers danken de kwaliteitsfunctionarissen en andere betrokken medewerkers van de RAV's voor hun onmisbare inbreng bij dit project, maar uiteraard ook de patiënten die deelnamen aan de vragenlijst. Tot slot veel dank aan de projectgroep: Margreet Hoogeveen (AZN), Wim Blommaert (RAVU) en Gerard Berendschot (RAV IJsselland).

Utrecht, december 2013



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Het overheidsbeleid voor de Nederlandse gezondheidszorg is onder andere gericht op kwaliteitsverbetering, kwaliteitsborging en het creëren van meer vraaggestuurde zorg. Om deze doelen te bereiken is inzicht in de prestaties van zorgaanbieders via objectieve prestatie-indicatoren (bijvoorbeeld effectiviteit, veiligheid en kosten) en de meer subjectieve ervaringen van gebruikers van zorgvoorzieningen (bijvoorbeeld patiëntgerichtheid) noodzakelijk. Om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van zorggebruikers op een gestandaardiseerde manier te meten wordt in Nederland gebruik gemaakt van Consumer Quality index (CQI) vragenlijsten (Delnoij 2006, Delnoij et al. 2010). CQI-vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerd en meten ervaringen van consumenten met de zorg. Dat is een belangrijke verbetering ten opzichte van vragenlijsten uit de jaren '80, waarin alleen naar tevredenheid van patiënten/consumenten werd gevraagd (Cleary en Edgman-Leviton, 1997). Behalve dat wordt gekeken naar de ervaringen, wordt via CQI-vragenlijsten ook het belang gemeten dat door patiënten wordt toegekend aan kwaliteitsaspecten. Combinaties van de (gerapporteerde) ervaringen en belangsscores kunnen de basis vormen voor kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging.

In 2009/2010 heeft het NIVEL een eerste versie van de CQ-index Ambulancezorg ontwikkeld, in samenwerking met de Regionale Ambulancevoorziening Utrecht (RAVU) en Ambulancezorg Nederland (AZN) (Sixma et al., 2010). De vragenlijst had ten doel om de kwaliteit van spoedzorg door regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) te meten, vanuit het perspectief van patiënten.

Bij de ontwikkeling van die vragenlijst is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, groepsbijeenkomsten met patiënten van RAV's, gesprekken met deskundigen, andere CQI-instrumenten en andere sectorgerichte vragenlijsten voor het meten van patiëntervaringen en/of -tevredenheid. Ook is de vragenlijst op kleine schaal kwantitatief getest. De vragenlijst bestond uit 42 kwaliteitsaspecten, alsmede een aantal vragen naar respondentkenmerken.

De kwaliteitsaspecten hadden betrekking op de drie thema's: (1) melding en meldkamer, (2) de zorg verleend door het ambulancepersoneel, (3) de overdracht ambulance – ziekenhuis. Bij de zorg die wordt verleend door het ambulancepersoneel kan nog een onderscheid worden gemaakt naar deskundigheidsaspecten en aspecten die vooral te maken hebben met de bejegening. Bij het uitvragen van de kwaliteitsaspecten is het proces van zorgverlening aan de patiënt gevolgd. De vragenlijst uit 2009 is te vinden in bijlage 2.

## 1.2 Aanleiding en opzet huidig onderzoek

### *Actualisatie*

Bij de ontwikkeling van de eerste vragenlijst was slechts één RAV betrokken. Ambulancezorg wordt in Nederland echter verleend door 25 RAV's. Bovendien zijn we 3 jaar verder; jaren waarin ook bij de RAV's sprake is geweest van ontwikkelingen die wellicht meegenomen moeten worden in een geüpdatete CQI. Het onderzoek dat centraal staat in dit rapport, richtte zich op de actualisatie van de bestaande vragenlijst met de inbreng van zoveel mogelijk RAV's. Dit om het draagvlak en de relevantie van de vragenlijst binnen de sector te vergroten, maar ook om aan te sluiten bij de huidige stand van zaken. De psychometrische eigenschappen van de geactualiseerde vragenlijst dienden opnieuw te worden vastgesteld met surveyonderzoek onder de patiënten van de deelnemende RAV's.

### *Discriminerend vermogen*

Daarnaast dienden er zoveel mogelijk RAV's deel te nemen aan het huidige onderzoek voor de laatste ontwikkelfase van de CQI-vragenlijst: de bepaling van het discriminerend vermogen van de vragenlijst. Dit betekent het vaststellen of de vragenlijst verschillen in prestaties van de RAV's zichtbaar kan maken. Dit was in het vorige onderzoek niet mogelijk, omdat hierbij slechts één RAV betrokken was.

### *Inzicht in patiëntervaringen*

Tot slot trachtten we met dit onderzoek we meer inzicht te krijgen in de prestaties en geboden kwaliteit van zorg van de RAV's vanuit het patiëntenperspectief. Dit kan een extra impuls opleveren voor het landelijke kwaliteitsbeleid van de sector en de afzonderlijke RAV's. Door de toepassing van één gestandaardiseerd meetinstrument wordt de vergelijkbaarheid van patiëntenoordelen over spoedeisende ambulancezorg vergroot, aangezien dit de 'eigen' vragenlijsten van de RAV's kan vervangen. Daarnaast gaat 'benchmarking' binnen de sector tot de mogelijkheden behoren.

### *Spoedeisende ambulancezorg*

De nieuwe versie van de vragenlijst richt zich op spoedeisende ambulancezorg. Dit betekent volwaardige A1- en A2-ritten, waarbij de patiënt wordt vervoerd en de kosten declarabel zijn bij zorgverzekeraars. Maar ook situaties waarbij de patiënt alleen ter plaatse is behandeld zijn meegenomen in de vragenlijst; de zogenaamde 'Eerste Hulp, Geen Vervoer'-ritten (EHGV). Daarvoor was in de vorige versie van de vragenlijst nog geen plaats. Bij de A1-ritten gaat het jaarlijks om bijna 480.000 inzetten. Bij een A1-rit is sprake van een acute, levensbedreigende situatie waar zo spoedig mogelijk zorg ter plaatse moet worden verleend. Het aantal A2-ritten (waarbij wel spoed vereist is, maar geen sprake is van een levensbedreigende situatie) bedroeg in 2011 ruim 260.000 (AZN, 2012). Het aantal EHG-ritten ligt iets onder de 200.000 inzetten. Geplande ambulancezorg, de zogenaamde B-inzetten of B-ritten, zijn niet meegenomen bij het ontwikkelen van deze CQ-index. Daarom wordt de huidige vragenlijst 'CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg' genoemd.

Het onderzoek had drie doelstellingen, zoals hierboven reeds beschreven:

- 1 Het actualiseren en opnieuw vaststellen van de psychometrische kenmerken van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg.
- 2 Het bepalen van het vermogen van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg om verschillen te detecteren tussen RAV's.
- 3 Het verkrijgen van meer (kwantitatief) inzicht in de concrete ervaringen van patiënten die gebruik maken van spoedeisende ambulancezorg in Nederland, op basis van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg.

Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met AZN. Het project werd begeleid door een commissie waarvoor ook vertegenwoordigers van andere partijen zijn uitgenodigd om te participeren, waaronder beroepsgroepen betrokken bij de spoedeisende hulp, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS (zie bijlage 1). De meeste van deze partijen participeerden ook in de begeleidingscommissie van de voorganger van dit project.

### **1.3 Gebruik van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg**

De CQI Spoedeisende Ambulancezorg zal uiteindelijk, net als alle CQI-meetinstrumenten, meerdere gebruiksdoelen gaan dienen.

Elk CQI-ontwikkeltraject wordt afgesloten met aanmelding van het meetinstrument bij de rechtsoptvolger van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ): het Zorginstituut Nederland (CVZ, 2013). Bij goedkeuring komt het instrument beschikbaar in het publieke domein en voor toepassing op bredere schaal.

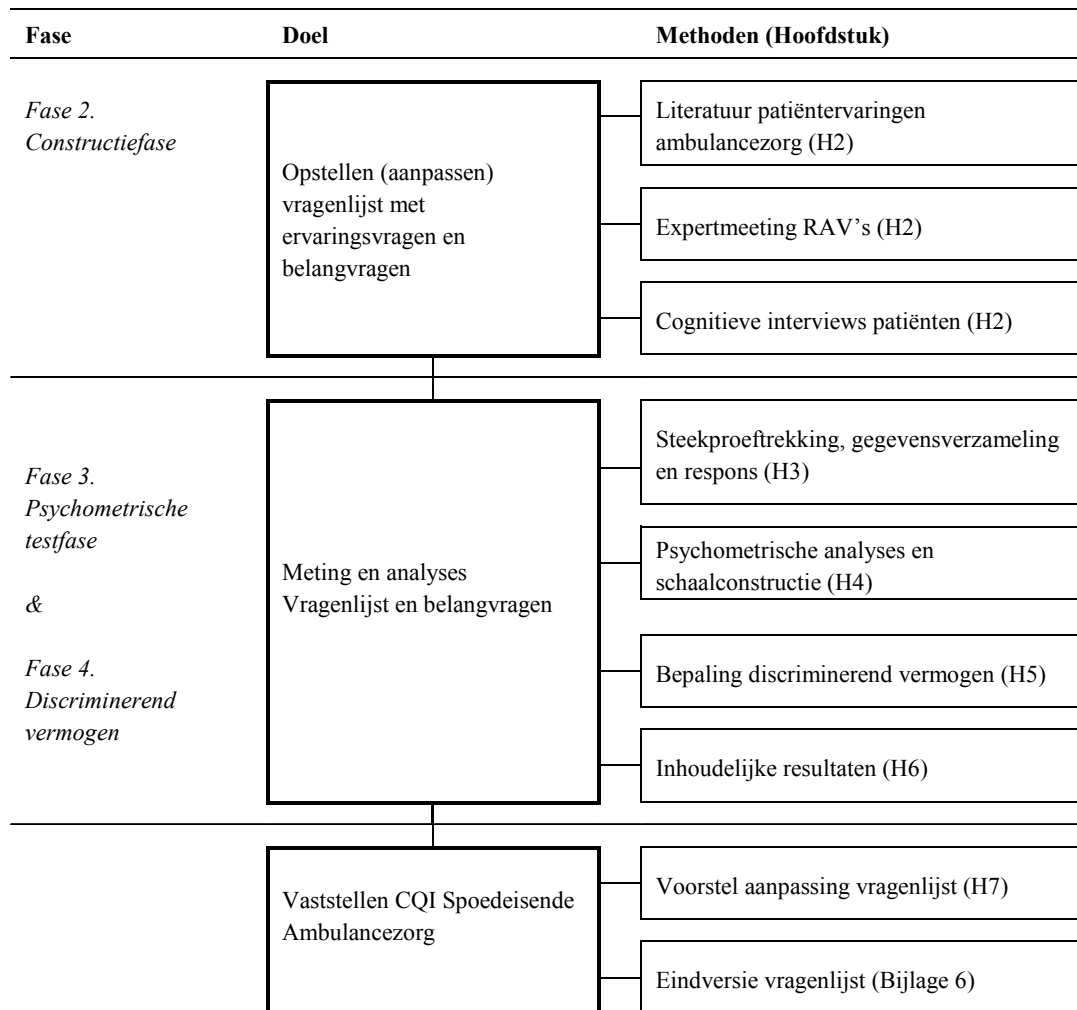
Eén van de doelen van AZN is om de vragenlijst met regelmaat te gebruiken voor reguliere metingen binnen de sector, bijvoorbeeld eens in de twee of drie jaar. Daarnaast biedt het instrument de AZN en de afzonderlijke RAV's ook de mogelijkheid om delen ervan te gebruiken in eigen onderzoek. Met zijn modulaire opbouw is de vragenlijst hiervoor zeer geschikt.

### **1.4 Opbouw van dit rapport**

In het volgende hoofdstuk komen de methoden aan bod die gebruikt zijn om de vragenlijst uit 2009 te actualiseren. In hoofdstuk 3 worden de meting met de nieuwe, geactualiseerde vragenlijst en de respons gerapporteerd. Hoofdstuk 4 bevat de psychometrische analyses van de gegevens en de mogelijkheden van schaalconstructie, gevolgd door het onderzoek naar het discriminerend vermogen in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 worden de inhoudelijke resultaten van de vragenlijst behandeld: wat vinden patiënten van de spoedeisende ambulancezorg? In hoofdstuk 7 wordt de geactualiseerde vragenlijst geëvalueerd en een voorstel gedaan voor aanpassing van de vragenlijst. De conclusie en discussie van het onderzoek volgen in hoofdstuk 8.

Figuur 1.1 geeft de fasen van het huidige onderzoek schematisch weer, met vermelding van wat er in de afzonderlijke hoofdstukken behandeld wordt.

Figuur 1.1 Onderzoeksfasen CQI Spoedeisende Ambulancezorg





## 2 Actualisatie CQI Ambulancezorg

### 2.1 Literatuuronderzoek

Met een aantal verschillende zoekstrategieën zijn er searches uitgevoerd om relevante onderzoeksartikelen over patiëntervaringen met ambulancezorg te achterhalen. Dit om te bekijken wat de ervaringen zijn van patiënten, zowel in binnen- als buitenland, maar ook om ideeën op te doen voor actualisatie van de vragenlijst.

De searches zijn uitgevoerd in de database van PubMed, de grootste online verzameling van medische onderzoeksartikelen. In de zoekstrategieën is vooral gebruik gemaakt van MeSH-termen. Een MeSH-term is een bepaald onderwerp waarop artikelen gerubriceerd kunnen worden. In ons onderzoek was de term ‘Ambulances’ een belangrijk selectiecriteria. Daarnaast is er nog bekeken of bepaalde termen rond patiëntervaringen voorkwamen in de titel en/of de samenvatting (abstract) van de artikelen.

Van de resultaten is eerst op basis van de titel bekeken of ze enigszins relevant waren.

Vervolgens zijn van de geselecteerde artikelen de abstracts doorgenomen en aan de hand daarvan is bepaald of het artikel van nut kon zijn bij ons onderzoek.

De onderstaande zoekstrategie bleek uiteindelijk de meest informatieve:

*Ambulances[mesh] AND ((patient satisfaction[mesh]) OR (patient pref\*[tiab] OR patient exp\*[tiab] OR patient prior\*[tiab] OR patient opin\*[tiab]))*

Het leverde 36 resultaten op, waarvan er 6 enigszins relevant bleken (zie bijlage 3). De resultaten van deze zoekstrategie bevatten ook alle relevante artikelen die met andere zoekstrategieën waren gevonden. Echter, de geselecteerde studies bleken allen slechts zijdelings relevant voor het huidige onderzoek. De resultaten van het literatuuronderzoek zijn uiteindelijk niet gebruikt bij de aanpassing van de vragenlijst.

### 2.2 Expertmeeting

De belangrijkste stap voor de actualisatie was de expertmeeting die georganiseerd werd voor kwaliteitsfunctionarissen van (in principe) alle RAV's. In maart 2013 heeft deze bijeenkomst plaatsgevonden, waaraan uiteindelijk acht functionarissen deelnamen. Ook de werkgroep bij het project (zie bijlage 1) was hierbij voltallig aanwezig.

Tijdens de bijeenkomst is de vragenlijst uit 2009 in zijn geheel doorgenomen en kon men van gedachten wisselen over de relevantie van de verschillende onderdelen. Ook werden er suggesties gedaan over ontbrekende onderwerpen. Zo was de bestaande vragenlijst toespit op patiënten die met de ambulance naar het ziekenhuis waren vervoerd en niet op patiënten die alleen hulp ter plaatse ontvingen. Verder werd voorgesteld om minder vragen te stellen over de samenwerking tussen ambulancepersoneel en SEH, omdat veel hiervan aan de patiënt voorbijgaat. Wel was men geïnteresseerd in wat patiënten van het

vervoer vinden, bijvoorbeeld van het rijgedrag van de chauffeur, hoewel ook dit mogelijk lastig te bepalen is voor de patiënt.

Verder werd er een interessante discussie gevoerd over welke kwaliteitsaspecten men überhaupt aan patiënten moet vragen en welke uit andere bronnen dienen te komen. Een voorbeeld hiervan is de aanrijdtijd. Omdat dit voor patiënten (en andere aanwezigen) moeilijk is in te schatten, kan hier beter de eigen registratie voor gebruikt worden. Daarnaast moet er altijd een afweging worden gemaakt tussen de informatievraag aan de ene kant en de belasting van respondenten aan de andere kant; een vragenlijst moet relevante vragen bevatten, maar wel beknopt blijven.

De resultaten van de bijeenkomst en de suggesties voor aanpassing van de vragenlijst staan in bijlage 4. Deze aanpassing heeft geleid tot versie 0.1 van de CQ-index Spoedeisende ambulancezorg. Na aanvullend overleg met de werkgroep is deze versie aangepast tot versie 0.2. Dit betrof voornamelijk de volgorde van vragen en keuze van antwoordcategorieën.

### 2.3 Cognitieve test

Alvorens de vragenlijst te gebruiken voor de grote landelijke meting, moest deze nog worden voorgelegd aan ongeveer tien patiënten in cognitieve interviews. Dit om meer inzicht te krijgen in de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst (staan alle relevante onderwerpen er wel in?), de bruikbaarheid van antwoordmogelijkheden (kan de patiënt zijn/haar ervaring kwijt?) en de kwaliteit van de antwoorden (beantwoordt de patiënt de vragenlijst conform zijn/haar ervaring?).

De deelnemers werden geworven door RAV IJsselland, onder mensen die in november 2012 ambulancezorg hadden gehad. Zij ontvingen een brief met uitleg over het onderzoek en een antwoordstrook. Uiteindelijk hebben ongeveer 20 mensen hierop positief gereageerd, wat negen cognitieve interviews heeft opgeleverd. Een onderzoeker is bij deze mensen op bezoek geweest. Zij kregen de vraag om de vragenlijst in te vullen en daarbij hardop na te denken. Vijf mensen kregen versie 0.2 van de vragenlijst om in te vullen. Op basis van hun commentaar is versie 0.3 opgesteld, met enige aanpassingen in vraagvolgorde en antwoordcategorieën. Versie 0.3 is door vier andere patiënten ingevuld. Hierbij werden duidelijk minder bijzonderheden en onduidelijkheden opgemerkt door de deelnemers en/of de onderzoeker dan bij de interviews met versie 0.2.

De interviews hebben vooral geleid tot meer heldere formuleringen van vragen. Ook zijn er bij enkele vragen antwoordopties toegevoegd, die voor deelnemers nodig waren om hun specifieke situatie te kunnen beschrijven. Een aantal deelnemers had moeite met vragen waarin er naar de werkwijze van het ambulancepersoneel of de spoedeisende hulp werd gevraagd. Een voorbeeld is of het personeel 'hygiënisch werkte'; veel deelnemers gaven aan dat ze niet wisten wat de norm was. Deze vraag konden we echter niet op een andere manier stellen en is daarom gehandhaafd voor het grootschalige onderzoek.

Na aanpassing op basis van de interviews is met de werkgroep de inhoud van de testvragenlijst vastgesteld (versie 0.4).

## 2.4 Vaststellen conceptvragenlijst

Na toevoeging van de belangvragen (zie 2.4.2) en verzorging van de lay-out, was de vragenlijst voor het grootschalige onderzoek gereed (versie 0.5). Deze versie is te vinden in bijlage 5 van dit rapport.

### 2.4.1 *Aanpassingen ten opzichte van 2009*

Hoewel de vragenlijst uit 2009 op diverse punten is aangepast, is de kern overeind gebleven. Dit is te zien in hoofdstuk 2 van het ontwikkelrapport; hierin zijn de belangrijkste thema's voor patiënten en kwaliteitsfunctionarissen beschreven (Sixma et al. 2010). Deze komen terug in de nieuwe versie van de vragenlijst. De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van 2009 worden hieronder gegeven.

#### **Algemeen**

De vragenlijst is getiteld 'spoedeisende ambulancezorg'. Dit om duidelijk te maken dat de vragenlijst niet is bedoeld voor geplande ambulancezorg.

De vragenlijst kan nu ook worden gebruikt voor patiënten die behandeld zijn door ambulancepersoneel, maar niet vervoerd (EHGV). Daarom zijn er twee aparte blokken gemaakt: 'Eerste hulp, geen vervoer' en 'Vervoer'.

Een vraag over de ernst van de gebeurtenis is toegevoegd, om te bekijken of dit een invloed heeft op de gerapporteerde ervaringen. In het vorige onderzoek werd gevonden dat patiënten zeer positief oordeelden over de ambulancezorg. Daarbij werd geopperd dat dit (deels) te maken kon hebben met de dankbaarheid van de patiënten jegens het ambulancepersoneel, en mogelijk sterker gold naarmate men een ernstiger probleem had. In dit onderzoek konden we met de vraag over de (zelf gerapporteerde) ernst nagaan of deze suggestie opging.

#### **Invullen door naasten**

Bij vrijwel alle CQ-index vragenlijsten is het gebruikelijk om te vragen of de patiënt of patiënt aan wie de vragenlijst gericht is, hulp heeft gekregen bij het invullen. En zo ja, wat voor hulp. Het voorlezen van de vragen bijvoorbeeld. Dit is geen probleem, maar men kan ook aankruisen 'heeft de vragen in mijn plaats beantwoord'. In dat geval betekent het dat de patiënt/patiënt zelf de vragen dus niet heeft beantwoord. De ingevulde vragenlijst wordt dan niet meegenomen in de analyses (Koopman et al., 2011b).

Bij spoedeisende ambulancezorg ligt dit echter ingewikkelder. Het komt bij deze zorg veelvuldig voor dat de patiënt zelf ten tijde van de zorg niet bij bewustzijn was of bepaalde zaken niet bewust heeft meegekregen. In het meest extreme geval is de patiënt zelfs overleden tijdens of na de ambulancezorg. Dit alles zorgt ervoor dat veel patiënten de vragenlijst niet (goed) kunnen invullen. De RAV's willen echter ook weten hoe men de ambulancezorg ervaren heeft in deze situaties. Daarom werd expliciet de mogelijkheid geboden aan naasten om de lijst namens de patiënt in te vullen, als de patiënt dat zelf niet (meer) kon. De voorwaarde was hierbij wel dat diegene aanwezig was toen de patiënt ambulancezorg kreeg. Er is gekeken naar eventuele verschillen tussen de antwoorden van vragenlijsten die door patiënten en van vragenlijsten die door naasten zijn ingevuld.

### **‘Weet ik niet (meer)’**

De antwoordcategorie ‘weet ik niet (meer)’ is toegevoegd aan vrijwel alle vragen. Dit bleek tijdens de cognitieve test een gemis te zijn bij het invullen, omdat mensen bepaalde dingen niet (bewust) hebben meegemaakt.

### **Meldkamer**

In veel gevallen roept de (dienstdoende) huisarts de ambulance op. Daar was nog niet in voorzien. Voor deze situatie zijn er vragen over de overdracht van huisarts naar ambulancepersoneel toegevoegd.

### **Zorg van het ambulancepersoneel**

De inschatting door de patiënt van het aantal minuten wachten op de ambulance blijkt uit eigen onderzoek van de sector behoorlijk af te wijken van werkelijke wachttijd. Daarom is er meer gevraagd naar een interpretatie.

Een aantal vragen over de zorg door het ambulancepersoneel leken veel op elkaar. Daarom is dit onderdeel ingekort. Verder is het aantal vragen over pijnbehandeling beperkt.

### **Eerste hulp, geen vervoer**

Voor deze doelgroep zijn er nieuwe vragen ingebouwd, vooral over de overdracht en effectiviteit van de zorg.

### **Vervoer**

Er zijn nieuwe vragen gesteld over het rijgedrag van de ambulancechauffeur, vanwege de kennisvraag vanuit de sector.

### **Samenwerking ambulancepersoneel en SEH**

Dit waren veel vragen, terwijl patiënten het moeilijk in te vullen vonden: veel dingen gebeuren buiten het zicht van de patiënt of zijn niet te beoordelen door een leek, zoals men zelf aangeeft. Daarom is het aantal vragen beperkt.

### **Achtergrondvragen**

De vraag over de taal en etniciteit van de patiënt zijn verwijderd.

## **2.4.2 Concept belangenlijst**

Bij de ontwikkeling van iedere nieuwe CQ-index vragenlijst worden deelnemers niet alleen gevraagd naar hun ervaringen, maar ook naar het belang dat zij hechten aan de onderwerpen uit de vragenlijst (Koopman et al., 2011a). Het streven is een zo informatief mogelijk, maar compact meetinstrument te ontwikkelen. Wanneer een vraag voor veel respondenten niet belangrijk is, kan deze eventueel worden verwijderd. Daarnaast kunnen belangsscores voor zorgverleners interessant zijn, omdat het inzicht geeft in wat patiënten belangrijk vinden in de ambulancezorg. Ook kunnen de belangsscores in combinatie met de ervaringen gebruikt worden om inzichtelijk te maken welke onderwerpen voor verbetering in aanmerking komen.

Van alle ervaringsvragen uit de vragenlijst is een belangvraag gemaakt. Bijvoorbeeld, voor de ervaringsvraag: “Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?” is de bijbehorende belangvraag: “Vind u het belangrijk dat het ambulancepersoneel beleefd tegen u is?” Op een vierpuntsschaal kan dit worden aangegeven: ‘niet belangrijk’; ‘een beetje belangrijk’; ‘belangrijk’; ‘heel erg belangrijk’. De conceptbelangenlijst staat achter de ervaringsvragen in bijlage 5.



## 3 Dataverzameling en respons

In dit hoofdstuk worden de steekproeftrekking, dataverzameling en de respons van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg besproken.

### 3.1 Dataverzameling

#### 3.1.1 Steekproeven

Voor de dataverzameling zijn alle 25 RAV's in Nederland door AZN uitgenodigd om deel te nemen. Uiteindelijk hebben 16 RAV's zich aangemeld (zie @bijlage 1). Elke RAV diende twee steekproeven aan te leveren: een grote steekproef (n=300) voor A1- en A2-ritten en een kleinere steekproef (n=100) met patiënten die spoedeisende hulp ter plaatse ontvingen, maar niet vervoerd zijn (Eerste hulp, geen vervoer; EHGv). Dit omdat er bij spoedeisende ambulanceritten ongeveer driekwart van de patiënten wordt vervoerd en een kwart alleen ter plaatse wordt behandeld. Steekproeftrekking en aanlevering van het steekproefbestand vonden plaats door de deelnemende RAV's zelf, via richtlijnen opgesteld door het NIVEL in overleg met het voormalige Centrum Klantervaring Zorg (CKZ; nu Zorginstituut Nederland). De inclusiecriteria voor de twee steekproeven waren als volgt:

Inclusiecriteria voor de eerste steekproef waren:

- in de eerste drie maanden van 2013 hulp ontvangen van de betreffende RAV;
- A1- of A2-urgentie;
- vervoer naar een huisartsenpost (HAP) of een afdeling Spoedeisende eerste hulp (SEH) of functieafdeling van een ziekenhuis;
- patiënt ten tijde van de steekproeftrekking 18 jaar of ouder.

Inclusiecriteria voor de tweede steekproef waren:

- in de eerste drie maanden van 2013 hulp ontvangen van de betreffende RAV;
- A1- of A2-urgentie;
- alleen ter plaatse behandeld (geen vervoer: classificatie EHGv);
- patiënt ten tijde van de steekproeftrekking 18 jaar of ouder.

De steekproeven bestonden uit een willekeurige selectie van patiënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. De RAV's hebben getracht om overleden patiënten niet mee te nemen in deze steekproeven. Echter, het is voor RAV's niet inzichtelijk hoe het de patiënt vergaan is nadat het ambulancepersoneel vertrokken is, bijvoorbeeld na de overdracht van de patiënt aan de Spoedeisende Hulp. Er is dus helaas geen zicht op eventuele overlijdensgevallen.

In totaal werden er door de RAV's 6.400 adressen aangeleverd (16 x 400).

### 3.1.2 *Dataverzameling*

De dataverzameling duurde van donderdag 23 mei (1e verzending) tot en met 22 juli 2013 (oplevering eindbestand). Er is gebruikt gemaakt van de mixed-mode methode, die een zo optimaal mogelijke prijs/responsverhouding oplevert. Respondenten kunnen daarbij zelf kiezen of zij de vragenlijst op internet of op papier invullen. De bijbehorende richtlijnen zoals opgesteld door het CKZ zijn gevolgd (Koopman et al., 2011b). De dataverzameling werd, onder verantwoordelijkheid van het NIVEL, uitgevoerd door een extern mailhouse: DESAN uit Amsterdam. Het verzendschema zag er als volgt uit:

Week 1: Uitnodiging met inloggegevens + antwoordkaartje

Week 3: 1e herinnering met inloggegevens

Week 5: 2e herinnering met inloggegevens + papieren vragenlijst met antwoordenvolop

In een eerste brief werden de geselecteerde patiënten uitgenodigd om de CQI Ambulancezorg via het internet in te vullen, met een eigen inlogcode. In deze brief werd ook duidelijk vermeld dat de RAV niet wist of de betreffende patiënt inmiddels was overleden of anderszins niet in staat was om deel te nemen. Om deze redenen, en ook omdat de patiënt mogelijk niet bij bewustzijn was ten tijde van de ambulancezorg, werd de mogelijkheid geboden om de vragenlijst te laten invullen door iemand anders die aanwezig was bij de ambulancezorg. Bijvoorbeeld een partner of familielid. Bij de uitnodigingsbrief ontvingen de patiënten een antwoordkaart waarop men kon aangeven dat men afzag van deelname, inclusief de reden daarvan. Maar ook kon erop aangegeven worden dat men de vragenlijst liever op papier zou ontvangen. Reageerde men niet binnen twee weken (vragenlijst niet ingevuld en geen antwoordkaart teruggestuurd), dan volgde een herinneringsbrief met nogmaals de inloggegevens. Weer twee weken later ontving men een tweede herinneringsbrief met de inloggegevens, maar ook een papieren versie van de vragenlijst.

## 3.2 **Schoning en respons**

### 3.2.1 *Schoning*

Na afloop van de dataverzameling stond de teller op 1.956 ingevulde vragenlijsten. Bij controle door Desan bleek dat twee mensen de lijst zowel online als schriftelijk (deels) hadden ingevuld. In beide gevallen was de schriftelijke het best gevuld en is de online versie voor deze respondenten verwijderd. De ruwe dataset bestond daarmee uit 1.954 cases, waarvan 1.020 via internet en 934 op papier.

#### **Verwijderen ten onrechte aangeschreven**

Voor het berekenen van de zuivere respons, zijn er om een aantal redenen steekproefgegevens (en soms vragenlijsten) verwijderd. Ongeveer 300 van de geadresseerden waren ten tijde van het onderzoek overleden, wat duidelijk maakt hoe belangrijk het was om een passage hierover in de brief en op het antwoordkaartje op te nemen. Bij ruim 300 geadresseerden is de uitnodiging onbestelbaar geretourneerd,



bijvoorbeeld vanwege verhuizing. Opvallend was dat ongeveer 70 geadresseerden aangaven geen ambulancezorg te hebben gehad in de eerste maanden van 2013, terwijl dit toch een belangrijk inclusiecriteria was.

Een aantal RAV's had ondanks de steekproefinstructies patiënten aangeleverd die ten tijde van de steekproeftrekking jonger dan 18 jaar waren. 24 vragenlijsten zijn om deze reden verwijderd uit de dataset. Daarnaast bleken er ook in de steekproef nog 62 non-respondenten te zijn die te jong waren.

### **Verwijderen onvoldoende of onjuist ingevulde vragenlijsten**

Voor de overige vragenlijsten is bekeken of er voldoende vragen waren beantwoord om deze mee te nemen in de analyses. Hiervoor is het minimum aantal beantwoorde vragen bij vijf gelegd, conform het Handboek CQI-ontwikkeling (Koopman, 2011b). Als dit zo was, volgde uitsluiting van de vragenlijst.

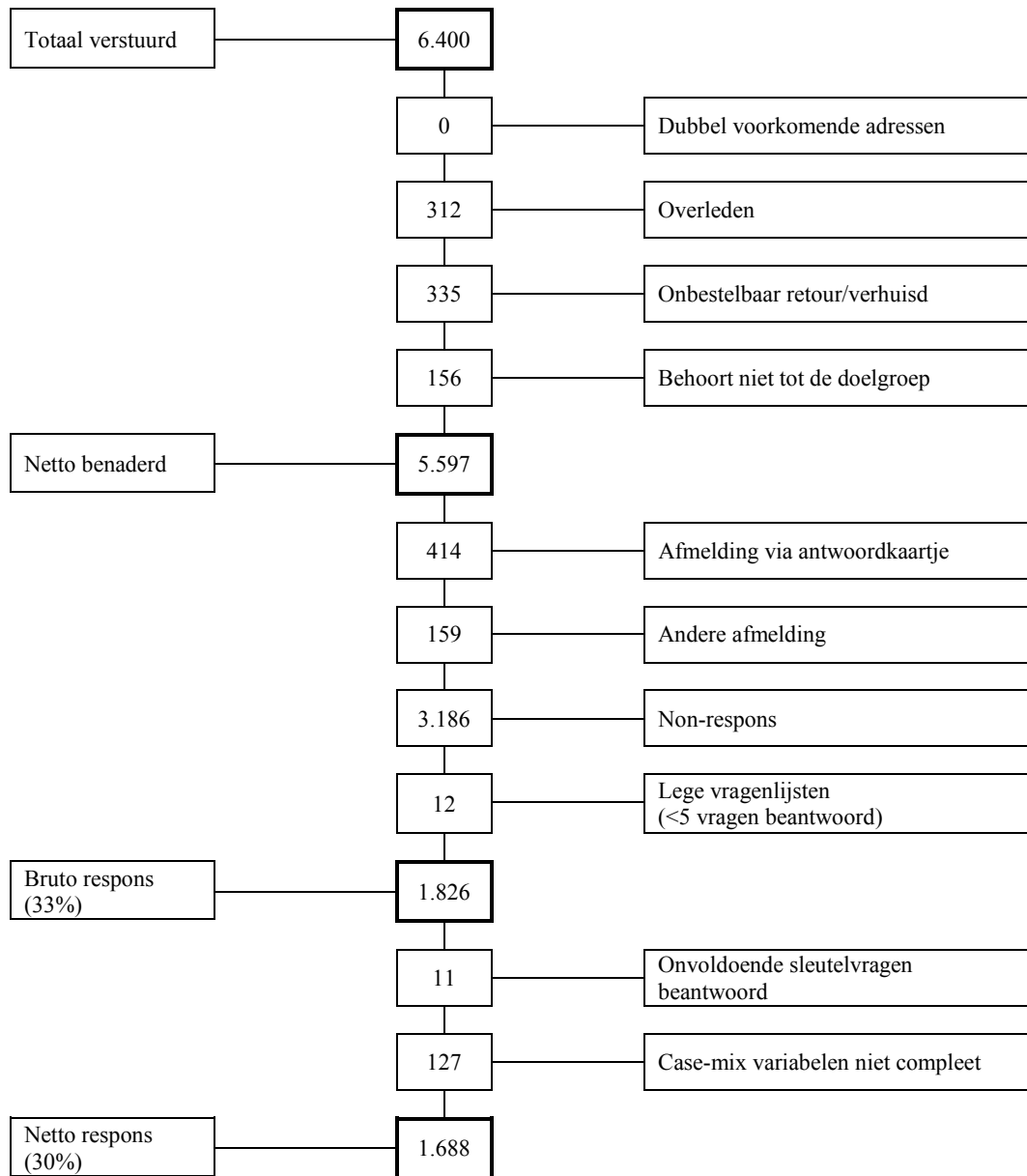
Ook dienden de volgende respondentkenmerken bekend te zijn: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en gezondheid. Dit om te kunnen bepalen welke kenmerken er eventueel van invloed zijn op de antwoorden van deelnemers. Om niet teveel cases te verliezen, zijn er bij missende antwoorden op de vragen naar leeftijd (n=130) en geslacht (n=116), de leeftijd en het geslacht uit het steekproefbestand overgenomen.

Ook is specifiek voor dit onderzoek het invullen van de vragenlijst door iemand anders dan de patiënt meegenomen als mogelijk beïnvloeder van patiëntervaringen. Dit en de respondentkenmerken leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en gezondheid zijn allemaal variabelen waarop de RAV geen invloed heeft, maar die wel hun weerslag kunnen hebben op de resultaten van de vragenlijst (Zaslavsky, 1998). Om tot een eerlijke vergelijking tussen RAV's te komen, moeten de uitkomsten van de vragenlijst voor dergelijke kenmerken gecorrigeerd worden. Welke van deze kenmerken daadwerkelijk een invloed hebben, is in dit project onderzocht.

### **3.2.2 Respons**

In figuur 3.1 staat de respons op de vragenlijst weergegeven. Zowel de bruto- als de netto respons zijn matig te noemen, met respectievelijk 33 en 30%. Na de schoningsstappen bleven er 1.688 vragenlijsten over die zijn meegenomen in de analyses.

Figuur 3.1 Respons CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg Ervaringenlijst



### 3.2.3 (Non) respons analyses

Er is bekeken of de deelnemers aan het onderzoek representatief waren voor de steekproeven die getrokken zijn. Deze controle was mogelijk op basis van leeftijd, geslacht en type zorg van de patiënten, zoals aangeleverd door de RAV's. In tabel 3.1 staan de vergelijkingen tussen respondenten, de groep benaderde patiënten en de totale steekproef.

Tabel 3.1 Representativiteit respondenten

	totaal verstuurd	netto benaderd		bruto respons		netto respons	
	N	N*	(% van totaal verstuurd)	N	(% van netto benaderd)	N	(% van netto benaderd)
<b>Leeftijd:</b>							
<18 jaar	86	-	-	-	-	-	-
18-24 jaar	377	350	92,8	58	16,6	56	16,0
25-34 jaar	426	377	88,5	86	22,8	85	22,5
35-44 jaar	535	498	93,1	117	23,5	113	22,7
45-54 jaar	822	762	92,7	256	33,6	245	32,2
55-64 jaar	941	874	92,9	355	40,6	333	38,1
65-74 jaar	1.129	1.027	91,0	436	42,5	395	38,5
75 jaar of ouder	2.083	1.754	84,2	518	29,5	461	26,3
<i>totaal</i>	<i>6.399</i>	<i>5.642</i>	<i>88,2</i>	<i>1.826</i>	<i>32,4</i>	<i>1.688</i>	<i>29,9</i>
<b>Geslacht:</b>							
man	3.089	2.718	88,0	893	32,9	824	30,3
vrouw	3.304	2.918	88,3	932	31,9	863	29,6
<i>totaal</i>	<i>6.393</i>	<i>5.636</i>	<i>88,2</i>	<i>1.825</i>	<i>32,4</i>	<i>1.687</i>	<i>29,9</i>
<b>Type zorg:</b>							
A1/A2 (vervoer)	4.800	4.296	89,5	1.435	33,4	1.327	30,9
EHGV	1.600	1.364	84,1	391	28,7	361	26,5
<i>totaal</i>	<i>6.400</i>	<i>5.642</i>	<i>88,2</i>	<i>1.826</i>	<i>32,4</i>	<i>1.688</i>	<i>29,9</i>

\* eigenlijk 5.597: 45 respondenten konden pas bij schoning vragenlijst verwijderd worden, omdat zij daarin aangeven onterecht te zijn aangeschreven; deze waren niet te identificeren op basis van het (non)responsbestand

In de tabel is duidelijk te zien dat de RAV's meer zorg verlenen aan ouderen dan aan jongeren, zoals ook blijkt uit het sectorrapport (AZN, 2011). Deze steekproeven zijn uiteraard niet geheel vergelijkbaar met de werkelijkheid, aangezien minderjarigen in principe niet zijn benaderd.

De benaderde patiënten lijken redelijk representatief te zijn voor de gehele steekproef, al zijn de oudste groep patiënten (75 jaar en ouder) en mensen die EHGV-hulp kregen iets minder vaak succesvol benaderd.

De daadwerkelijke deelname aan het onderzoek verschilt naar leeftijd en naar zorgtype. Hoe hoger de leeftijd, des te vaker deden patiënten mee, met uitzondering van de oudste groep. Patiënten met EHGV-zorg hebben relatief minder vaak deelgenomen dan patiënten die vervoerd zijn.

### 3.2.4 Controle gegevensverzameling

Als laatste controle is nog bekeken of de respons verschilt over de 16 deelnemende RAV's, weergegeven in tabel 3.2. Daarin worden de RAV's aangeduid met een willekeurig nummer. Hiermee zijn de uitkomsten niet herleidbaar tot individuele RAV's, hetgeen ook niet het doel is van dit onderzoeksrapport.

84 tot 94% van de geadresseerden heeft de uitnodiging ontvangen. Uitzondering hierop was RAV 16 (71%). Van deze RAV kwamen opvallend veel brieven onbestelbaar retour (94, tegenover maximaal 26 bij de andere RAV's). Voor wat betreft de respons valt wel op dat relatief veel patiënten van deze RAV deelnamen. Dit geldt ook voor RAV 2. Van RAV's 7 en 12 hebben weinig patiënten deelgenomen.

Tabel 3.2 Overzicht van de respons per RAV

	totaal benaderd		netto benaderd		bruto respons		netto respons	
	N	N	(% van totaal benaderd)	N	(% van netto benaderd)	N	(% van netto benaderd)	
<b>RAV</b>								
1	400	368	92,0	121	32,9	115	31,3	
2	400	338	84,5	142	42,0	131	38,8	
3	400	364	91,0	108	29,7	101	27,7	
4	400	337	84,3	131	38,9	122	36,2	
5	400	349	87,3	133	38,1	122	35,0	
6	400	359	89,8	105	29,2	98	27,3	
7	400	376	94,0	60	16,0	57	15,2	
8	400	369	92,3	115	31,2	105	28,5	
9	400	360	90,0	96	26,7	87	24,2	
10	400	351	87,8	115	32,8	101	28,8	
11	400	361	90,3	124	34,3	111	30,7	
12	400	334	83,5	74	22,2	70	21,0	
13	400	324	81,0	129	39,8	120	37,0	
14	400	358	89,5	142	39,7	135	37,7	
15	400	367	91,8	107	29,2	98	26,7	
16	400	282	70,5	124	44,0	115	40,8	
<i>totaal</i>	<i>6.400</i>	<i>5.597</i>	<i>87,5</i>	<i>1.826</i>	<i>32,6</i>	<i>1.688</i>	<i>30,2</i>	

### 3.2.5 Achtergrondkenmerken van respondenten

Hieronder staan in tabel 3.3 de achtergrondkenmerken van de respondenten, zoals ingevuld in de vragenlijst. Zoals al eerder te zien was, betreft de onderzoekspopulatie vooral veel ouderen; de helft van de respondenten is 65 jaar of ouder en 70% is 55 jaar of ouder. Er deden evenveel mannen als vrouwen mee. Verder valt op dat ongeveer 40% van de respondenten zijn of haar gezondheid als slecht of matig waardeert.

Men gaf in ongeveer de helft van de gevallen aan dat de ernst van de gebeurtenis ‘spoedeisend’ was. Samen met ‘levensbedreigend’ betrof dit 60% van de gevallen. Zoals verwacht mag worden was ‘geen tijdsdruk’ een kleine groep, aangezien de steekproeven gericht waren op spoedeisende zorg. Wat betreft de aard van de gebeurtenis blijkt dat veel patiënten te kampen hadden met hartklachten.

Ongeveer één op de zes vragenlijsten is door iemand anders dan de patiënt ingevuld. Het is mogelijk dat de achtergrondkenmerken in die vragenlijsten van de invuller zelf zijn, maar ook dat die van de patiënt zijn ingevuld. Omdat we vooral geïnteresseerd waren in de invloed van de achtergrondkenmerken op het invullen van de vragenlijst, zijn de onderstaande gegevens gewoon meegenomen in de analyses van de vragenlijst.

Tabel 3.3 Achtergrondkenmerken respondenten (N=1.688)

	N	%
<b>Leeftijd:</b>		
18-24 jaar	50	3,0
25-34 jaar	74	4,4
35-44 jaar	126	7,5
45-54 jaar	252	14,9
55-64 jaar	353	20,9
65-74 jaar	387	22,9
75 jaar of ouder	446	26,4
<b>Geslacht:</b>		
man	834	49,4
vrouw	854	50,6
<b>Opleiding:</b>		
geen opleiding	77	4,6
lager onderwijs	169	10,0
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	300	17,8
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	314	18,6
middelbaar beroepsonderwijs (MEAO, MTS)	301	17,8
hoger algemeen en voorbereidend wetensch. o.	141	8,4
hoger beroepsonderwijs (HBO, HEAO, HTS)	286	16,9
wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	100	5,9
<b>Ervaren gezondheid:</b>		
uitstekend	108	6,4
zeer goed	203	12,0
goed	719	42,6
matig	571	33,8
slecht	87	5,2
<b>Type zorg:</b>		
A1/A2 (met vervoer)	1.327	78,6
EHGV	361	21,4

- tabel 3.3 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 3.3 -

	N	%
<b>Ernst van de gebeurtenis:*</b>		
Levensbedreigend (elke seconde telt)	205	13,6
Spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig)	695	46,2
Dringend (binnen enkele uren hulp nodig)	414	27,5
Geen tijdsdruk (nodig, maar had geen haast)	189	12,6
<b>Aard van de gebeurtenis:#</b>		
Ongeval met verwondingen	208	12,3
Onwel geworden	299	17,7
Hartklachten	506	30,0
Bewusteloos geraakt	180	10,7
Benauwd	337	20,0
Pijn	342	20,3
Weet ik niet (meer)	22	1,3
Anders, namelijk...	309	18,3
<b>Invullen vragenlijst:</b>		
Patiënt zelf (met/zonder hulp)	1.409	83,5
Iemand anders, namens patiënt	279	16,5

\* N=1.503

# meerdere antwoorden mogelijk

## 4 Methoden en resultaten psychometrie

### 4.1 Psychometrische analyses

De analyses in deze paragraaf dienden om de psychometrische kwaliteit van het CQI-meetinstrument vast te stellen. Mede op basis hiervan werd bepaald welke items in de nieuwe versie van het meetinstrument opgenomen moesten worden en welke verwijderd. De items uit de vragenlijst zijn onderzocht op de volgende aspecten:

- de scheefheid van de antwoorden op het betreffende item (4.2.1);
- de non-respons per item (4.2.1);
- het belang dat respondenten hechten aan het item (4.2.1);
- de samenhang tussen items (4.2.2);
- het feit of het item schaalbaar is (4.2.3).

Aan de deelnemers is gevraagd of er onduidelijke vragen in de vragenlijst voorkwamen of dat ze vragen hebben gemist ('face validity' of indrukvaliditeit). De opmerkingen van de deelnemers worden zo mogelijk meegenomen bij het aanpassen van de vragenlijst (4.2.4).

#### 4.1.1 Itemanalyses

Het meetinstrument is eerst op itemniveau bekeken. Hierbij werd naar drie aspecten gekeken. Ten eerste werd naar de scheefheid van de verdeling van antwoorden op de ervaringsvragen gekeken. De scheefheid laat zien in hoeverre een item ervaringen kan onderscheiden. Daarnaast is gekeken naar het aantal ontbrekende waarden per item. Dit aantal zegt iets over de relevantie, maar ook over het begrip van de respondenten van dit item. Ten derde is via itemanalyses van de belangsscores inzicht verkregen in de relevantie van de items.

#### **Scheefheid per item**

Als op een item 90% of meer van de antwoorden in de meest positieve categorie (bijvoorbeeld 'ja, helemaal' of 'geen probleem') of in de meest negatieve categorie (bijvoorbeeld 'nee, helemaal niet' of 'groot probleem') valt, spreken we van een extreem scheve verdeling. De ervaringen zijn dan zo weinig verschillend dat deze niet meer discrimineren tussen verschillende groepen respondenten (of tussen RAV's). De scheefheid van de frequentieverdelingen is conform het handboek bekeken voor alle ervaringsvragen, probleemvragen, vragen naar algemene waardering en screenervragen. Hierbij zijn de ontbrekende waarden buiten beschouwing gelaten en ook de antwoordcategorieën 'niet van toepassing' en 'weet ik niet' zijn niet meegenomen bij het berekenen van de frequentieverdelingen. In tabel 4.1 staat een overzicht van de vragen die extreem scheef verdeeld zijn. Het betreft vooral veel vragen over de omgang met het ambulancepersoneel.

Tabel 4.1 Items met een extreem scheve verdeling van antwoorden (>90%)

nr.	vraag	N	% extreme categorie	extreme categorie
16	Vond u dat de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?	369	91,3	Ja, helemaal
19	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	1.632	95,7	Ja, helemaal
20	Had het ambulancepersoneel voldoende aandacht voor u?	1.629	94,9	Ja, helemaal
21	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	1.624	94,2	Ja, helemaal
22	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	1.628	94,8	Ja, helemaal
25	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?	1.605	92,8	Ja, helemaal
27	Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?	1.372	94,8	Ja, helemaal
28	Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?	1.514	96,6	Ja, helemaal
35	Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?	1.501	95,6	Ja, helemaal
46	Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	1.187	91,5	Ja, helemaal
47	Was u tevreden over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	1.202	93,2	Ja, helemaal
50	Wist de spoedeisende hulp dat u kwam?	1.086	98,5	Ja

### Non-respons per item

De items in tabel 4.2 hadden elk in totaal meer dan 5% aan missende waarden. In de eerste kolom staat het percentage deelnemers dat geen antwoord heeft aangekruist bij de betreffende vraag. In de verdere kolommen staan achtereenvolgens het percentage deelnemers dat ‘niet van toepassing’ heeft aangekruist of ‘weet ik niet (meer)’. Bij bijna alle ervaringsvragen is een antwoordcategorie ‘weet ik niet (meer)’ opgenomen, aangezien patiënten (of naasten) mogelijk niet alles hebben meegekregen wat er gebeurd is rond de ambulancezorg, of het zich niet herinneren. Deze antwoordoptie is vaak gekozen. Verder dient opgemerkt te worden dat de percentages in deze tabel alleen gaan over de respondenten voor wie de vraag van toepassing zou kunnen zijn.

Tabel 4.2 Items met meer dan 5% missende waarden

nr.	vraag	% niet ingevuld	% niet van toepassing	% weet ik niet (meer)	% totaal
8	Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg voldoende aandacht voor u?	2,7	-	2,5	5,3
9	Vertelde de centralist hoeveel minuten het ongeveer zou duren voordat de ambulance er zou zijn?	2,7	-	25,2	27,9
10	Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?	3,3	-	16,4	19,7
14	Was de huisarts (of dienstdoende arts) aanwezig toen de ambulance aankwam?	6,6	-	3,1	9,6
15	Heeft de huisarts (of dienstdoende arts) u informatie voor het ambulancepersoneel meegegeven?	5,0	-	17,9	22,9

- tabel 4.2 wordt vervolgd -



- vervolg tabel 4.2 -

nr. vraag	% niet ingevuld	% niet van toepassing	% weet ik niet (meer)	% totaal
16 Vond u dat de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?	3,3	-	3,3	6,6
17 Hoe lang moest u wachten op de ambulance?	0,9	-	13,9	14,9
18 Was het wachten op de ambulance een probleem?	1,3	-	10,0	11,3
23 Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?	1,2	-	5,1	6,3
26 Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)	1,1	12,6	11,7	25,4
27 Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?	0,7	-	18,1	18,7
28 Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?	0,7	-	9,6	10,3
30 Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	3,8	-	10,4	14,3
31 Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	1,0	27,1	5,9	34,0
32 Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	1,2	-	8,6	9,8
33 Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	1,2	-	9,2	10,4
34 Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?	1,2	17,5	7,9	26,7
35 Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?	1,6	-	9,5	11,1
39 Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?	4,5	-	7,9	12,3
40 Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?	2,7	-	7,5	10,3
41 Was de informatie van het ambulancepersoneel begrijpelijk?	5,2	-	1,2	6,4
42 Heeft het ambulancepersoneel geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat zij vertrokken?	3,4	29,8	3,1	36,3
43 Heeft het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, opgelost?	2,1	-	4,1	6,2
44 Heeft het ambulancepersoneel met u overlegd over de keuze van het ziekenhuis?	2,1	31,4	-	33,5
46 Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	1,4	-	12,7	14,1
47 Was u tevreden over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	1,3	-	11,7	13,0
48 Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?	1,3	-	8,3	9,6
50 Wist de spoedeisende hulp dat u kwam?	1,4	-	20,0	21,4
51 Heeft het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg gegeven over uw situatie?	1,6	-	21,4	23,0
52 Sloot de informatie van het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp op elkaar aan?	1,4	-	21,6	23,1
53 Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?	1,7	-	17,9	19,7

### Belangscores

Aan de hand van belangscores werd duidelijk aan welke kwaliteitsaspecten patiënten veel belang hechtten in de ambulancezorg en welke kwaliteitsaspecten minder belangrijk

waren. Bij de belangvragen is het rekenkundig gemiddelde vastgesteld op een vierpuntsschaal (1=niet belangrijk; 2=beetje belangrijk; 3=belangrijk; 4=heel belangrijk). Tabel 4.3 geeft de top 10 weer van kwaliteitsaspecten waar respondenten het meeste belang aan hechtten. De tien kwaliteitsaspecten waar men het minste belang aan hechtte, zijn opgenomen in tabel 4.4.

Hierbij valt op dat de belangscores over het algemeen vrij hoog waren en dat de laagste tien belangscores nog vrij dicht bij de tien hoogste lagen.

Uit de belangscores van tabel 4.3 werd duidelijk dat samenwerking een belangrijke rol speelde voor de patiënten: tussen het ambulancepersoneel onderling, maar ook met de SEH. Verder is het niet verrassend dat patiënten het belangrijk vonden dat er snel gehandeld wordt: een korte wachttijd op de ambulance en ambulancepersoneel dat kordaat te werk gaat. Ook de omgang met het ambulancepersoneel komt terug in de top 10.

In tabel 4.4 staan de tien laagste belangscores. Er zijn bepaalde onderwerpen te herkennen, zoals alle items over het vervoer met de ambulance en inspraak over de keuze van het ziekenhuis. Maar aangezien alle belangvragen gemiddeld 3 of hoger scoren (en dus gemiddeld in ieder geval 'belangrijk' worden gevonden), valt te concluderen dat alle onderwerpen uit de vragenlijst voor patiënten zeer relevant waren.

De belangscore is per vraag te vinden in hoofdstuk 7.

Tabel 4.3 Top 10 items met de hoogste gemiddelde belangscores

nr.*	Vindt u het belangrijk dat...	belangscore	s.d.
17	...de ambulance snel bij u is?	3,66	0,49
53	...het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerken?	3,64	0,49
52	...de informatie van het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp op elkaar aansluit?	3,63	0,50
35	...het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samenwerkt?	3,62	0,50
51	...het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg geeft over uw situatie?	3,62	0,50
27	...het ambulancepersoneel hygiënisch werkt?	3,61	0,53
21	...het ambulancepersoneel u serieus neemt?	3,60	0,51
24	...u vertrouwen heeft in de behandeling van het ambulancepersoneel?	3,59	0,51
25	...het ambulancepersoneel kordaat te werk gaat?	3,59	0,51
11	...de centralist dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?	3,56	0,57

N=1.516-1.630

\* nummers overeenkomstig met ervaringenlijst

Tabel 4.4 Top 10 items met de laagste gemiddelde belangcores

nr.*	Vindt u het belangrijk dat...	belangscore	s.d.
44	...het ambulancepersoneel met u overlegt over de keuze van het ziekenhuis?	3,01	0,85
26	...het ambulancepersoneel aandacht heeft voor mensen die aanwezig zijn? (familie, vrienden, omstanders)	3,02	0,72
15	...de huisarts (of dienstdoende arts) u informatie voor het ambulancepersoneel meegeeft?	3,04	0,92
45	...het ambulancepersoneel rekening houdt met uw wensen over de keuze van het ziekenhuis?	3,08	0,81
28	...het ambulancepersoneel er verzorgd uitziet?	3,14	0,69
47	...u tevreden bent over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	3,17	0,71
19	...het ambulancepersoneel beleefd is tegen u?	3,24	0,63
48	...het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk maakt?	3,29	0,64
46	...de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie past?	3,32	0,68
43	...het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, oplost?	3,34	0,64

N=1.513-1.618

\* nummers overeenkomstig met ervaringenlijst

#### 4.1.2 Inter-itemanalyses

Met behulp van inter-itemanalyses is de samenhang tussen verschillende items bekeken. Als er een sterke samenhang is tussen twee verschillende items en de items ook inhoudelijk over hetzelfde onderwerp gaan, betekent dit dat één van de twee betreffende items verwijderd zou kunnen worden. Een item levert dan geen eigen (unieke) bijdrage aan het begrip kwaliteit van ambulancezorg. De samenhang tussen de items is berekend aan de hand van Pearson's correlaties. De vuistregel is dat als de Pearson's correlatie (r) groter is dan 0,70 en significant, één van beide items in aanmerking komt voor verwijdering uit het meetinstrument. Hierbij dient ook gekeken te worden naar het aantal cases per vraag en het aantal cases waarover de correlatie berekend is. In tabel 4.5 staan de items die onderling sterk correleerden.

In beide gevallen bleek het om vragen te gaan die inderdaad over hetzelfde onderwerp gingen. Dit was een aandachtspunt voor verdere analyses, maar ook voor het beslissen over een volgende versie van de vragenlijst.

Tabel 4.5 Items met een onderlinge correlatie van  $r > 0,70$

nr.	items	Pearson's r*	N
20 & 21	Had het ambulancepersoneel voldoende aandacht voor u? & Nam het ambulancepersoneel u serieus?	0,72	1.614
46 & 47	Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie? & Was u tevreden over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	0,74	1.161

\* sign. bij  $p < 0,001$

### 4.1.3 Schaalconstructie

Om de onderliggende structuur in de vragenlijst vast te stellen en om te bekijken welke betrouwbare en goed interpreteerbare schalen gevormd kunnen worden, zijn factoranalyses en betrouwbaarheidsanalyses (interne consistentie) uitgevoerd. Het samenvoegen van antwoorden op inhoudelijke kwaliteitsschalen, maakt de interpretatie van uitkomsten makkelijker. Daarnaast vergemakkelijken schaalcores de onderlinge vergelijking van RAV's.

#### Factoranalyse

De onderliggende schaalstructuur van de ervaringenlijst is bepaald met behulp van Principale Componenten Analyse met een oblique rotatie (vanwege de veronderstelde samenhang tussen de factoren). Het aantal factoren is bepaald met behulp van het criterium van Kaiser (1960). Dit betekent dat alleen factoren met een eigenwaarde van minimaal 1 zijn geselecteerd. Dit is echter vaak een overschatting van het aantal factoren. Daarom wordt ook een screeplot bekeken (een grafiek met de verschillende factoren), wat vaak een onderschatting van het aantal factoren geeft. De data horen daarbij te voldoen aan de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO): hierbij wordt een waarde van 0,60 of hoger gehanteerd. Bij lagere KMO-waarden kan er geen factoranalyse uitgevoerd worden, omdat de variabelen dan weinig tot niets gemeenschappelijks hebben. Ook werd Barlett's test of sphericity uitgevoerd. Deze test toetst de nulhypothese dat de onderliggende variabelen ongecorrleerd zijn. Als Barlett's test of sphericity significant is ( $p < 0,05$ ), dan wil dit zeggen dat de correlaties tussen de variabelen voldoende hoog zijn om relaties tussen de variabelen te kunnen ontdekken. Een andere vuistregel is dat er tienmaal zoveel respondenten als variabelen moeten zijn voor de variabelen waarover de factoranalyse wordt uitgevoerd.

Volgens het handboek CQI Ontwikkeling dienen items met teveel scheefheid ( $> 90\%$  in één uiterste antwoordcategorie) en/of meer dan 5% missende waarden (bijvoorbeeld leeg, niet van toepassing en/of weet niet) bij voorkeur buiten beschouwing te worden gelaten. Dit vanwege de toepasbaarheid van de resultaten en ook om voldoende respondenten te handhaven. In de voorgaande paragraaf was echter al te zien dat er in de huidige dataset veel items voorkomen met een scheve antwoordverdeling en/of missende waarden. Op dit moment zijn er nog geen ervaringsvragen buiten beschouwing gelaten. Een belangrijk

argument hiervoor was dat diverse items aspecten meten die specifiek gelden voor spoedeisende ambulancezorg, zoals pijnbestrijding en tillen.

Bij het onderzoek naar de schaalstructuur is exploratieve factoranalyse uitgevoerd. Omdat veel onderdelen van de vragenlijst voor specifieke subgroepen golden (wel/geen contact met meldkamer, EHGK of vervoerd), zijn per onderdeel van de vragenlijst aparte analyses uitgevoerd. Items die uiteindelijk niet bij een factor pasten, zijn individueel bekeken. Deze komen in hoofdstuk 6 aan bod.

### **Meldkamer**

Vraag 9 uit de vragenlijst betrof het informeren van de beller over de wachttijd op de ambulance. Deze vraag is als kwaliteitsaspect echter ambigu: het aantal minuten noemen door de centralist is bij de ene regio protocol en bij de andere juist niet toegestaan. Daarom was vraag 9 niet geschikt om mee te nemen in de analyses. Vervolgens bleken de overige drie items wel (net) te voldoen aan de eisen voor factoranalyse, maar geen betrouwbare schaal. Vraag 8 bleek niet binnen de schaal te passen.

### **Ambulancepersoneel**

Dit was het grootste onderdeel van de vragenlijst. Een aantal vragen was door hun aard of aantal cases niet geschikt om mee te nemen. Vraag 18 paste bij geen van de drie gevonden factoren. Vanwege de te hoge correlatie met vraag 21 is vraag 20 niet meegenomen.

Bij een eerste analyse van de overige items bleek dat er twee factoren te onderscheiden waren, die bij uitsplitsing grofweg als 'Bejegening'/'Handelen door ambulancepersoneel' en 'Communicatie' te benoemen zijn. De eerstgenoemde is vervolgens weer uitgesplitst in twee factoren. Bij de factor 'Handelen' zijn vervolgens een aantal items toegevoegd, die zowel inhoudelijk als statistisch pasten. Alle drie de factoren voldeden aan de statistische eisen voor schaalbaarheid.

### **Eerste hulp, geen vervoer**

Vraag 40 kon in eerste instantie niet mee in de factoranalyse, maar bleek in tegenstelling tot vraag 41 wel een waardevolle bijdrage te leveren aan een goede schaal.

### **Vervoer**

Vraag 45 paste niet binnen de factor. Vanwege de te hoge correlatie met vraag 46 is vraag 47 niet meegenomen. Omdat vraag 46 meer naar ervaring vraagt en hoger scoort qua belang, is vraag 47 weggelaten uit de factoranalyse. Verder beperkten de vragen over de keuze van het ziekenhuis de analyses; er was een te scheve verdeling op vraag 44. Vraag 45 bleek niet op de factor te laden. Dit is niet vreemd, want de keuze van een ziekenhuis is uiteraard iets totaal anders dan de rit met de ambulance. De vragen 46 en 48 bleven over. Weliswaar kunnen twee items samen geen KMO boven de 0,50 halen, maar ze vormen samen wel een betekenisvolle schaal.

### **Spoedeisende Hulp**

Van de vragen over de SEH bleek vraag 50 niet op de factor te laden.

Tabel 4.6 Overzicht exploratieve factoranalyse

factor	vraagnummers <sup>+</sup>	aantal vragen	aantal factoren	N	KMO	Bartlett's test
1. Meldkamer	(8,) 10, 11	3	1	397	0,60	<0,000
Ambulancepersoneel	18, 19, 21-28, 30-35	16	2	340	0,90	<0,000
2. Bejegening	19, 21, 22	3	1	1.601	0,67	<0,000
3. Handelen	23-28, 30, 31, 35	9	1	427	0,86	<0,000
4. Communicatie	32-34	3	1	1.199	0,71	<0,000
5. Eerste hulp, geen vervoer	39,( 40,) 41- 43	4	1	146	0,63	<0,000
6. Vervoer	(45,) 46, 48	3	-	-	0,51	<0,000
7. Spoedeisende Hulp	(50,) 51-53	4	1	840	0,67	<0,000

<sup>+</sup> items tussen haakjes pasten niet bij gevonden factoren

### Schaalconstructie en betrouwbaarheid

Voor de zeven hierboven gepresenteerde factoren zijn vervolgens schaalcores berekend, voor alle deelnemers die de helft of meer van de vragen hebben beantwoord waarmee de betreffende schaal wordt gevormd. Bijvoorbeeld: een respondent kreeg een schaalcore voor 'Bejegening' als hij of zij van de vragen 19, 21 en 22 er minstens twee beantwoord had.

Omdat de antwoorden op alle items van 1 t/m 4 liepen, hebben de schalen voor iedere respondent een score tussen 1 en 4.

Op de factoren is vervolgens betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De betrouwbaarheid van de gevonden schalen, oftewel de interne consistentie, kan geanalyseerd worden door het berekenen van Cronbach's alpha. Een schaal is voldoende betrouwbaar als de  $\alpha$ -waarde hoger is dan 0,70. Als de  $\alpha$ -waarde tussen de 0,60 en 0,70 ligt, wordt de schaal voorlopig geaccepteerd, maar is er in de toekomst wel aandacht voor deze schaal vereist. Om te bepalen of een item tot een schaal behoort, moet er gekeken naar de item-totaalcorrelatie (ITC) van het betreffende item. Dit is een maat die aangeeft in hoeverre items binnen een schaal correleren met de schaal in zijn geheel. Deze item-totaalcorrelatie moet groter zijn van 0,40. In tabel 4.7 staan de gevonden schalen weergegeven, inclusief de item-totaalcorrelaties. In deze tabel wordt ook de 'alpha if item deleted' weergegeven. Dit is een schatting van de alpha als het betreffende item verwijderd wordt uit de schaal.

Van de zeven onderzochte factoren toonden vijf een goede betrouwbaarheid, dat wil zeggen een Cronbach's alpha hoger dan 0,70: Meldkamer, Bejegening, Handelen, Communicatie en SEH. Voor de laatstgenoemde zou de betrouwbaarheid nog verhoogd kunnen worden door vraag 51 weg te laten, maar om de factor genoeg zeggenschap te laten houden, is besloten om deze vraag te handhaven.

De andere factoren (EHGV en Vervoer) hadden een matige betrouwbaarheid (Cronbach's alpha tussen 0,6 en 0,7). Bij de factoranalyse bleken de vragen over pijnbestrijding en tillen wel een bottleneck voor wat betreft het aantal geldige cases van de schaal 'Handelen'. Door het toestaan van missende waarden (de helft of meer van de bijbehorende vragen moet ingevuld zijn) hebben uiteindelijk veel respondenten hier toch een score op. De schaal van 'Eerste hulp, geen vervoer' gaat echter over een zeer beperkt aantal patiënten.

Tabel 4.7 Overzicht schalen factoranalyse met achterliggende items van de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg

nr.		factorlading	ITC	A if item deleted
<b><i>Schaal 1 (Meldkamer, N=492, <math>\alpha=0,75</math>)</i></b>				
10	Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?	-	-	-
11	Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?	-	-	-
<b><i>Schaal 2 (Bejegening, N=1.637, <math>\alpha=0,79</math>)</i></b>				
19	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	0,69	0,82	0,73
21	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	0,79	0,89	0,63
22	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	0,66	0,81	0,75
<b><i>Schaal 3 (Handelen, N=1.590, <math>\alpha=0,79</math>)</i></b>				
23	Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?	0,52	0,74	0,76
24	Had u vertrouwen in de behandeling van het ambulancepersoneel?	0,67	0,76	0,75
25	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?	0,64	0,71	0,76
26	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)	0,44	0,68	0,77
27	Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?	0,53	0,47	0,79
28	Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?	0,56	0,42	0,80
30	Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	0,49	0,65	0,78
31	Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	0,53	0,72	0,76
35	Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?	0,68	0,58	0,78
<b><i>Schaal 4 (Communicatie, N=1.504, <math>\alpha=0,80</math>)</i></b>				
32	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	0,78	0,88	0,69
33	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	0,80	0,89	0,67
34	Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?	0,68	0,82	0,80
<b><i>Schaal 5 (EHGV, N=275, <math>\alpha=0,65</math>)</i></b>				
39	Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?	0,72	0,71	0,59
40	Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?	0,71	0,69	0,62
42	Heeft het ambulancepersoneel geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat zij vertrokken?	0,82	0,79	0,49
43	Heeft het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, opgelost?	0,70	0,70	0,64

- tabel 4.7 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 4.7 -

nr.		factorlading	ITC	A if item deleted
<b>Schaal 6 (Vervoer, N=1.272, <math>\alpha=0,68</math>)</b>				
46	Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	-	-	-
48	Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?	-	-	-
<b>Schaal 7 (Samenwerking met SEH, N=1.101, <math>\alpha=0,74</math>)</b>				
51	Heeft het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg gegeven over uw situatie?	0,72	0,74	0,80
52	Sloot de informatie van het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp op elkaar aan?	0,88	0,87	0,53
53	Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?	0,86	0,83	0,59

### Samenhang van de schalen

Vervolgens zijn de correlaties tussen de zeven gevormde schalen berekend (ook wel interfactor-correlaties genoemd). Deze (Pearson) correlaties zijn berekend met de gemiddelde scores van de respondenten per schaal. De correlaties dienen kleiner dan 0,70 te zijn, zodat de schalen die gevormd zijn als onafhankelijk beschouwd kunnen worden; elke schaal meet dan een unieke dimensie (Carey et al., 1993).

De meeste schalen lijken elkaar statistisch gezien niet in de weg te zitten ( $r=0,14-0,58$ ). Alleen de samenhang tussen Handelen enerzijds en Bejegening en Communicatie anderzijds is aanzienlijk (resp. 0,70 en 0,65). Dit is niet verrassend, aangezien de bijbehorende items over de zorg van dezelfde zorgverleners gaan. Het is zeer reëel dat een hoge dan wel een lage score op de ene schaal gepaard gaat met een overeenkomstige score op de andere schaal. Inhoudelijk betreft het echter voor het grootste deel andere onderwerpen.

#### 4.1.4 Face validity

Ter afsluiting van de testversie is gevraagd naar opmerkingen over de vragenlijst (vraag 63). Daarbij konden respondenten hun ideeën kwijt met betrekking tot zowel de vorm als de inhoud van de lijst. Dit gaf een impressie van de 'face validity' van de conceptvragenlijst. Hebben de deelnemers bijvoorbeeld het idee de vragenlijst vanuit patiëntenperspectief de juiste vragen bevatte over spoedeisende ambulancezorg? Gingen er dingen mis, bijvoorbeeld bij het invullen op internet? Miste men bepaalde vragen? Ongeveer 500 mensen hebben hier uiteindelijk iets ingevuld. De meesten gaven aan dat zij het een goede vragenlijst vonden en verder geen opmerkingen hadden. Ook heeft een zeer groot deel deze ruimte gebruikt om het ambulancepersoneel te complimenteren. Hoewel het niet de insteek was van deze vraag, heeft een kleiner aantal deelnemers inhoudelijke opmerkingen gemaakt over de ambulancezorg zelf. Verder werden de kosten



van het vervoer een enkele keer vermeld ('zeer hoog'). Tot slot kwamen enkele malen moeilijkheden bij het verplaatsen van de patiënt aan bod.

Onze aandacht ging echter vooral uit naar de inhoudelijke en technische opmerkingen over de vragenlijst zelf. Deze konden namelijk mogelijk gebruikt worden om de vragenlijst te verbeteren. De meest voorkomende opmerkingen over de vragenlijst staan hieronder. Hierbij kan wel opgemerkt worden dat de aantallen per opmerking zeer beperkt zijn; de meest gemaakte was die over de vragen naar geboorteland en opleidingsniveau: ongeveer 15 keer. Al met al waren deelnemers niet ontevreden over de inhoud van de huidige vragenlijst.

### **Inhoud vragenlijst**

Er zijn opmerkingen gemaakt over een veelvoud van onderwerpen uit de vragenlijst:

- *Waarom vragen naar geboorteland respondent/ouders en opleiding respondent?*

Deze vragen stuiten in CQI-onderzoek vaker op onbegrip. Het idee erachter is om te controleren voor case-mix (in ieder geval leeftijd, geslacht en opleiding), maar ook om eventuele verschillen in ervaringen tussen allochtone en autochtone respondenten te onderzoeken. In de praktijk wordt met informatie over het geboorteland echter weinig gedaan.

- *Meerdere ervaringen met ambulancezorg*

Een aantal deelnemers heeft vaker te maken (gehad) met ambulancevervoer. Sommigen vonden het daarom lastig te bepalen waarover ze de vragenlijst invulden. Dit is helaas niet te voorkomen, behalve door in de vragenlijstinstructie aan te geven dat het om de meest recente gebeurtenis ging. Deze situatie kan dan nog onbevredigend zijn voor deelnemers, omdat men liever een oordeel geeft over alle gebeurtenissen. Zeker wanneer het de ene keer goed en de andere keer minder goed ging.

- *Vragen over de samenwerking tussen de ambulance en de SEH van het ziekenhuis zijn moeilijk te beantwoorden*

Eenzijds omdat men de protocollen niet kent, anderzijds omdat men niet bij alle communicatie en samenwerking aanwezig is. Men kon uiteraard 'weet ik niet (meer)' invullen, maar dit is wel onbevredigend.

- *Patiënt naar een andere afdeling vervoerd dan de SEH*

Een aantal mensen gaf aan dat de patiënt naar een andere afdeling binnen het ziekenhuis is vervoerd, bijv. naar verloskunde of cardiologie. Dit kon niet aangegeven worden. Wellicht dat dit in een toelichting bij de vragenlijst vermeld moet worden, of mensen dat deel laten overslaan.

- *Rapid responder was er voordat de grote ambulance kwam*

Enkele deelnemers hebben te maken gehad met een rapid responder (motor of kleine ambulance) voordat de reguliere ambulance kwam. Hierover zijn (nog) geen vragen opgenomen in de huidige vragenlijst.

- *Er worden geen vragen gesteld over de terugrit*

Een paar mensen hadden graag vragen beantwoord over de manier waarop ze na afloop

van het ziekenhuis terug naar huis zijn gebracht. Dit is een leemte die mogelijk gevuld kan worden met de ontwikkeling van de vragenlijst voor besteld vervoer (B-ritten).

### **Techniek vragenlijst**

Er zijn een aantal opmerkingen over het invullen van de vragenlijst zelf. De meest genoemde waren de volgende:

- *Ontbreken van antwoordcategorie 'Niet van toepassing'*

Helaas was hierbij niet duidelijk om welke vragen het dan ging.

- *Graag meer ruimte voor commentaar*

Een aantal deelnemers had graag meer ruimte gehad voor het toelichten van antwoorden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er in deze vragenlijst al meer ruimte was voor opmerkingen dan in de meeste andere CQI-vragenlijsten. Desondanks zou hier meer ruimte voor kunnen worden gegeven.

- *De instructies aan het begin van de vragenlijst zouden korter mogen*

Om het invullen prettiger te maken, zou hier zeker naar gekeken kunnen worden; men krijgt nu erg veel informatie te verwerken.

- *Gebruik van 'ik' of 'mij' bij andere invuller*

Als iemand de vragenlijst namens de patiënt invult, staat er ook op internet nog steeds 'ik' of 'mij' bij iedere vraag. In het vervolg zou dit mogelijk anders geprogrammeerd kunnen worden.

- *De vragenlijst is te lang*

Slechts twee mensen gaven aan dat ze de vragenlijst te lang vonden.

## 5 Bepaling discriminerend vermogen

### 5.1 Methoden discriminerend vermogen

#### 5.1.1 *Multilevelanalyses*

Met multilevelanalyses is het discriminerend vermogen van de vragenlijst vastgesteld (MLA, zie onder andere Bryk en Raudenbusch, 1992; Snijders en Bosker, 1999). Dit is de mate waarin de vragenlijst verschillen tussen RAV's kan aantonen: zijn er significante verschillen in de ervaringen van patiënten van de verschillende RAV's?

Om te onderzoeken of de antwoordpatronen van patiënten binnen RAV's op elkaar lijken wordt er een intraklassecorrelatie (ICC) berekend. De ICC is uit te leggen als de variabiliteit in de antwoorden die aan verschillen tussen RAV's kan worden toegeschreven. Hoe hoger de ICC, hoe meer de scores van patiënten binnen RAV's op elkaar lijken en/of de scores van patiënten van de diverse RAV's van elkaar verschillen. Dit betekent dat een groter deel van de variantie van scores aan de RAV's is toe te schrijven. Dit percentage van de variantie is berekend door de ICC met 100 te vermenigvuldigen.

Of de scores van RAV's significant van elkaar verschillen, wordt bepaald met een likelihood-ratiotoets. De significantie van deze toets (p-waarde lager dan 0,05) geeft aan of de gevonden verschillen tussen RAV's dusdanig groot zijn, dat het verstandig is om multilevelanalyse te verkiezen boven lineaire regressieanalyse.

Het discriminerend vermogen is onderzocht voor de zeven schalen uit het vorige hoofdstuk, aangevuld met de waarderingscijfers van de meldkamer en het ambulancepersoneel (vragen 12 en 55). Verder is ook de probleemvraag over het wachten op de ambulance (vraag 18) onderzocht. Dit omdat er over het arriveren van de ambulance geen kwaliteitsschaal is opgesteld, maar dit wel zeer relevant is. Dit gold ook voor de vragen over de eventuele keuze van een ziekenhuis; hiervoor zijn de vragen 44 en 45 meegenomen. In tabel 5.1 staan de aantallen respondenten bij de analyses.

Tabel 5.1 Aantal respondenten per schaal/kwaliteitsaspect en RAV

	N respondenten <sup>1</sup>	gemiddelde N respondenten per RAV <sup>2</sup>	variatie N respondenten per RAV
<b>Schaal:</b>			
1. Meldkamer	492	31	18-50
2. Bejegening	1.637	102	55-132
3. Handelen	1.504	94	53-130
4. Communicatie	1.590	99	51-125
5. EHGV	275	17	1-31
6. Vervoer	1.272	80	42-105
7. SEH	1.101	69	39-92
<b>Kwaliteitsaspecten:</b>			
V18 Wachtijd ambulance probleem	1.497	94	53-119
V44 Overleg keuze ziekenhuis	919	57	24-89
V45 Rekening gehouden keuze ziekenhuis	487	30	6-50
<b>Waardeoordeel:</b>			
Meldkamer (v12)	492	31	16-49
Ambulancepersoneel (v55)	1.632	102	54-132

<sup>1</sup> respondenten van wie de score op de schaal/kwaliteitsaspect, leeftijd, gezondheid, opleiding en invuller vragenlijst bekend is

<sup>2</sup> N (RAV's) = 16

### 5.1.2 Case-mixcorrectie

Bij het vergelijken van de prestaties van RAV's is het belangrijk om rekening te houden met verschillen in samenstelling van de respondentengroep: de case-mix (Zaslavsky, 1998). Het idee achter case-mixcorrectie is dat uitkomsten gecorrigeerd worden voor verschillen die meer op kenmerken van de respondenten berusten dan op verschillen in de geboden zorg. Zo is het bekend dat ouderen over het algemeen positievere ervaringen rapporteren dan jongeren. Stel nu dat zorginstelling A meer ouderen behandelt dan zorginstelling B en dat uit een directe vergelijking blijkt dat zorginstelling A beter presteert volgens patiënten dan zorginstelling B. Het is dan nog maar de vraag of zorginstelling A betere zorg biedt dan zorginstelling B, of dat het verschil komt door het verschil in het aantal oudere patiënten. Case-mixcorrectie is dan op zijn plaats. Conform het CQI Handboek is bekeken of gecorrigeerd dient te worden voor de variabelen leeftijd, ervaren gezondheid en opleidingsniveau (Koopman et al., 2011a). Hierbij zijn de gemiddelde leeftijd, de gemiddelde gezondheid en het gemiddelde opleidingsniveau van de respondenten gebruikt als referentiewaarden. In tegenstelling tot de meeste andere CQ-index vragenlijsten is er in het huidige project bewust voor gekozen om de vragenlijst ook te laten invullen door iemand anders dan de patiënt zelf. Het is echter mogelijk dat diegene de vragenlijst anders invult dan de patiënt zelf zou hebben gedaan, aangezien deze de gebeurtenis mogelijk anders heeft ervaren (Sixma et al., 2010).

Er is overwogen om te controleren voor de (zelf gerapporteerde) ernst van de gebeurtenis, maar het is zeer waarschijnlijk dat de ernst een invloed heeft op het handelen door het ambulancepersoneel. Daarmee staat dit aspect niet los van de ambulancezorg en is het niet geschikt voor case-mixcorrectie. Wel zal er in het volgende hoofdstuk worden gekeken naar eventuele verschillen op basis van de ernst. Overigens is de vragenlijst vaker ingevuld door iemand anders dan de patiënt als de gebeurtenis ernstiger was, maar deze samenhang is zeer zwak en daarmee niet problematisch (0,11;  $p < 0,00$ ).

Om het discriminerend vermogen te testen, zijn er in totaal drie modellen berekend voor de gevonden schalen en kwaliteitsaspecten. Het eerste model is een ongecorrigeerd model, waarbij naar verschillen tussen RAV's wordt gekeken zonder dat daarbij rekening werd gehouden met mogelijke verschillen in respondentkenmerken. Met dit model wordt ook duidelijk of verschillen tussen RAV's dusdanig zijn dat multilevelanalyse noodzakelijk is. Het tweede model is een model waarbij gecorrigeerd wordt voor de leeftijd, opleiding en algemene gezondheid van de respondenten (case-mixcorrectie). Bij het derde model wordt naast leeftijd, opleiding en algemene gezondheid ook de invuller van de vragenlijst als case-mix adjuster opgenomen.

### **5.1.3 *Betrouwbaarheid en steekproefgrootte***

Om te bepalen hoeveel ingevulde vragenlijsten nodig zijn per RAV om op betrouwbare wijze verschillen tussen RAV's te kunnen vaststellen, dient de reliability per schaal/item bepaald te worden (Koopman et al., 2011a). De reliability is een maat voor het betrouwbaar schatten van verschillen en hangt af van zowel het aantal items als van het aantal respondenten. In het algemeen wordt een reliability van 0,70 (of strenger: 0,80) beschouwd als betrouwbare ondergrens voor het vaststellen van relevante verschillen tussen RAV's. Met behulp van multilevelanalyse kan worden berekend hoeveel respondenten minimaal per RAV nodig zijn om voor een schaal/item een reliability van 0,80 te bereiken gegeven de ICC. De variantie tussen RAV's (de ICC) moet voor deze analyses in principe significant kunnen worden geschat. Hoe lager de ICC, hoe meer ingevulde vragenlijsten nodig zijn per RAV. Op basis van de resultaten kunnen aanbevelingen gedaan worden voor de steekproefgrootte per RAV bij toekomstige metingen met de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg.

### **5.1.4 *Sterrenindeling***

De verschillen tussen RAV's kunnen geïllustreerd worden door de RAV's in te delen in drie groepen (Koopman et al., 2011a). Per RAV en per schaal/item wordt met behulp van multilevelanalyses de gemiddelde score na case-mixcorrectie geschat. Om dit gemiddelde wordt een vergelijkingsinterval berekend door de formule 'gemiddelde +/- 1,39 \* standaarderror' toe te passen.

Op basis van de gemiddelde score en het vergelijkingsinterval worden de RAV's ingedeeld in drie groepen. Als het vergelijkingsinterval rondom de gemiddelde score van

de RAV geheel beneden de gemiddelde score over alle RAV's valt, dan wordt de RAV ingedeeld in de laagste categorie (benedengemiddeld; 1 ster). Als het vergelijkingsinterval geheel boven de gemiddelde score over alle RAV's valt, dan wordt de RAV ingedeeld in de hoogste categorie (bovengemiddeld; 3 sterren). Als het vergelijkingsinterval overlapt met de gemiddelde score over alle RAV's, dan wordt de RAV ingedeeld in de categorie gemiddeld (2 sterren).

Belangrijk om op te merken is dat alleen de RAV's die in de laagste en de hoogste categorie zitten significant van elkaar verschillen. De vergelijkingsintervallen van de RAV's overlappen elkaar dan namelijk niet. De RAV's in de middencategorie verschillen niet noodzakelijk significant van de hoogste of de laagste categorie. Ook is het belangrijk om bij de interpretatie van deze sterrenindeling realiseren dat het bij lage ICC's veelal om relatief kleine kwaliteitsverschillen gaat.

## **5.2 Resultaten discriminerend vermogen**

### **5.2.1 Multilevelanalyses**

De resultaten van de drie modellen worden in tabel 5.2 naast elkaar gepresenteerd om te laten zien wat het effect is van het corrigeren voor respondentkenmerken op de resultaten van de multilevelanalyses.

De eerste kolom bij ieder model toont de intraklassecorrelatie (ICC) x 100. Hoe hoger dit getal, des te meer de scores van patiënten tussen RAV's verschillen. De score kan tussen de 0 en de 100 liggen, waarmee te zien is dat de ICC in de huidige situatie voor de meeste gevallen minimaal is. De tweede kolom geeft de p-waarde van de likelihood-ratiotoets. Uit tabel 5.2 blijkt dat er op geen van de zeven kwaliteitsschalen significante verschillen tussen RAV's worden gevonden. Ook op de waarderingscijfers zijn geen verschillen tussen RAV's te zien. Alleen op de kwaliteitsaspecten 'Wachttijd op ambulance' (vraag 18) en 'Overleg over keuze ziekenhuis' worden significante verschillen gevonden en is het de moeite waard om multilevelanalyses uit te voeren.

### **5.2.2 Case-mix correctie**

Hoewel er slechts op twee kwaliteitsaspecten verschillen tussen RAV's worden gevonden, is in tabel 5.2 wel te zien dat de modellen voor de meeste schalen en kwaliteitsaspecten significant beter werden bij toevoeging van de case-mix adjusters (bij  $p < 0,05$ ). Met andere woorden, de scores op deze schalen en kwaliteitsaspecten worden beïnvloed door de kenmerken van de respondenten. Dit geldt voor de volgende variabelen:

#### **Leeftijd, gezondheid en opleiding**

Een hogere leeftijd leidt tot hogere scores op de meeste schalen ('Bejegening', 'Handelen', 'Vervoer' en 'SEH') en op de twee waarderingscijfers. Ervaren gezondheid blijkt ook een invloed te hebben; hoe positiever mensen hun gezondheid inschatten, des te hoger hun scores op vrijwel alle schalen, kwaliteitsaspecten en waarderingscijfers (met

uitzondering van de schalen 'Bejegening' en 'EHGV'). Opleidingsniveau heeft geen invloed op de scores, met uitzondering van een negatieve invloed op de schaal 'Handelen' en een (marginale) negatieve invloed op het waarderingscijfer voor het ambulancepersoneel.

### **Invuller vragenlijst**

Uit model 2 van tabel 5.2 is op te maken dat de invuller van de vragenlijst een significante invloed heeft op de scores voor de schalen 'Handelen', 'Communicatie' en 'EHGV', de wachttijd op de ambulance (vraag 12) en het waarderingscijfer voor het ambulancepersoneel (vraag 18). In alle gevallen zijn de vertegenwoordigers van patiënten negatiever dan patiënten zelf.

### **Aanvullende analyse: geboorteland respondent**

In nieuwe CQI-vragenlijsten wordt aan respondenten ook standaard gevraagd wat het geboorteland is van henzelf, hun vader en hun moeder. Dit om volgens de CBS-classificatie de etniciteit van de respondent vast te stellen. Er bestaat namelijk de mogelijkheid dat respondenten op basis van hun culturele achtergrond de vragenlijst anders invullen. Dit blijft echter een heikel punt, aangezien er bij verschillen ook sprake kan zijn van verschillen in de feitelijke zorgverlening. Voor de volledigheid zijn er twee aanvullende analyses uitgevoerd met etniciteit (respondent niet in Nederland geboren of één van de ouders niet in Nederland geboren). Uiteindelijk bleek er een klein significant effect te zijn op één van de indicatoren, namelijk Communicatie. Dit is echter een erg klein effect om de vragen over etniciteit te handhaven, waarop we in hoofdstuk 7 terug zullen komen.

Tabel 5.2 Overzicht resultaten multilevelanalyses voor verschillende case-mixcorrecties

	leeg model		Model 1 <sup>a</sup>		Model 2 <sup>b</sup>	
	ICC x 100	p ( $\chi^2$ likelihood-ratiotoets)*	ICC x 100	p ( $\chi^2$ likelihood-ratiotoets)	ICC x 100	p ( $\chi^2$ likelihood-ratiotoets)
<b>Schaal:</b>						
1 Meldkamer	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0082</b>	0,000	0,3565
2 Bejegening	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0001</b>	0,000	0,5914
3 Handelen	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0000</b>	0,016	<b>0,0074</b>
4 Communicatie	0,191	0,3189	0,132	0,1397	0,235	<b>0,0001</b>
5 EHGV	0,000	1,0000	0,000	0,2847	0,000	<b>0,0140</b>
6 Vervoer	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0000</b>	0,000	0,4072
7 SEH	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0000</b>	0,000	0,3449
<b>Kwaliteitsaspecten:</b>						
V18 Wachtijd ambulance probleem	1,128	<b>0,0097</b>	1,038	<b>0,0101</b>	1,700	<b>0,0174</b>
V44 Overleg keuze ziekenhuis	7,071	<b>0,0000</b>	7,040	0,9917	7,051	0,7757
V45 Rekening gehouden keuze ziekenhuis	0,000	1,0000	0,000	0,9319	0,000	0,3011
<b>Waardeoordeel:</b>						
Meldkamer (v12)	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0003</b>	0,000	0,5148
Ambulancepersoneel (v55)	0,000	1,0000	0,000	<b>0,0000</b>	0,000	<b>0,0226</b>

<sup>a</sup> model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid respondent

<sup>b</sup> model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, gezondheid en ingevuld door niet-patiënt (proxy)

\* **p<0,05 dikgedrukt**



### 5.2.3 Betrouwbaarheid en steekproefgrootte

In tabel 5.3 worden alleen de twee kwaliteitsaspecten getoond die significante verschillen tussen RAV's lieten zien: vragen 18 en 44. Per model wordt de gemiddelde reliability getoond. Daarnaast wordt aangegeven hoeveel respondenten per RAV nodig zijn voor een reliability van 0,8, gegeven de gevonden ICC's.

Gezien de netto-respons van 30% in dit onderzoek betekent het bijvoorbeeld dat de benodigde steekproefgrootte ruim 1.200 (= 370/30%) is om verschillen tussen RAV's te kunnen laten zien voor vraag 18 (Wachttijd ambulance een probleem). Voor verschillen in de mate waarin de ambulancemedewerkers overleggen over de keuze van het ziekenhuis, is de benodigde steekproefgrootte 53.

Voor de overige schalen en kwaliteitsaspecten, die niet significant van elkaar verschilden, lag de gemiddelde reliability op 0,0 of vlak daarboven. Waar de benodigde steekproefgrootte vraag 18 (wachttijd ambulance probleem) al amper realistisch is, zou deze voor de overige schalen en kwaliteitsaspecten nóg hoger liggen.

Tabel 5.3 Gemiddelde 'reliability' RAV-niveau en benodigde N bij een 'reliability' van 0,8 voor schalen en kwaliteitsaspecten die significante verschillen tussen RAV's lieten zien

	leeg model		model 1 <sup>a</sup>		model 2 <sup>b</sup>	
	gemiddelde reliability	N bij reliability 0,8	gemiddelde reliability	N bij reliability 0,8	gemiddelde reliability	N bij reliability 0,8
<b>Kwaliteitsaspecten:</b>						
V18 Wachttijd ambulance probleem	0,52	351	0,50	381	0,50	370
V44 Overleg keuze ziekenhuis	0,81	53	0,81	53	0,81	53

<sup>a</sup> model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid respondent

<sup>b</sup> model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, gezondheid en ingevuld door niet-patiënt (proxy)

### 5.2.4 Sterrenindeling

In tabel 5.4 staat voor alle schalen en kwaliteitsaspecten weergegeven hoe de sterren over de RAV's verdeeld zijn. De RAV's in de groep met één ster scoorden het laagst, de RAV's in de groep met drie sterren het hoogst. De scores van deze twee groepen RAV's verschillen significant van elkaar. RAV's met twee sterren wijken niet significant af van RAV's met één of drie sterren. In tabel 5.4 zijn de sterrenindelingen per schaal weergegeven van het lege model en voor het model waarbij gecorrigeerd is voor leeftijd, opleiding, algemene ervaren gezondheid en invuller van de vragenlijst.

Zoals te zien was aan de p-waarden en ICC's in tabel 5.2, zijn er weinig verschillen tussen de RAV's in hun scores op de schalen en kwaliteitsaspecten. Ook de sterrenindeling laat zien dat er op slechts twee kwaliteitsaspecten RAV's significante verschillen tussen RAV's worden gevonden. Ook de range van de gecorrigeerde scores

(minimum en maximum in tabel 5.4) laat voor beide modellen zien dat de verschillen tussen RAV's op vrijwel alle schalen en kwaliteitsaspecten beperkt zijn. De correctie voor case-mix leidt slechts tot een verschuiving van één RAV op één kwaliteitsaspect (vraag 18; van 2 naar 3 sterren).

Tabel 5.4 Indeling van de 16 deelnemende RAV's in drie groepen

	sterrenindeling leeg model					sterrenindeling model 2 <sup>a</sup>				
	*	**	***	min.	max.	*	**	***	min.	max.
<b>Schaal:</b>										
1. Meldkamer	0	16	0	3,22	3,22	0	16	0	3,21	3,21
2. Bejegening	0	16	0	3,93	3,93	0	16	0	3,93	3,93
3. Handelen	0	16	0	3,82	3,82	0	16	0	3,83	3,83
4. Communicatie	0	16	0	3,78	3,81	0	16	0	3,80	3,83
5. EHGv	0	16	0	3,53	3,53	0	16	0	3,59	3,59
6. Vervoer	0	16	0	3,89	3,89	0	16	0	3,88	3,88
7. SEH	0	16	0	3,85	3,85	0	16	0	3,85	3,85
<b>Kwaliteitsaspecten:</b>										
V18 Wachtijd ambulance probleem	2	14	0	3,38	3,59	2	13	1	3,41	3,61
V44 Overleg keuze ziekenhuis	4	8	4	1,96	3,09	4	8	4	1,96	3,08
V45 Rekening gehouden keuze ziekenhuis	0	16	0	3,83	3,83	0	16	0	3,82	3,82
<b>Waardeoordeel:</b>										
Meldkamer (v12)	0	16	0	8,39	8,39	0	16	0	8,37	8,37
Ambulancepersoneel (v55)	0	16	0	9,00	9,00	0	16	0	9,03	9,03

<sup>a</sup> model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, gezondheid en ingevuld door niet-patiënt (proxy)

### 5.3 Conclusie onderzoek discriminerend vermogen

Voor de zeven kwaliteitsschalen, drie kwaliteitsaspecten en de twee waardeoordelen is het discriminerend vermogen onderzocht. In het huidige onderzoek zijn er op geen van de kwaliteitsschalen significante verschillen tussen de RAV's gevonden. Alleen op de kwaliteitsaspecten 'wachtijd' en 'overleg over keuze ziekenhuis' lijken er enkele verschillen te zijn. Daarmee toont de CQI Spoedeisende Ambulancezorg met de huidige gegevens vrijwel geen discriminerend vermogen.

Er dient opgemerkt te worden dat het aantal van 16 instellingen voor multilevelanalyse aan de lage kant is. Een groter aantal RAV's zou tot betrouwbaarder schattingen leiden. Daarnaast is het aantal waarnemingen per RAV voor de schalen 'Meldkamer', 'EHGV', 'keuze ziekenhuis' (vraag 45) en het waarderingscijfer voor de meldkamer beperkt (gemiddeld 17 tot 31). Gezien de spreiding in ongecorrigeerde scores (niet weergegeven) is het mogelijk dat hier verschillen zijn, maar het beperkte aantal waarnemingen maakt het moeilijk om dit statistisch aan te tonen.

In de analyses zijn invloeden gevonden van de patiëntkenmerken leeftijd, ervaren gezondheid en of de vragenlijst wel of niet door de patiënt zelf is ingevuld. Het opleidingsniveau heeft amper een invloed op de scores, maar valt wel in de rij met standaard case-mix adjusters van het CKZ. Daarom wordt aangeraden om de kwaliteitsschalen in het vervolg conform model 2 te analyseren: gecorrigeerd voor gemiddelde leeftijd, ervaren gezondheid, opleidingsniveau en invuller van de vragenlijst.

De aantallen respondenten die nodig zouden zijn om eventuele verschillen tussen RAV's tóch aan te kunnen tonen, zijn voor de meeste schalen niet realistisch. Het is daarom niet raadzaam om deze benodigde aantallen leidend te laten zijn bij het voorstellen van een steekproefgrootte in vervolgonderzoek. Met het oog op de praktische uitvoerbaarheid, stellen wij voor om 100 respondenten per RAV na te streven. Bij een gemiddelde respons van 30% betekent dit dat er ongeveer 350 patiënten per RAV aangeschreven zouden moeten worden.

## 6 Ervaringen patiënten

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de CQ-index Spoedeisende ambulancezorg gepresenteerd. Er worden ervaringen en oordelen besproken die horen bij de zeven kwaliteitsschalen die in hoofdstuk 4 zijn vastgesteld (6.1). In paragraaf 6.2 wordt onderzocht in hoeverre de scores op de kwaliteitsschalen verschillen voor wat betreft de ernst van de gebeurtenis en in paragraaf 6.3 voor wat betreft het type zorg (EHGV of vervoerd).

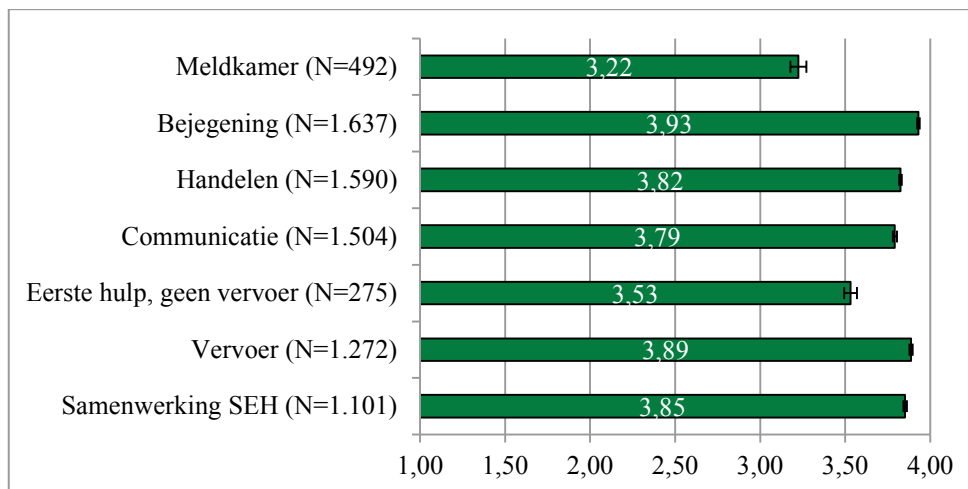
Overige resultaten uit de vragenlijst, zoals vragen die niet in een kwaliteitsschaal zijn opgenomen, komen in paragraaf 6.4 aan bod. In paragraaf 6.5 worden tot slot de items besproken met de hoogste verbeterscores.

Belangrijk om te vermelden is dat bij al deze resultaten de antwoordcategorieën ‘weet ik niet (meer)’ en ‘niet van toepassing’ buiten beschouwing zijn gelaten.

### 6.1 Kwaliteitsschalen

In hoofdstuk 4 is vastgesteld dat met de uitkomsten van de vragenlijst zeven kwaliteitsschalen te onderscheiden zijn voor de spoedeisende ambulancezorg. Zoals eerder besproken levert dit schaalscores op, die minimaal 1 en maximaal 4 kunnen zijn. In figuur 6.1 is hieronder weergegeven wat de gemiddelde scores per kwaliteitsschaal zijn over alle respondenten. Te zien is dat vrijwel alle kwaliteitsschalen gemiddeld hoge scores laten zien, waarbij de schalen ‘Meldkamer’ en ‘Eerste hulp, geen vervoer’ nog de meeste ruimte voor verbetering laten zien.

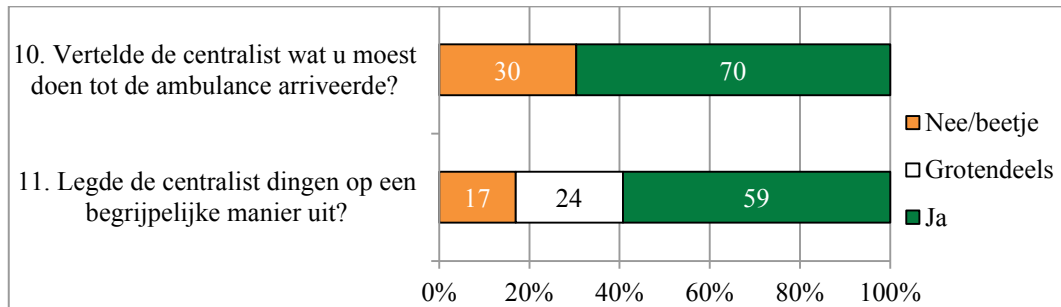
Figuur 6.1 Kwaliteitsschalen CQI Spoedeisende Ambulancezorg



### 6.1.1 Meldkamer

In figuur 6.2 staan de percentages per antwoordcategorie van de vragen bij de schaal 'Meldkamer'. In dit geval gaat het slechts om twee vragen. Vraag 10 had alleen de antwoordcategorieën 'nee' en 'ja'. Zoals hierboven al opgemerkt, laten deze uitkomsten nog ruimte voor verbetering zien, zij het zeer beperkt.

Figuur 6.2 Meldkamer

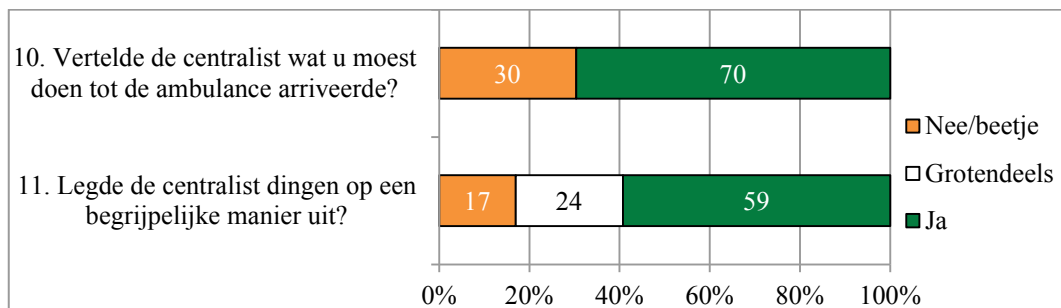


(N=411-488)

### 6.1.2 Bejegening door ambulancepersoneel

De kwaliteitsschaal met de hoogste score is die van de bejegening door het ambulancepersoneel. Patiënten hebben hier zeer positieve ervaringen mee en er lijkt dan ook nauwelijks ruimte te zijn voor verbetering.

Figuur 6.3 Bejegening door ambulancepersoneel



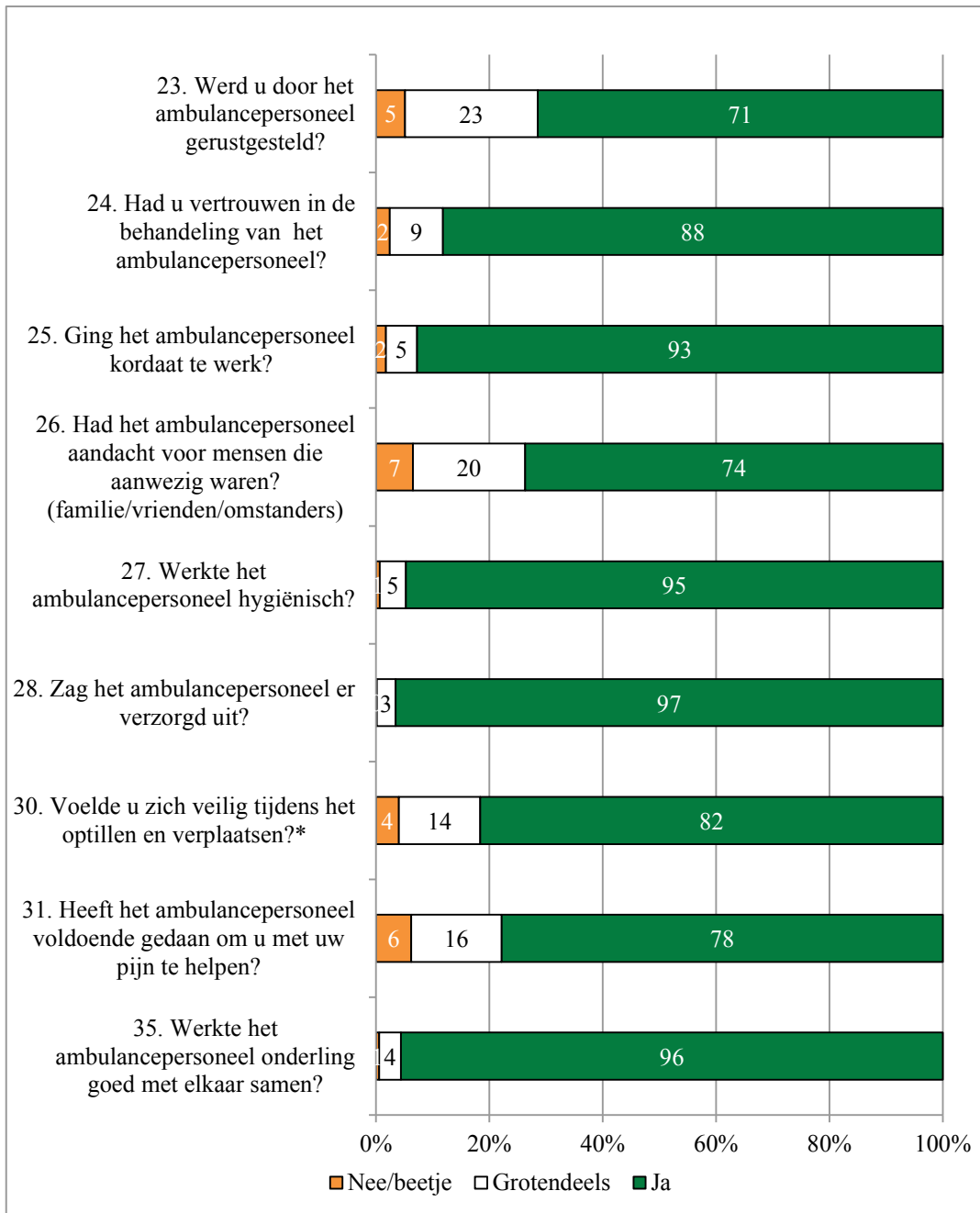
(N=1.624-1.632)

### 6.1.3 Handelen ambulancepersoneel

Deze kwaliteitsschaal bevat de meeste vragen en gaan over het handelen van het ambulancepersoneel. Hieronder is in figuur 6.4 te zien wat de ervaringen zijn op de bijbehorende vragen. Ruim een kwart van de patiënten geeft aan dat ze niet helemaal

gerust zijn gesteld door het ambulancepersoneel. Eenzelfde percentage geeft aan dat er minder aandacht was voor andere aanwezigen. Het is uiteraard de vraag of het geruststellen van de patiënt of aandacht voor omstanders in alle situaties relevant is of überhaupt mogelijk. Het helpen met pijn en het optillen en verplaatsen volgen daarna voor wat betreft minder positieve ervaringen. Met de overige aspecten heeft men echter zeer goede ervaringen.

Figuur 6.4 Handelen ambulancepersoneel



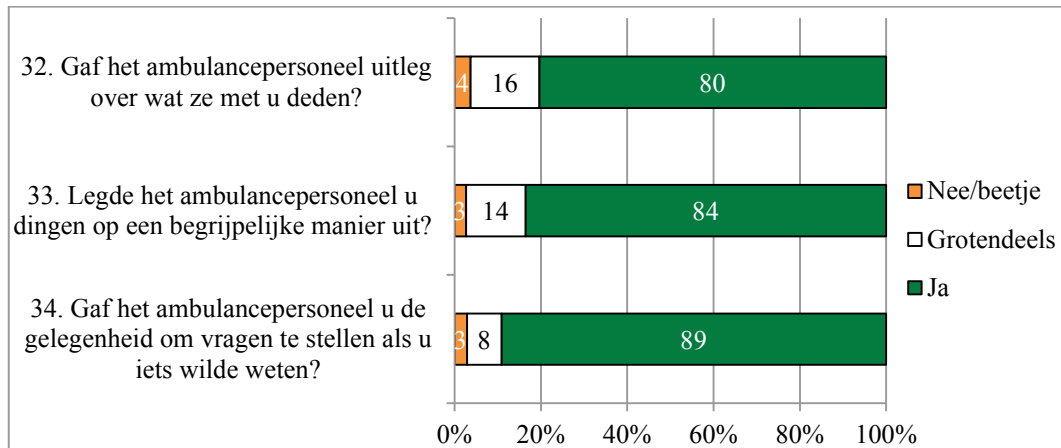
(N=1.114-1.613; \*N=848)

#### 6.1.4 Communicatie ambulancepersoneel

Een volgende kwaliteitsschaal over de omgang met het ambulancepersoneel betreft de communicatie; het geven van informatie en het stellen van vragen. In figuur 6.5 staan de ervaringen hiermee.



Figuur 6.5 Communicatie ambulancepersoneel

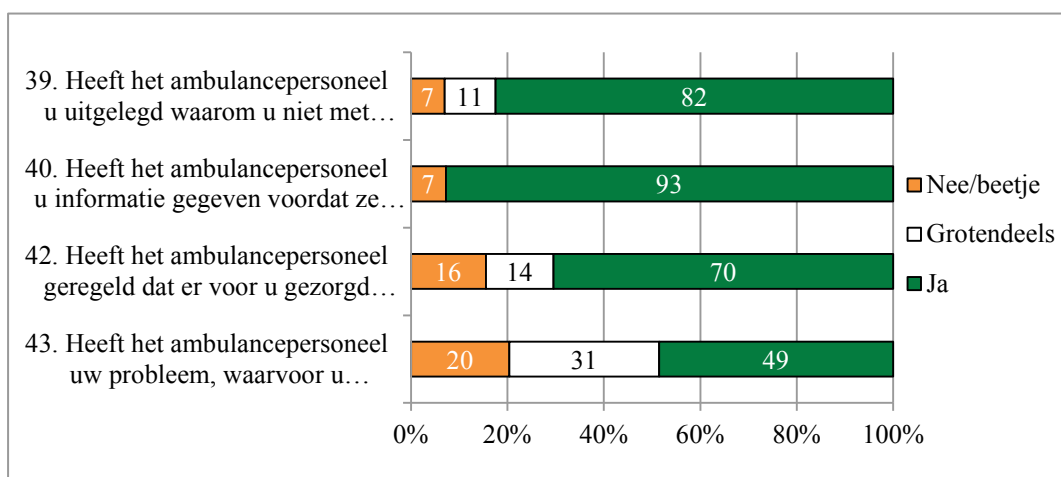


(N=1.238-1.522)

### 6.1.5 Eerste hulp, geen vervoer

Met betrekking tot de patiënten die niet vervoerd zijn, vallen er enkele dingen op te merken. Het blijkt dat de informatievoorziening door het ambulancepersoneel goed wordt ervaren. Echter, in één op de zes gevallen is er geen opvang voor de patiënt geregeld voordat de ambulance weer vertrekt. Verder blijkt dat de ambulancezorg ook in de helft van de gevallen het gezondheidsprobleem niet (geheel) oplost. Dit is het ambulancepersoneel waarschijnlijk echter in veel gevallen niet aan te rekenen. Bijvoorbeeld omdat er verdere zorg nodig is op een later tijdstip, of omdat de patiënt ergens van moet genezen.

Figuur 6.6 Eerste hulp, geen vervoer

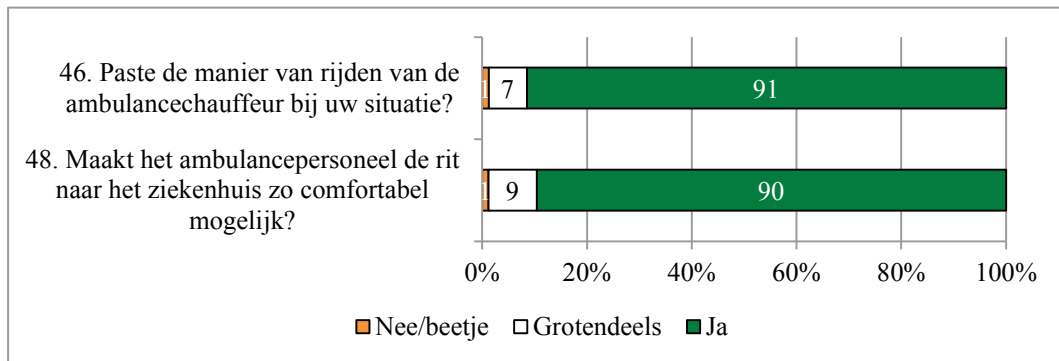


(N=256-274; \*N=186)

### 6.1.6 Vervoer

Het grootste deel van de patiënten is naast een behandeling ter plaatse ook vervoerd met de ambulance. De bijbehorende schaal bestaat slechts uit twee vragen, waarvan de antwoorden hieronder staan. Men is zeer positief over het vervoer.

Figuur 6.7 Vervoer

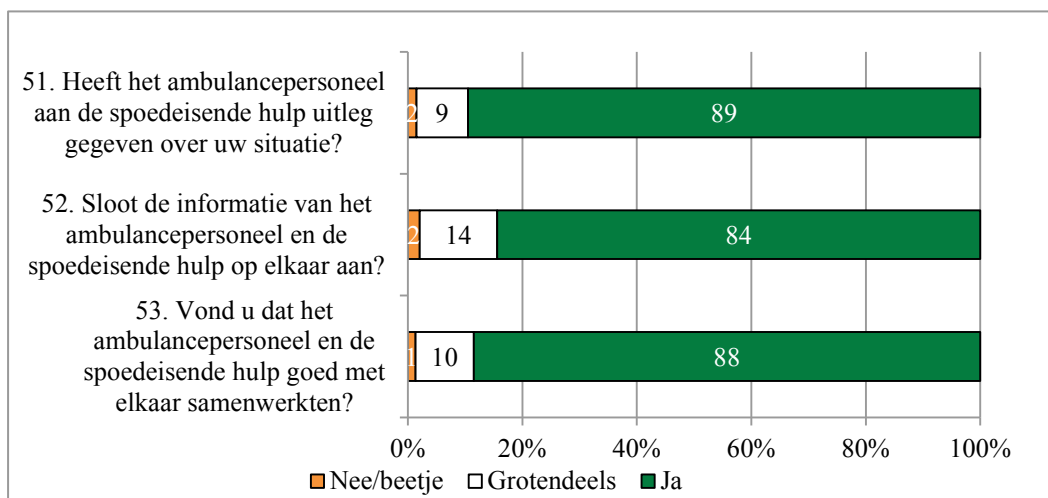


(N=1.187-1.249)

### 6.1.7 Samenwerking ambulancepersoneel en spoedeisende hulp

De vervoerde patiënten is gevraagd hoe zij de samenwerking hebben ervaren tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. De antwoorden staan hieronder in figuur 6.8. Ook op dit onderdeel zijn overwegend positieve ervaringen te melden.

Figuur 6.8 Samenwerking met SEH



(N=1.063-1.110)

## 6.2 Ernst van de gebeurtenis

Er is onderzocht of er verschillen in ervaringen worden gevonden voor wat betreft de (zelf gerapporteerde) ernst van de gebeurtenis. Bij de analyses is gecorrigeerd voor case-mix (leeftijd, opleiding, gezondheid en invuller vragenlijst; zie hoofdstuk 5).

In tabel 6.3 staat de verschillen gepresenteerd voor de zeven kwaliteitsschalen, de wachttijd op de ambulance (probleemvraag) en de twee waarderingscijfers.

In de meeste gevallen zijn er amper verschillen of zijn deze niet significant. Voor de volgende onderwerpen werden echter wel significante verschillen gevonden:

*Meldkamer:* Patiënten uit de categorie ‘Levensbedreigend’ zijn positiever dan de rest. De overige drie categorieën verschillen niet van elkaar.

*Wachttijd ambulance:* Alle categorieën verschillen van elkaar; hoe ernstiger de situatie, hoe meer het wachten op de ambulance een probleem was.

De interpretatie van de verschillen is overigens wat problematisch: het is niet te bepalen of er daadwerkelijk anders gehandeld is door het ambulancepersoneel. Daarnaast is het ook mogelijk dat er niet anders gehandeld is, maar dat de zorg anders is ervaren door de patiënt, afhankelijk van de ernst van de situatie. In het geval van de wachttijd is de laatste verklaring uiteraard wel waarschijnlijk: hoe ernstiger de situatie, des te sneller zal men het wachten op de ambulance waarschijnlijk als problematisch ervaren.

Tabel 6.3 Schaalscores naar ernst van de gebeurtenis

		totaal	ernst gebeurtenis			
			geen tijdsdruk	dringend	spoedeisend	levens- bedreigend
1. Meldkamer	N	450	23	95	233	99
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,23</b>	<b>3,02</b>	<b>3,05</b>	<b>3,21</b>	<b>3,51</b>
	s.d.	1,04	1,12	1,13	1,04	0,86
2. Bejegening	N	1.468	187	406	675	200
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,93</b>	<b>3,95</b>	<b>3,93</b>	<b>3,93</b>	<b>3,92</b>
	s.d.	0,28	0,19	0,27	0,28	0,35
3. Handelen	N	1.427	181	397	658	191
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,83</b>	<b>3,88</b>	<b>3,82</b>	<b>3,82</b>	<b>3,82</b>
	s.d.	0,31	0,23	0,32	0,30	0,37
4. Communicatie	N	1.358	179	378	625	176
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,79</b>	<b>3,89</b>	<b>3,78</b>	<b>3,79</b>	<b>3,74</b>
	s.d.	0,45	0,28	0,46	0,45	0,55
5. EHGK	N	238	51	52	105	30
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,51</b>	<b>3,60</b>	<b>3,59</b>	<b>3,49</b>	<b>3,32</b>
	s.d.	0,65	0,56	0,56	0,61	0,98

- tabel 6.3 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 6.3 -

		totaal	ernst gebeurtenis			
			geen tijdsdruk	dringend	spoedeisend	levensbedreigend
6. Vervoer	N	1.154	124	334	541	155
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,89</b>	<b>3,91</b>	<b>3,90</b>	<b>3,88</b>	<b>3,90</b>
	s.d.	0,32	0,36	0,27	0,36	0,29
7. SEH	N	1.006	106	290	469	141
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,86</b>	<b>3,86</b>	<b>3,85</b>	<b>3,85</b>	<b>3,88</b>
	s.d.	0,34	0,33	0,32	0,35	0,37
Wachttijd ambulance (V18)	N	1.361	182	385	621	173
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,48</b>	<b>3,90</b>	<b>3,68</b>	<b>3,36</b>	<b>2,97</b>
	s.d.	0,90	0,37	0,70	0,93	1,23
Waardering meldkamer	N	449	23	94	231	101
	<b>gemiddelde</b>	<b>8,39</b>	<b>8,43</b>	<b>8,14</b>	<b>8,41</b>	<b>8,54</b>
	s.d.	1,47	1,41	1,43	1,39	1,67
Waardering Ambulancepersoneel	N	1.466	186	403	675	202
	<b>gemiddelde</b>	<b>9,01</b>	<b>9,01</b>	<b>8,97</b>	<b>9,01</b>	<b>9,11</b>
	s.d.	1,12	1,01	1,05	1,15	1,26

### 6.3 EHGV of vervoer

In paragraaf 3.2.3 was te zien dat patiënten die met de ambulance vervoerd waren, relatief vaker meededen aan het onderzoek dan patiënten die alleen ter plekke waren behandeld (EHGV). Het is interessant om te bekijken in hoeverre deze groepen verschillende ervaringen hebben met de ambulancezorg. Hieronder staat in tabel 6.4 weergegeven wat de verschillen waren op de diverse onderdelen. Bij de analyses is gecorrigeerd voor case-mix (leeftijd, opleiding, gezondheid en invuller vragenlijst; zie hoofdstuk 5).

Over het algemeen hebben de twee patiëntengroepen overeenkomstige ervaringen. Wat betreft de bejegening en het handelen van het ambulancepersoneel zijn er enkele (kleine) significant verschillen. Bij nadere inspectie blijkt dat dit bij bejegening komt doordat vervoerde patiënten positievere ervaringen hebben over het 'de tijd nemen' door het ambulancepersoneel (vraag 22). In het geval van het handelen door het ambulancepersoneel waren er drie onderwerpen die door vervoerde patiënten positiever werden beoordeeld: vertrouwen in het personeel (vraag 24), hulp bij pijnbestrijding (vraag 31) en samenwerking van het personeel onderling (vraag 35). Tot slot gaven vervoerde patiënten het personeel gemiddeld een iets hoger rapportcijfer aan het ambulancepersoneel.

Het is moeilijk te bepalen of deze verschillen het gevolg zijn van daadwerkelijk anders handelen door het ambulancepersoneel, of van de interpretatie door de patiënt. Niet-vervoerde patiënten hebben waarschijnlijk in de meeste gevallen korter te maken gehad met het ambulancepersoneel, waardoor hun ervaring ook anders is.

Tenslotte geldt hier dat het om zeer kleine verschillen gaat; ook niet-vervoerde patiënten hebben zeer positieve ervaringen met de spoedeisende ambulancezorg.

Tabel 6.4 Schaalscores naar aard van de hulp (EHGV of vervoerd)

		totaal	EHGV	vervoerd
1. Meldkamer	N	489	127	362
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,22</b>	<b>3,17</b>	<b>3,24</b>
	s.d.	1,04	1,03	1,04
2. Bejegening*	N	1.624	287	1.337
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,93</b>	<b>3,89</b>	<b>3,94</b>
	s.d.	0,28	0,33	0,27
3. Handelen*	N	1.578	279	1.299
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,82</b>	<b>3,77</b>	<b>3,83</b>
	s.d.	0,31	0,30	0,37
4. Communicatie	N	1.497	269	1.228
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,79</b>	<b>3,79</b>	<b>3,79</b>
	s.d.	0,46	0,48	0,46
Wachttijd ambulance (v18)	N	1.484	252	1.232
	<b>gemiddelde</b>	<b>3,49</b>	<b>3,55</b>	<b>3,48</b>
	s.d.	0,89	0,84	0,90
Waardering meldkamer	N	489	127	362
	<b>gemiddelde</b>	<b>8,38</b>	<b>8,28</b>	<b>8,42</b>
	s.d.	1,45	1,44	1,46
Waardering Ambulancepersoneel*	N	1.619	281	1.338
	<b>gemiddelde</b>	<b>9,01</b>	<b>8,81</b>	<b>9,05</b>
	s.d.	1,13	1,46	1,04

\* significant verschillend bij  $p < 0,05$

## 6.4 Overige onderwerpen vragenlijst

Naast de vragen waarmee de kwaliteitsschalen zijn berekend, bevatte de vragenlijst nog meer onderwerpen. Bijvoorbeeld het wachten op de ambulance of de keuze voor een ziekenhuis. Deze overige onderwerpen worden hieronder besproken.

### 6.4.1 Overige vragen meldkamer

Aangezien uit de pilot in 2009 bleek dat veel patiënten niet zelf het noodnummer bellen, is de mogelijkheid geboden om de vragen over de meldkamer door diegene te laten invullen die gebeld heeft. Uiteindelijk bleek dat van de respondenten in ons onderzoek

ruim 300 zelf het noodnummer hebben gebeld (20%). In 45% van de gevallen was het een arts of de dienstdoende huisarts en in 35% van de gevallen iemand anders. In 193 gevallen kon die persoon de vragen over de meldkamer beantwoorden. Daarmee konden deze vragen voor bijna 500 patiënten ingevuld worden. Dit is echter nog steeds maar een klein deel van de totale groep respondenten; iets meer dan een kwart.

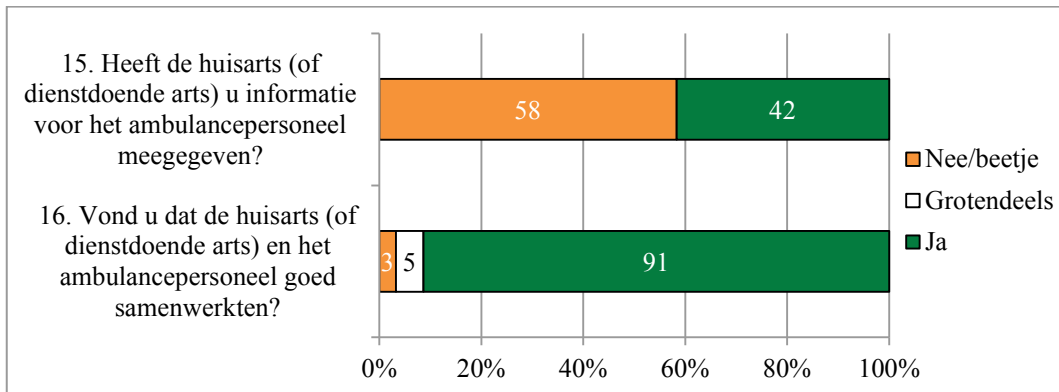
Zoals reeds vermeld in paragraaf 4.2.3, is vraag 9 (meldkamer geeft aantal minuten wachttijd op ambulance) als kwaliteitsaspect ambigu: bij het ene meldkamersysteem is dit protocol en bij het andere juist niet toegestaan. Bovendien zaten veel RAV's ten tijde van het onderzoek in een overstap van systemen. Daarom is het niet zinvol om gegevens over vraag 9 te rapporteren.

Naast de ervaringsvragen was er ruimte voor opmerkingen over de meldkamer. Hiervan hebben ongeveer 60 respondenten gebruik gemaakt. De meest gemaakte opmerking (ongeveer 15) gingen over het onderschatten van de ernst van de situatie, bijvoorbeeld het niet willen sturen van een ambulance. Even zoveel opmerkingen zijn gemaakt over het verschaffen van informatie door de meldkamer; wat kon of moest men doen in de tijd dat er op de ambulance gewacht moest worden? Ook het vermelden van de wachttijd werd soms gemist, wat gezien het bovenstaande niet onomstreden is. Een aantal respondenten maakten overigens van de gelegenheid gebruik om de meldkamer een pluim te geven. De overige opmerkingen waren zeer divers, bijvoorbeeld een tekort aan ambulances, het naar het verkeerde adres sturen van de ambulance en slechte telefoonverbinding met de meldkamer.

#### **6.4.2 *Samenwerking huisarts en ambulancepersoneel***

Als respondenten aangaven dat de huisarts het noodnummer had gebeld om de ambulance te laten komen, kreeg men een aantal extra vragen in te vullen over een eventuele samenwerking (of overdracht) van de huisarts met het ambulancepersoneel (zie bijlage 5). Dit gold voor 675 patiënten. Als de huisarts niet (meer) aanwezig was toen de ambulance kwam, moest men vraag 15 beantwoorden. Als de huisarts er nog wel was vraag 16. In figuur 6.10 is te zien dat de huisarts in veel gevallen geen informatie meegeeft aan de patiënt voor het ambulancepersoneel (vraag 15). Dit kan een tekortkoming zijn, maar het is ook mogelijk dat de arts reeds aan de telefoon de ambulancevoorziening de belangrijkste informatie heeft gegeven. Patiënten zijn wel zeer positief over de samenwerking tussen huisarts en ambulancepersoneel (vraag 16).

Figuur 6.10 Samenwerking huisarts en ambulancepersoneel



(N=216-369)

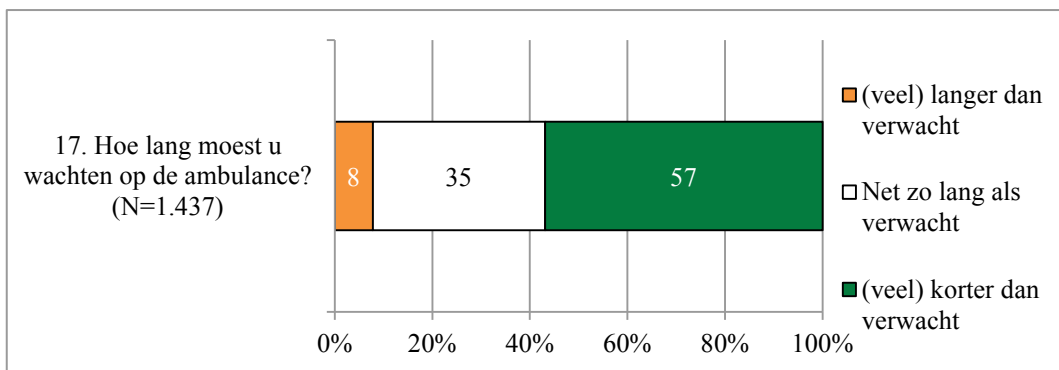
### 6.4.3 Wachtijd ambulance

Het wachten op de ambulance is uiteraard een belangrijk aspect van de ambulancezorg, zoals ook bleek uit de belangscore. Het niet in één van de kwaliteitsschalen pasten, is het wel zeer belangrijk om de resultaten ervan te presenteren. In de figuren 6.11 en 6.12 staan de antwoorden weergegeven op de twee vragen die erover gesteld zijn.

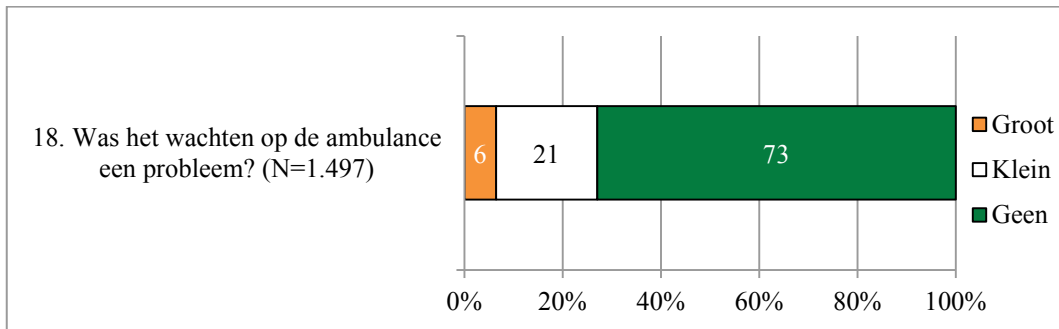
Uit figuur 6.11 blijkt dat de wachttijd voor een derde van de patiënten precies was wat men verwachtte en dat het voor meer dan de helft zelfs korter was dan verwacht.

Bovendien blijkt uit figuur 6.12 dat de wachttijd in driekwart van de gevallen geen probleem was. Slechts bij 6% was het wachten op de ambulance een groot probleem.

Figuur 6.11 Wachten op ambulance



Figuur 6.12 Wachten op ambulance probleem

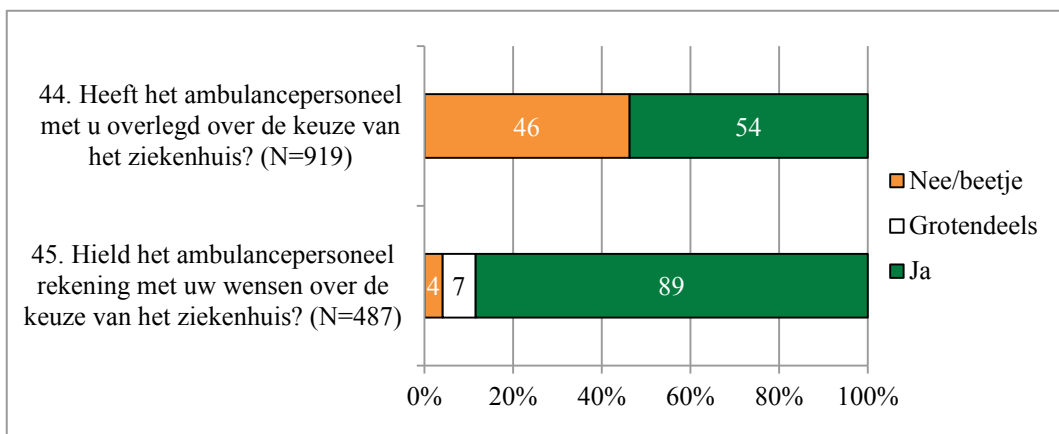


#### 6.4.4 Keuze van ziekenhuis

919 vervoerde patiënten gaven aan dat er een keuze van een ziekenhuis mogelijk was. Zij hebben aangegeven of het ambulancepersoneel met hen overlegd heeft over deze keuze en vervolgens of er ook met deze keuze rekening is gehouden. Voor spoedeisende ambulancezorg is dit een lastig thema, gezien de haast die er kan zijn om iemand te vervoeren. Patiënten met een specifieke behandeling of chronische aandoening weten mogelijk echter zelf bij welk ziekenhuis zij het best terecht kunnen.

In figuur 6.13 is te zien dat er in ruim de helft van de gevallen overleg is geweest. En als dit zo was, is er vervolgens in bijna 90% van de gevallen iets gedaan met de keuze van de patiënt. Wel dient opgemerkt te worden dat beide vragen maar voor een kleine groep patiënten van toepassing waren.

Figuur 6.13 Keuze ziekenhuis





#### **6.4.5 Mogelijke vergissingen en andere opmerkingen**

##### **Mogelijke vergissingen**

De patiënten kregen expliciet de mogelijkheid om aan te geven of zij het idee hadden dat er vergissingen waren gemaakt door het ambulancepersoneel (vraag 36). Van de 1.660 respondenten die deze vraag invulden, kruisten er 47 'ja' aan (3%). Deze waren redelijk gelijk verdeeld over de 16 RAV's (0 tot 6 gevallen per RAV).

In 17 gevallen had men het idee dat het ambulancepersoneel de situatie verkeerd had ingeschat, bijvoorbeeld doordat later in het ziekenhuis een andere diagnose werd gesteld of er een ander gezondheidsprobleem aan het licht kwam. 10 patiënten gaven aan dat er naar hun idee dingen in de logistiek fout zijn gegaan (vervoer naar verkeerd ziekenhuis, ambulance eerst op verkeerde adres of problemen bij het verplaatsen van de patiënt). Volgens 9 andere patiënten heeft het ambulancepersoneel medisch niet goed gehandeld in hun situatie, voornamelijk bij het verkeerd prikken voor het aanleggen van een infuus. Tot slot vonden enkele patiënten dat zij of omstanders niet serieus waren genomen en dat de communicatie met het ambulancepersoneel niet goed verliep.

Aangezien het om diverse onderwerpen ging en deze niet geclusterd bleken te zijn binnen bepaalde RAV's, bieden de opmerkingen zelf weinig concrete aanknopingspunten voor verbetering. Wel is bekeken op welke vlakken deze patiënten slechtere ervaringen rapporteren dan andere deelnemers. Een inspectie van de gegevens laat zien dat deze groep patiënten op vrijwel alle ervaringsvragen een lagere score geven. Dit leidt tot verschillen van gemiddeld 0,5 tot 0,8 punt op de schalen Bejegening, Handelen, Communicatie, Vervoer en Samenwerking met SEH. Op het rapportcijfer voor het ambulancepersoneel leidt het tot een verschil van 2,5 punt (6,6, tegenover 9,1 onder de andere patiënten). Kortom, wanneer men het gevoel heeft of weet dat er iets mis is gegaan, heeft dat zijn weerslag op de gehele beantwoording van de vragenlijst. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het een klein aantal respondenten betrof (tussen de 12 en 47 per schaal).

##### **Opmerkingen over ambulancepersoneel**

Vervolgens is er ook de ruimte geweest om meer algemene opmerkingen te maken over het ambulancepersoneel (vraag 37). Ruim 300 mensen hebben iets ingevuld, waarvan bijna 250 om het ambulancepersoneel te complimenteren. Vaak gaf men aan dat men het personeel als rustgevend had ervaren, dat er kordaat was opgetreden en men zich in vertrouwde handen voelde.

De overige opmerkingen gingen over zaken die in de ogen van patiënten beter hadden gemoeten. Dit was een zeer uiteenlopende verzameling aspecten: het ging om het stellen van verkeerde diagnoses, te weinig serieus nemen van de patiënt en logistieke problemen rond het ambulancevervoer.

##### **Opmerkingen over overdracht SEH**

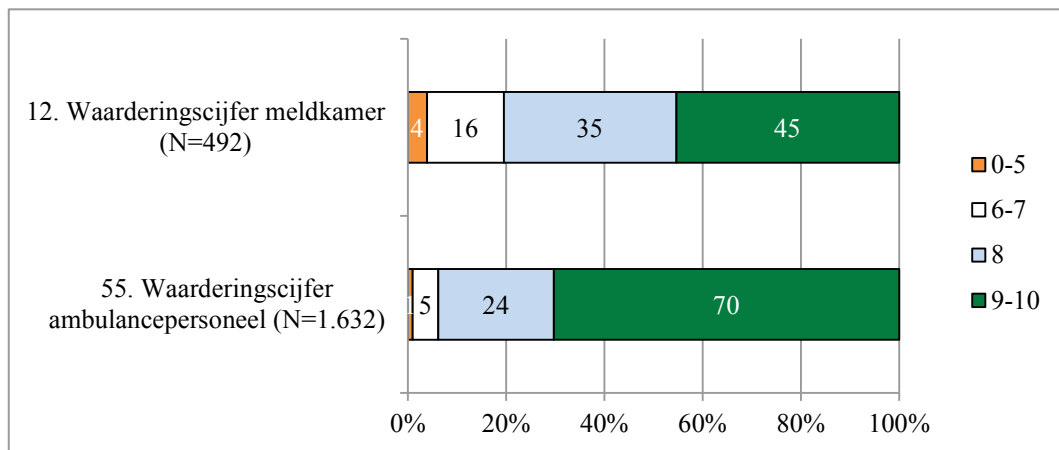
Ook bij de vragen over de overdracht tussen ambulance en spoedeisende hulp was het mogelijk om opmerkingen te plaatsen (vraag 54). Ongeveer 80 mensen hebben hier een opmerking gemaakt, waarvan de helft complimenteuz was; snelle overdracht, duidelijke samenwerking. Slechts 15 opmerkingen gingen gericht over de samenwerking tussen ambulancepersoneel en SEH. Meest genoemd waren het dubbel uitvoeren van tests en het

opnieuw vragen naar informatie die al door het ambulancepersoneel was doorgegeven aan de medewerkers van de SEH. Een tiental opmerkingen ging niet zozeer over de samenwerking, maar over zaken die in het ziekenhuis niet goed liepen en niet met de ambulancezorg te maken hadden. Bijvoorbeeld een lange wachttijd op de SEH. De overige opmerkingen waren gemaakt door patiënten om aan te geven dat de vragen niet relevant waren voor de situatie, doordat ze ofwel buiten bewustzijn waren op dat moment, ofwel doordat ze naar een andere afdeling waren vervoerd dan de SEH.

#### 6.4.6 Waarderingscijfers

Over twee onderdelen is de respondenten gevraagd om een totaaloordeel te geven: over de meldkamer en over het ambulancepersoneel. De gemiddelde scores waren respectievelijk 8,4 en 9,0; wederom aanwijzingen van de zeer positieve ervaringen die patiënten hebben met de ambulancezorg en de meldkamer. In figuur 6.14 is een samenvatting te zien van de scores op beide onderdelen. Slechts 4% geeft de meldkamer een onvoldoende en slechts 1% het ambulancepersoneel. Het ambulancepersoneel krijgt bovendien van 70% van de patiënten een 9 of een 10 als waardering. Er zijn geen verschillen gevonden tussen RAV's in de waarderingscijfers, zoals ook al bleek in hoofdstuk 5. Daarin stond ook vermeld dat een hogere leeftijd en een betere gezondheid een positieve invloed hadden op het waarderingscijfer. Opleiding had een klein negatief effect op het cijfer.

Figuur 6.14 Waarderingscijfers



#### 6.5 Verbeterscores

Met behulp van de CQ-index kan zogenoemde 'verbeterinformatie' ontwikkeld worden. Door de ervaringen en de belangsscores van de patiënten te combineren in één score komen de kwaliteitsaspecten naar voren die het meest voor verbetering in aanmerking komen. Dit wordt gedaan door per vraag te bekijken hoe belangrijk patiënten het

onderwerp vinden en vervolgens welk percentage van hen een negatieve ervaring rapporteert.

De 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 100. Daarmee komt er een getal uit tussen de 0 en de 4. Hoe hoger het getal, des te meer verbetering is er mogelijk en waarschijnlijk ook nodig.

In tabel 6.1 staan de tien items met de hoogste verbeterscores: kwaliteitsaspecten die door patiënten zeer belangrijk worden gevonden en/of waar veel patiënten een negatieve ervaring mee hebben. Tabel 6.2 laat de tien items zien met de laagste verbeterscores. Dit zijn de aspecten die in de ogen van patiënten het minst belangrijk worden gevonden en/of waar weinig patiënten een negatieve ervaring mee hebben.

Het is belangrijk om te vermelden dat er in beide tabellen vragen staan die voor (kleine) subgroepen van patiënten gelden. Vraag 15 gaat bijvoorbeeld over de situatie waarin de huisarts de ambulance heeft laten komen. Andere vragen gelden specifiek voor patiënten die alleen eerste hulp hebben gehad, of juist voor patiënten die vervoerd zijn. Het is dus niet eenvoudig om het ene aspect boven het andere te plaatsen qua verbeterscore. Het is aan de RAV's zelf om te bekijken welke aspecten zij belangrijk vinden om aan te pakken.

Tabel 6.1 Top 10 items met de hoogste verbeterscores

item	Hoe belangrijk vindt u het dat...	gemiddelde belangscore	% negatieve ervaring	verbeterscore
15	...de huisarts (of dienstdoende arts) u informatie voor het ambulancepersoneel meegeeft?	3,04	58,7	1,78
44	...het ambulancepersoneel met u overlegt over de keuze van het ziekenhuis?	3,01	44,3	1,33
10	...de centralist vertelt wat u moet doen tot de ambulance arriveert?	3,55	30,5	1,08
43	...het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, oplost?	3,34	20,9	0,70
11	...de centralist dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?	3,56	16,4	0,59
42	...het ambulancepersoneel regelt dat er voor u gezorgd wordt nadat zij vertrekken?	3,37	15,1	0,51
17/18	...de ambulance snel bij u is?	3,66	8,1/6,8	0,29/0,23
39	...het ambulancepersoneel u uitlegt waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoeft?	3,38	8,1	0,27
40	...het ambulancepersoneel u informatie geeft voordat ze vertrekken?	3,38	8,0	0,27
31	Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	3,51	6,1	0,21
26	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)	3,02	6,8	0,20

Uit tabel 6.1 wordt duidelijk dat een aantal zaken rond de meldkamer voor verbetering vatbaar zijn. Het vertellen wat men kan doen tot de ambulance er is en begrijpelijke informatie geven zijn twee duidelijke verbeterpunten voor centralisten (vragen 10 en 11). Mits mogelijk zou het ambulancepersoneel meer kunnen overleggen over de keuze van het ziekenhuis.

Tabel 6.2 Top 10 items met de laagste verbeterscores

item	Hoe belangrijk vindt u het dat...	gemiddelde belangscore	% negatieve ervaring	verbeter- score
28	...het ambulancepersoneel er verzorgd uitziet?	3,14	0,2	0,00
35	...het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samenwerkt?	3,62	0,5	0,02
27	...het ambulancepersoneel hygiënisch werkt?	3,61	0,6	0,02
47	...u tevreden bent over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	3,17	0,9	0,03
41	...de informatie van het ambulancepersoneel begrijpelijk is?	3,47	1,0	0,03
48	...het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk maakt?	3,29	1,2	0,04
22	...het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u heeft?	3,47	1,2	0,04
46	...de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie past?	3,32	1,3	0,04
19	...het ambulancepersoneel beleefd is tegen u?	3,24	1,4	0,04
53	...het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerken?	3,64	1,3	0,05

In tabel 6.2 staan de tien laagste verbeterscores. Er zijn bepaalde onderwerpen te herkennen, zoals het vervoer met de ambulance, de omgang met het ambulancepersoneel en de samenwerking van het ambulancepersoneel onderling en met de SEH. Dit zijn zaken die positief worden ervaren door patiënten, zoals ook al duidelijk werd in de vorige twee paragrafen (6.1 en 6.2).

De verbeterscore is per vraag te vinden in hoofdstuk 7.

## 7 Evaluatie vragenlijst

Bij de analyses is gekeken naar de eigenschappen van de vragen, het belang dat door patiënten aan verschillende onderwerpen werd gehecht en naar de eventuele samenhang tussen vragen die eenzelfde onderwerp beslaan. In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe de statistische resultaten, gecombineerd met inhoudelijke argumenten van de projectgroep, uiteindelijk zijn verwerkt in een voorstel voor het aanpassen van de vragenlijst.

### 7.1 Vergelijking vorige vragenlijst

In paragraaf 2.4 werden de belangrijkste verschillen weergegeven tussen de ‘oude’ en de ‘nieuwe’ vragenlijst. Welke zaken vallen er specifiek op als de resultaten uit de pilot van 2009 bij de RAVU (Sixma et al., 2010) en het huidige onderzoek naast elkaar worden gelegd?

#### *Antwoordverdeling*

Evenals in de pilot werden zeer positieve ervaringen met het ambulancepersoneel gerapporteerd; bij veel vragen heeft meer dan 90% van de deelnemers de meest positieve antwoordcategorie gekozen.

Missende waarden kwamen in het huidige onderzoek ongeveer evenveel voor, tenminste, wanneer deze gedefinieerd worden als het niet invullen van een vraag. In het huidige onderzoek waren er relatief wel minder bruikbare antwoorden, door het toevoegen van de antwoordcategorie ‘weet ik niet (meer)’. Daardoor werden deelnemers minder ‘gedwongen’ om een keuze te maken, ook al konden zij zich bepaalde ervaringen mogelijk niet (meer) herinneren.

#### *Waarderingscijfer*

In het huidige onderzoek werd de meldkamer beter gewaardeerd dan bij het pilot-onderzoek; gemiddeld respectievelijk 8,4 en 7,6. Het ambulancepersoneel krijgt wederom een 9,0.

#### *Respons*

De respons bij de pilot was hoger dan bij het huidige onderzoek: 49 versus 30% (netto respons). In de pilot is enkel gebruik gemaakt van papieren vragenlijsten, terwijl in het huidige onderzoek de gegevens mixed-mode verzameld zijn (online en schriftelijk). Op de implicaties van de respons wordt in hoofdstuk 8 verder ingegaan.

#### *Scores/schalen*

In de vorige vragenlijst was er slechts één schaal (en met enig gepuzzel twee) te

onderscheiden, die een vrij diffuus geheel vormde van bejegening, communicatie en deskundigheid van het ambulancepersoneel. In het huidige onderzoek hebben we deze zaken uit elkaar getrokken, om tot meer inhoudelijke kwaliteitsschalen te komen. Uit de cijfers van hoofdstuk 4 bleek wel dat deze schalen redelijk met elkaar samenhangen.

## 7.2 Aanbevelingen voor aanpassingen aan de vragenlijst

In tabel 7.1 tot en met 7.8 staat per onderdeel van de vragenlijst een overzicht van de bijbehorende items. Daarachter staan in de kolommen de methodologische selectiecriteria om vragen al dan niet uit op te nemen in definitieve CQI Spoedeisende Ambulancezorg. Deze criteria zijn in hoofdstuk 4 al aan bod gekomen en beschreven in het handboek voor CQI-ontwikkeling (Koopman et al., 2011a). De criteria vormden een hulpmiddel bij de selectie van vragen voor de module, maar waren niet doorslaggevend. De volgende selectiecriteria werden gehanteerd:

- 1 *Scheefheid* (>90% extreme antwoordcategorie), bij een 'X' in de betreffende kolom is het item extreem scheef verdeeld. Dit wil zeggen dat er meer dan 90% van de respondenten één van de uiterste antwoordcategorieën heeft aangekruist. Dit betekent dat de vraag blijkbaar niet in staat is om verschillen tussen patiënten te meten; de situatie is voor (bijna) iedereen hetzelfde geweest.
- 2 *Non-respons* (>5% missende waarden), bij een 'X' in de kolom heeft het item meer dan 5% missende waarden. LET OP: hieronder vallen ook de categorieën 'Niet van toepassing' en 'Weet ik niet (meer)'. Veel missende waarden kan betekenen dat veel mensen geen ervaring hebben met de zorg waar de vraag over gaat. Ook is het mogelijk dat de vraag door veel mensen verkeerd begrepen wordt.
- 3 *Inter-itemcorrelatie* (>0,70: één van beide items verwijderen). In deze kolom staat de vraag genoemd waarmee het item hoog correleert. Een hoge correlatie betekent dat ze ongeveer hetzelfde zijn ingevuld. Als de vragen ook nog over hetzelfde onderwerp gaan, kan dit betekenen dat ze hetzelfde meten. In dat geval is het verstandig om één van de vragen te verwijderen, op basis van statistische en/of inhoudelijke overwegingen.
- 4 *Gemiddelde belangscore*. Hoe hoger de belangscore, des te relevanter is de vraag in de ogen van de patiënten.
- 5 *Schaalbaarheid item* (in een betrouwbare schaal). Als een item schaalbaar is, staat dat ook in deze kolom vermeld door middel van S met het bijbehorende schaalnummer erbij. Dit is een reden om een vraag te handhaven.
- 6 Percentage negatieve ervaringen ('nee' of 'nooit/soms'). Als er veel negatieve ervaringen zijn met een vraag, dan is dat een aanwijzing dat deze zorg beter moet.
- 7 *Verbeterscore* (Belangscore x Percentage negatieve ervaringen, gedeeld door 100). Een combinatie van het belang en slechte ervaringen: hoe hoger deze score is, des te urgenter is het voor de patiënt dat deze zorg verbeterd wordt.

Het uiteindelijke besluit om vragen al dan niet te behouden is genomen in overleg met de begeleidingscommissie, waarbij ook inhoudelijke overwegingen zwaar wogen. Het besluit wordt per vraag in de laatste kolom van de tabellen vermeld: handhaven (H), aangepast handhaven (A) of verwijderen (V). In bijlage 6 staat versie 1.0 van de vragenlijst met daarin de definitief geselecteerde vragen.

Tabel 7.1 Introductie

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
1	Heeft u in 2013 spoedeisende ambulancezorg gehad?	1665		1,4						A
2	Welke situatie is op u van toepassing?	1636		3,1						H
3	<u>Hoe</u> helpt u de patiënt bij het invullen? (meerdere antwoorden mogelijk)	104		0,0						H
4	Hoe erg schatte u de gebeurtenis in, toen u ambulancezorg nodig had?	1503		11,0						H
5	Wat was de aard van de gebeurtenis?	1685		0,2						A

### **Vraag 5**

Deze vraag kende zeer veel categorieën en van de categorie ‘anders, namelijk’ werd veel gebruik gemaakt. Ook konden deelnemers meerdere antwoorden aankruisen. De antwoordcategorieën zijn aangepast om er desgewenst duidelijker groepen patiënten mee te kunnen onderscheiden, deelnemers mogen in het vervolg slechts één antwoord geven.

Tabel 7.2 112 en de meldkamer ambulancezorg

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
6	Heeft u (degene die deze vragenlijst invult) het alarmnummer 112 gebeld?	1650		2,3						H
7	Kunt u degene die 112 heeft gebeld de vragen over de meldkamer laten beantwoorden?	568		2,7						H
8	Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg voldoende aandacht voor u?	485		5,3	3,48			2,0	0,07	H
9	Vertelde de centralist hoeveel minuten het ongeveer zou duren voordat de ambulance er zou zijn?	369		27,9	3,41			34,7	1,18	V
10	Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?	411		19,7	3,55	S1		30,5	1,08	H
11	Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?	488		4,7	3,56	S1		16,4	0,59	H
12	Welk cijfer geeft u de meldkamer? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.	492		3,9						H
13	Heeft u nog opmerkingen over het contact met de meldkamer, of punten die de meldkamer zou kunnen verbeteren?	478		6,6						H

**Vraag 9**

Omdat het per meldkamersysteem verschilt of de wachttijd op de ambulance vermeld moet worden door de centralist, wordt voorgesteld om vraag 9 te verwijderen uit de standaardlijst voor landelijke metingen. Desgewenst kunnen RAV's deze bij eigen onderzoek uitvragen.



Tabel 7.3 Samenwerking tussen (huis)arts en ambulancepersoneel

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
14	Was de huisarts (of dienstdoende arts) aanwezig toen de ambulance aankwam?	675		9,6						A
15	Heeft de huisarts (of dienstdoende arts) u informatie voor het ambulancepersoneel meegegeven?	216		22,9	3,04	58,7	1,78			V
16	Vond u dat de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?	369	X	6,6	3,43	3,3	0,11			A

#### **Vraag 14**

**Deze vraag werd nu alleen gesteld als de huisarts de ambulance had laten komen. In de praktijk kan de huisarts echter ook apart gebeld zijn en dus ook aanwezig. Daarom deze vraag voortaan aan alle deelnemers stellen.**

#### **Vraag 15**

Vervolg vraag als vraag 14 ‘nee’ was. Deze bleek voor zeer weinig respondenten relevant. Bovendien zegt het niets over de kwaliteit van het ambulancepersoneel.

#### **Vraag 16**

Omdraaien van de vraag: ‘...dat het ambulancepersoneel en de huisarts (of dienstdoende arts)...’

#### **Vraag 20**

Inhoudelijk en statistisch gelijk aan vraag 21, besloten deze daarom te verwijderen, mede omdat vraag 21 in vrijwel alle CQI-vragenlijsten gebruikt wordt.

#### **Vraag 27**

Hoge belangscore, maar hoge non-respons (19%) en vrijwel alleen positieve ervaringen. Blijkt moeilijk te bepalen door patiënten; men weet niet wat de standaard is. Dit bleek ook al tijdens cognitieve interviews.

#### **Vraag 28**

Vrijwel alleen maar ‘ja’ als antwoord, daarnaast relatief lage belangscore. Weinig informatief en minder relevant.

Tabel 7.4 Zorg van het ambulancepersoneel

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
17	Hoe lang moest u wachten op de ambulance?	1437		14,9	3,66			8,1	0,29	H
18	Was het wachten op de ambulance een probleem?	1497		11,3	3,66			6,8	0,25	H
19	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	1632	X	3,3	3,24	S2		1,4	0,04	H
20	Had het ambulancepersoneel voldoende aandacht voor u?	1629	X	3,5 v21	3,47			1,4	0,05	V
21	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	1624	X	3,8 v20	3,60	S2		1,7	0,06	H
22	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	1628	X	3,6	3,47	S2		1,2	0,04	H
23	Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?	1582		6,3	3,46	S3		5,0	0,17	H
24	Had u vertrouwen in de behandeling van het ambulancepersoneel?	1613		4,4	3,59	S3		2,4	0,09	H
25	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?	1605	X	4,9	3,59	S3		1,8	0,06	H
26	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)	1259		25,4	3,02	S3		6,8	0,20	H
27	Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?	1372	X	18,7	3,61	S3		0,6	0,02	V
28	Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?	1514	X	10,3	3,14	S3		0,2	0,00	V
29	Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?	1669		1,1						H
30	Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	848		14,3	3,46	S3		4,3	0,15	H
31	Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	1114		34,0	3,51	S3		6,1	0,21	H
32	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	1522		9,8	3,48	S4		3,6	0,13	H
33	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	1513		10,4	3,47	S4		2,7	0,09	H
34	Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?	1238		26,7	3,40	S4		2,7	0,09	H
35	Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?	1501	X	11,1	3,62	S3		0,5	0,02	H
36	Heeft u het idee dat er vergissingen zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?	1660		1,7						A
37	Heeft u verder nog opmerkingen over de zorg door het ambulancepersoneel?	1639		2,9						H
38	Bent u met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd?	1674		0,8						H

Tabel 7.5 Eerste hulp, geen vervoer

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
39	Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?	256	12,3	3,38	S5	8,1	0,27	H		
40	Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?	262	10,3	3,38	S5	8,0	0,27	H		
41	Was de informatie van het ambulancepersoneel begrijpelijk?	235	6,4	3,47		1,0	0,03	V		
42	Heeft het ambulancepersoneel geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat zij vertrokken?	186	36,3	3,37	S5	15,1	0,51	V		
43	Heeft het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, opgelost?	274	6,2	3,34	S5	20,9	0,70	V		

#### **Vraag 41**

Dubbelop gezien vraag 33 van vorige onderdeel, hoewel geen te hoge correlatie.

#### **Vraag 42**

Veel 'niet van toepassing' (36%). Laten vervallen en het houden bij één vraag over effectiviteit en afronding van de zorg (zie vraag 43).

#### **Vraag 43**

Problematisch qua interpretatie; een 'nee' hoeft geen negatieve ervaring te zijn, als het ambulancepersoneel verder niets meer kon doen op dat moment. Wellicht had iemand op een later moment of van een ander zorgverlener hulp nodig, waar het ambulancepersoneel niets in kon betekenen.

#### **Vraag 44**

Een derde geeft aan 'niet van toepassing'. Ook relatief lage belangscore. In het kader van spoedeisende zorg ook minder relevant, want soms is kiezen nu eenmaal geen optie. Of het ambulancepersoneel kan beter beoordelen naar welk ziekenhuis een patiënt moet. Daarom aanpassen: is er uitgelegd waar men naar toe gebracht zou worden?

#### **Vraag 45**

Beperkte belangscore en voor kleine groep van toepassing.

#### **Vraag 47**

De vragen 46 en 47 correleerden sterk met elkaar. Vanwege de meer inhoudelijke vraag en de belangscore wordt vraag 46 verkozen boven vraag 47.

Een derde geeft aan ‘niet van toepassing’. Ook relatief lage belangscore. In het kader van spoedeisende zorg ook minder relevant, want soms is kiezen nu eenmaal geen optie. Of het ambulancepersoneel kan beter beoordelen naar welk ziekenhuis een patiënt moet. Daarom aanpassen: is er uitgelegd waar men naar toe gebracht zou worden?

#### **Vraag 45**

Beperkte belangscore en voor kleine groep van toepassing.

#### **Vraag 47**

**De vragen 46 en 47 correleerden sterk met elkaar. Vanwege de meer inhoudelijke vraag en de belangscore wordt vraag 46 verkozen boven vraag 47.**

Tabel 7.6 Vervoer

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
44	Heeft het ambulancepersoneel met u overlegd over de keuze van het ziekenhuis?	919		33,5	3,01		44,3	1,33	A	
45	Hield het ambulancepersoneel rekening met uw wensen over de keuze van het ziekenhuis?	487		1,4	3,08		3,8	0,12	V	
46	Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	1187	X	14,1 v47	3,32	S6	1,3	0,04	H	
47	Was u tevreden over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	1202	X	13,0 v46	3,17		0,9	0,03	V	
48	Maakt het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?	1249		9,6	3,29	S6	1,2	0,04	H	
49	Heeft u nog opmerkingen over het vervoer met de ambulance?	1334		3,5					H	

#### **Vraag 50**

Veel ‘weet ik niet’ (20%) en verder 98% ‘ja’. Daarom niet informatief.

#### **Vraag 51**

Veel ‘weet ik niet’ (23%) en verder >90% ‘ja’. Niet informatief. Liever deze vraag vervangen voor een vraag die waarschijnlijk beter te beantwoorden is door patiënten: ‘Heeft het ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?’ Dit lijkt dan wel weer erg veel op vraag 53.

#### **Vraag 52**

Veel ‘weet ik niet’ (23%). Daarnaast is deze vraag mogelijk niet valide, want als één van de partijen gelijk heeft en de ander niet, hoeft informatie niet aan te sluiten. Toch is het

dan wel goede zorg. Uit deze vraag is niet op te maken wie er dan verantwoordelijk is; het ambulancepersoneel of de SEH?

Tabel 7.7 Samenwerking tussen ambulancepersoneel en het ziekenhuis

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
50	Wist de spoedeisende hulp dat u kwam?	1086	X	21,4	3,53			1,5	0,05	V
51	Heeft het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg gegeven over uw situatie?	1064	X	23,0	3,62	S7		1,5	0,05	A
52	Sloot de informatie van het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp op elkaar aan?	1063		23,1	3,63	S7		1,9	0,07	V
53	Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?	1110		19,7	3,64	S7		1,3	0,05	H
54	Heeft u nog opmerkingen over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp?	1353		2,1						H

Tabel 7.8 Algemeen oordeel/over uzelf

nr.	vraag	N	scheefheid (>90%)	non-respons (>5%)	itemcorrelatie (>0,7)	belangscore	schaal	% negatief	verbeterscore	besluit
55	Welk cijfer geeft u het ambulancepersoneel? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.	1434		3,8						H
56	Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid <u>nu</u> noemen?	1490		0,0						H
57	Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)	1490		0,0						H
58	Wat is uw leeftijd?	1490		0,0						H
59	Bent u een man of vrouw?	1490		0,0						H
60	Wat is het geboorteland <u>van uzelf</u> ?	1475		1,0						V
61	Wat is het geboorteland <u>uw vader</u> ?	1473		1,1						V
62	Wat is het geboorteland <u>uw moeder</u> ?	1475		1,0						V
63	We willen de vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.									H

### Vragen 60, 61 en 62

De invloed van etniciteit is onderzocht en blijkt significant voor één kwaliteitsschaal, maar klein. Daarom en omdat deze vragen veel weerstand oproepen bij deelnemers, is besloten om deze vragen te laten vervallen.

## 7.3 Gevolgen aanpassingen vragenlijst

Het doorvoeren van de aanpassingen zoals hierboven genoemd, heeft gevolgen voor een aantal van de kwaliteitsschalen die in hoofdstuk 4 zijn vastgesteld. Deze staan hieronder weergegeven in tabel 7.9.

Tabel 7.9 Gevolgen aanpassingen kwaliteitsschalen

schaal	aanpassing	gevolg
Schaal 3. Handelen ambulancepersoneel	Vragen 27 en 28 verwijderd; van negen naar zeven items	Alpha van 0,79 naar 0,80; aantal cases van 1.590 naar 1.597
Schaal 5. EHGV	Vraag 42 verwijderd; van vier naar drie items	Alpha van 0,65 naar 0,48; geen betrouwbare schaal meer
Schaal 7. SEH	Vraag 52 verwijderd; van drie naar twee items	Alpha van 0,74 naar 0,53; geen betrouwbare schaal meer

De schalen met betrekking tot ‘Eerste hulp, geen vervoer’ en ‘Spoedeisende hulp’ blijken niet langer betrouwbaar. De rapportage van resultaten over deze thema’s kunnen in een volgende meting met de vragenlijst beperkt blijven tot de losse ervaringsvragen. Het feit dat de vragen bij deze thema’s niet samen te vatten zijn in een kwaliteitsschaal, betekent uiteraard niet dat de vragen minder relevant zijn. De vragenlijst bestaat na aanpassing uit de volgende onderdelen, met daarachter het aantal vragen:

	oorspronkelijk	na aanpassing	(# items schaal)
Introductie	5	5	-
Meldkamer	8	7	(2)
Samenwerking met huisarts	3	2	-
Wachttijd ambulance	2	2	-
Ambulancepersoneel:	20	17	
bejegening	4	3	(3)
handelen	10	8	(7)
communicatie	3	3	(3)
overig	3	3	-
EHGV	5	2	-
Vervoer	6	4	(2)
Samenwerking met SEH	5	3	-
Algemeen oordeel/over uzelf	9	6	-
Totaal	63	48	

## 8 Discussie en conclusie

### 8.1 Aanleiding en opzet onderzoek

In 2009/2010 is er door het NIVEL, in samenwerking met de RAVU, een vragenlijst opgesteld om patiëntervaringen met spoedeisende ambulancezorg te meten (Sixma et al., 2010). Bij dat onderzoek was het echter niet mogelijk om te kijken naar eventuele verschillen die er zijn tussen de kwaliteit van zorg tussen verschillende RAV's. In het huidige onderzoek is de bestaande vragenlijst eerst geactualiseerd en aangepast, in overleg met AZN en de kwaliteitsfunctionarissen van de deelnemende RAV's. Vervolgens is de nieuwe versie van de vragenlijst grootschalig uitgezet onder de patiënten van 16 RAV's. Dit om de laatste ontwikkelfase van de CQI-vragenlijst te doorlopen: bepaling van het discriminerend vermogen van de CQ-index Spoedeisende ambulancezorg.

### 8.2 Doelstellingen van het onderzoek

Het onderzoek kende drie doelstellingen, zoals beschreven in hoofdstuk 1:

- 1 Het actualiseren en opnieuw vaststellen van de psychometrische kenmerken van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg (8.2.1);
- 2 Het bepalen van het vermogen om verschillen te detecteren tussen RAV's, teneinde het meetinstrument te optimaliseren (8.2.2);
- 3 Het verkrijgen van meer (kwantitatief) inzicht in de concrete ervaringen van patiënten die gebruik maken van ambulancezorg in Nederland, op basis van het gebruik van een gestandaardiseerde, gevalideerde vragenlijst (8.2.3).

#### 8.2.1 Actualiseren en vaststellen psychometrie CQI Spoedeisende Ambulancezorg

Het was de bedoeling om door middel van literatuuronderzoek en gesprekken met AZN en kwaliteitsfunctionarissen van de deelnemende RAV's de bestaande vragenlijst uit 2009 te actualiseren. Uiteindelijk bleek het literatuuronderzoek op dat punt helaas niets op te leveren. Het waren vooral de ideeën en wensen vanuit de beroepsgroep die leidden tot aanvullingen op de vragenlijst. De begrijpelijkheid en toepasbaarheid van de vragenlijst zijn daarna getest met cognitieve interviews met patiënten.

De nieuwe versie van de vragenlijst is uitgezet onder de patiënten van 16 RAV's. Uiteindelijk deden er bijna 1.700 patiënten mee aan het onderzoek. Met behulp van de antwoorden van deze patiënten zijn de vragen van de nieuwe vragenlijst onderzocht op het samenstellen van inhoudelijke kwaliteitsschalen.

### **8.2.2 *Bepaling discriminerend vermogen***

De kwaliteitsschalen en enkele kwaliteitsaspecten zijn onderzocht op de mate waarin hun scores verschillen lieten zien tussen de deelnemende RAV's. Uiteindelijk zijn er met de huidige gegevensverzameling amper (significante) verschillen gevonden. Voor een aantal kwaliteitsschalen betekent dit dat er waarschijnlijk geen verschillen zijn tussen de RAV's. Enkele schalen kenden echter een zeer beperkt aantal waarnemingen per RAV, waardoor het mogelijk is dat eventuele daadwerkelijke verschillen in het huidige onderzoek niet aan te tonen waren, maar in de praktijk wel aanwezig. Grootschaliger onderzoek met de vragenlijst kan mogelijk voor meer duidelijkheid zorgen. Dit kan door meer patiënten per RAV te laten deelnemen, maar vooral ook door het vergroten van het aantal deelnemende RAV's in toekomstig onderzoek.

### **8.2.3 *Ervaringen spoedeisende ambulancezorg***

De patiënten die hebben deelgenomen aan het huidige onderzoek hebben zeer positieve ervaringen met de ambulancezorg, vooral voor wat betreft de bejegening, communicatie en behandeling door het ambulancepersoneel. Het personeel krijgt ook een zeer hoog waarderingcijfer van de patiënten; gemiddeld een 9,0, waarbij zelfs 70% van de patiënten een 9 of een 10 toekent. De informatievoorziening door de meldkamer lijkt wel in aanmerking te komen voor enige verbetering, vooral op de informatievoorziening door de centralist. Dit moet echter niet overdreven worden, aangezien patiënten ook over de meldkamer positief oordelen.

Zoals eerder genoemd, is het mogelijk dat de hoge scores en waarderingen deels te maken hebben met de dankbaarheid van de patiënt jegens het ambulancepersoneel. In het geval van spoedeisende zorg is men zeer afhankelijk van de hulp die men moet krijgen.

Mogelijk verklaart dit voor een deel ook het verschil in ervaringsscores tussen patiënten die de vragenlijst zelf invullen en naasten die de vragenlijst namens een patiënt invullen (zie 8.3.2).

Het feit dat er vrijwel geen verschillen worden gevonden tussen de RAV's en de zeer positieve ervaringen van hun patiënten geeft aan dat de spoedeisende ambulancezorg er vanuit patiëntenperspectief goed voor staat voor de deelnemende 16 RAV's.

Op een aantal plaatsen in de vragenlijst was het mogelijk om opmerkingen te plaatsen. Deze gelegenheid werd veelal gebruikt om complimenten te geven over de goede zorg. Maar ook worden er suggesties gedaan voor verbetering of opmerkingen over dingen die niet goed gingen. Zo was er een klein aantal patiënten dat aangaf vergissingen van het ambulancepersoneel te hebben meegemaakt. Los van de specifieke vergissing, had het meemaken van zo'n ervaring een directe weerslag op de antwoorden van deze patiënten, zo bleek uit de resultaten.

De opmerkingen van patiënten kunnen een RAV meer gedetailleerde informatie bieden om mee aan de slag te gaan, zowel positief als negatief. Het is daarom het overwegen waard om te bekijken of de opmerkingen per RAV ook teruggekoppeld zouden kunnen worden. Dit is door een aantal deelnemende RAV's ook gesuggereerd. Lastig is wel dat de deelnemers aan de vragenlijst absolute privacy van hun antwoorden wordt beloofd ten



opzichte van de RAV. Mits er de nodige maatregelen genomen om de opmerkingen te anonimiseren (door in ieder geval (plaats)namen, data en tijdstippen te verwijderen) zouden de opmerkingen op termijn toch naar de RAV's kunnen.

## **8.3 Aandachtspunten bij het onderzoek**

### **8.3.1 Werving deelnemers/respons**

Een suggestie aan het begin van het project was om een onderscheid te maken tussen de ervaringen van specifieke patiëntengroepen. Bijvoorbeeld op basis van de gebeurtenis (ziekte, ongeluk), de ernst van de aandoening of het type letsel of probleem. Op basis van de administratie van de RAV's was dit echter niet mogelijk. Deels doordat niet duidelijk was of alle RAV's deze zaken registreerden, maar ook omdat als ze dit wel deden, het de vraag was of zij deze details op dezelfde wijze verwerkten. Hierdoor was het alleen op basis van de vragenlijst mogelijk om eventuele verschillen tussen groepen te onderzoeken. Een onzekerheid daarbij was dat deelnemers zelf moesten aangeven wat de aard en ernst van de gebeurtenis was, hetgeen kan verschillen van een inschatting door een professional van de RAV.

De respons bij het onderzoek was matig; 30% netto vergeleken met 49% in de pilot in 2009. Dit ondanks het feit dat er tot drie maal uitnodigingen zijn verstuurd en men zowel op internet als op papier kon deelnemen. Helaas worden deze percentages in de afgelopen jaren vaker gerapporteerd. Patiënten lijken minder geneigd om vragenlijsten in te vullen en de respons op CQ-index vragenlijsten hangt vaak rond de 35%.

Het loont waarschijnlijk de moeite om de periode tussen het verlenen van de zorg en het uitnodigen voor deelname zo kort mogelijk te laten zijn. Daarmee liggen de gebeurtenissen nog vers in het geheugen. Niet alleen kan dit de respons verhogen, het verhoogt hoogstwaarschijnlijk in ieder geval het aantal bruikbare antwoorden; men zal dan minder gebruik hoeven te maken van de antwoordoptie 'weet ik niet (meer)'. Gezien de nauwgezette registratie van RAV's zou zo'n korte opvolgtijd tot de mogelijkheden moeten kunnen behoren. Dit wordt ook wel continue dataverzameling genoemd. Het alternatief is de dataverzameling zoals die in dit onderzoek geschiedde: alle RAV's over dezelfde periode een steekproef laten trekken. Dit is een overweging die de sector voor landelijke metingen in de toekomst dient te maken.

Daarnaast kan met non-responsonderzoek na worden gegaan wat de redenen zijn voor mensen om niet deel te nemen, maar ook om na te gaan of de ervaringen van non-respondenten verschillen van die van respondenten. Is dit niet het geval, dan is non-respons een minder groot probleem dan gedacht. Is dit wel het geval, dan komt de validiteit van dit type vragenlijstsonderzoek duidelijk in het geding. Hoe dan ook dient er nagedacht te worden over mogelijkheden om deelname te vergroten, aangezien de respons zowel het gewicht als de zeggingskracht van het onderzoek bepaalt.

### 8.3.2 *Invullen door naasten*

In tegenstelling tot de meeste andere CQ-index vragenlijsten is er in het huidige project bewust voor gekozen om expliciet de mogelijkheid te bieden de vragenlijst ook te laten invullen door iemand anders dan de patiënt zelf. Dit omdat veel patiënten mogelijk geen (duidelijke) herinneringen hebben aan de ambulancezorg. Door deze mogelijkheid te bieden, wordt de respons op het onderzoek verhoogd en komen ook ervaringen van (naasten van) patiënten aan bod in situaties waarin de patiënt buiten bewustzijn of in shock was. Het onderzoek naar case-mix (hoofdstuk 5) laat echter wel zien dat het raadzaam is om te controleren voor het invullen van de vragenlijst door iemand anders dan de patiënt. Naasten zijn gemiddeld negatiever dan patiënten zelf.

## 8.4 **Afronding van het project en implementatie**

De 16 RAV's die deelnamen aan het onderzoek hebben van het NIVEL een individuele terugrapportage ontvangen, waarin de ervaringen van hun patiënten werden afgezet tegen gemiddelde scores van alle RAV's die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Ook zijn de resultaten gepresenteerd op een bijeenkomst voor de deelnemende RAV's. Het nieuwe meetinstrument is aangemeld bij het CKZ/Zorginstituut Nederland voor landelijk gebruik in de ambulancesector. Het is de bedoeling dat de CQI Spoedeisende Ambulancezorg door AZN met een bepaalde regelmaat (bijv. elke twee jaar) wordt gebruikt om een landelijke meting te houden over de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief onder alle aangesloten RAV's. Gedacht kan worden aan een opzet zoals die gehanteerd wordt door de brancheorganisatie van revalidatiecentra (Revalidatie Nederland). Bij deze opzet leveren alle aangesloten centra eens in de twee jaar een steekproef van cliënten aan, die worden uitgenodigd om deel te nemen aan de CQ-index Revalidatiecentra. De dataverzameling, analyses en uitgifte van de resultaten worden centraal gecoördineerd. Wellicht is deze opzet ook te implementeren door AZN en de RAV's. Tot slot wordt op basis van dit rapport een (Engelstalig) wetenschappelijk artikel geschreven, waarin verslag wordt gedaan van de ontwikkeling van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg.

## 8.5 **Conclusie**

In tegenstelling tot electieve zorg zijn patiënten bij spoedeisende ambulancezorg niet in de gelegenheid om van tevoren te kiezen voor een bepaalde zorgverlener. Spoedeisende ambulancezorg moet dan ook overal, altijd en op elk onderdeel zo goed mogelijk zijn. In het huidige onderzoek werden door patiënten zeer positieve ervaringen gerapporteerd over de ambulancezorg en in het bijzonder over het ambulancepersoneel. In combinatie met het feit dat er vrijwel geen verschillen tussen de 16 deelnemende RAV's werden gevonden, kan de kwaliteit van spoedeisende ambulancezorg vanuit patiëntenperspectief als zeer goed beoordeeld worden. Door deze patiëntervaringen toe te voegen aan de bestaande zorginhoudelijke indicatoren, wordt een completer beeld verkregen van de spoedeisende ambulancezorg, vanuit verschillende perspectieven.

# Literatuur

- Ambulancezorg Nederland. Ambulances in-zicht 2011. Zwolle: AZN, 2012  
[<http://www.ambulancezorg.nl/download/downloads/1113/ambulances-in-zicht-2011.pdf>; 4-2-2013]
- Bryk AS, Raudenbush SW. Hierarchical Linear Models in Social and Behavioral Research: Applications and Data Analysis Methods. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992
- Carey R, Seibert J. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care*, 1993; 31:834-45
- Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 278: 1608-12
- CVZ/Zorginstituut Nederland, 2013.  
[<http://www.cvz.nl/hetcvz/zorginstituutnederland/zorginstituut-nederland.html>; 4-2-2013]
- Delnoij DMJ, Asbroek G ten, Arah OA, Koning JS de, Stam P, Vriens B, Schmidt P, Klazinga NS. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS®) into the Dutch social insurance system. *Eur J Pub Health*, 2006; 16:652-9
- Delnoij DMJ, Rademakers JDDJM, Groenewegen P. The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development. *BMC Health Serv Res*, 2010; 10:88
- Halter M, Marlow T, Tye C, Ellison GTH. Patients' experiences of care provided by emergency care practitioners and traditional ambulance practitioners: a survey from the London Ambulance Service. *Emerg Med J*, 2006; 23:865-6
- Johansson A, Ekwall A, Wihlborg J. Patient satisfaction with ambulance care services: Survey from two districts in southern Sweden. *Int Emerg Nurs*, 2011; 19:86-9
- Kaiser HF. The application of electronic computers to factor analysis. *Educ Psychol Meas*, 1960; 20:141-51
- Koopman L, Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. Handboek CQI ontwikkeling: richtlijnen voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2011a  
[[http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/Handboek\\_nieuwe\\_stijl/Handboek\\_CQI\\_Ontwikkeling\\_versie\\_3\\_1\\_20111206.pdf](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/Handboek_nieuwe_stijl/Handboek_CQI_Ontwikkeling_versie_3_1_20111206.pdf); 14-08-2013]

- Koopman L, Meulen-Arts S van der, Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. Handboek Eisen & Werkwijzen CQI-metingen. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2011b [<http://www.centrumklantervaringzorg.nl/cqi-richtlijnen/handboek-eisen-en-werkwijzen-cqi-metingen.html>; 14-08-2013]
- Moll van Charante EP, Steenwijk-Opdam PCE van, Bindels PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract*, 2007, 8:46
- O'Cathain A, Turner J, Nicholl JP. The acceptability of an emergency medical dispatch system to people who call 999 to request an ambulance. *Emerg Med J*, 2002; 19:160-3
- Sixma H, Bloemendal E, Wagtendonk I van, Rademakers J. CQI Ambulancezorg: Ontwikkeling en psychometrische test. NIVEL: Utrecht, 2010
- Snijders TAB, Bosker RJ. Multilevel Analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling. Sage Publishers: London, 1999
- Wahlberg AC, Cedersund E, Wredling R. Factors and circumstances related to complaints in emergency medical dispatching in Sweden: an exploratory study. *Eur J Emerg Med*, 2003, 10:272-8
- Yarris LM, Moreno R, Schmidt TA, Adams AL, Brooks HS. Reasons Why Patients Choose an Ambulance and Willingness to Consider Alternatives. *Acad Emerg Med*, 2006; 13:401-5
- Zaslavsky AM. Issues in case-mix adjustment of measures of the quality of health care. Proceedings, Government and Social Statistics Sections. Am Statistical Assoc, 1998, Alexandria, VA, 56-64

# **Bijlage 1 Projectuitvoer en deelname**

## **Projectleiding**

Mw. M. Hoogeveen (AZN)

Mw. A.M. Plass (NIVEL)

## **Projectuitvoering**

Dhr. M. Krol (NIVEL)

Dhr. H. Sixma (NIVEL)

## **Werkgroep**

Mw. M. Hoogeveen (AZN)

Dhr. G. Berendschot (RAV IJsselland)

Dhr. W. Blommaert (RAVU)

Dhr. H. Sixma (NIVEL)

Dhr. M. Krol (NIVEL)

## **Begeleidingscommissie**

Mw. B. Vriens (St. Miletus)

Dhr. G. Wiggers (Ministerie van VWS)

Mw. I. Bolt (V&VN Ambulancezorg)

Mw. L. Sturms (LNAZ)

Dhr. W. van Roessel (GHOR Nederland)

Dhr. F. de Voeght (NVSHV)

Dhr. A. Nederkoorn (CVZ/Kwaliteitsinstituut)

## **Deelnemende RAV's**

Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid

RAV IJsselland

RAV Hollands Midden

GGD Zuid-Limburg

RAV Brabant Zuid-Oost

RAV Utrecht

Ambulance Oost

RAV Gooi- en Vechtstreek

RAV Gelderland-Midden

RAV Flevoland

RAV Brabant Midden-West-Noord  
RAV Gelderland Zuid  
RAV Haaglanden  
Ambulancezorg Groningen  
Ambulance Amsterdam  
Rotterdam Rijnmond



# **Ervaringen met de ambulancezorgverlening**

## **CQ-index ambulancedienst**

versie 1.0

Augustus 2009

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, gebaseerd op de QUOTE- vragenlijsten en de internationaal gebruikte CAHPS<sup>®</sup> vragenlijst.

Deze vragenlijst gaat over uw ervaring met de ambulancehulpverlening. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Alle informatie wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Uw persoonsgegevens worden met niemand gedeeld. Uw zorgverlener(s) krijgen geen inzicht in uw antwoorden.

Wij stellen het bijzonder op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig.

Als u er voor kiest niet mee te doen, zet dan een kruisje in dit vakje . Indien u de vragenlijst niet kunt invullen in verband met bewustzijnsverlies (geen herinnering) ten tijde van de ambulancetijd zet dan een kruisje in dit vakje . Stuur in beide gevallen deze bladzijde terug in de antwoordenvolp (postzegel niet nodig). U zult dan geen herinneringen ontvangen.

Wilt u meer over deze studie weten, neem dan contact op met:

Nanne Bos, telefoonnummer 088 7568854 of e-mail [N.Bos-2@umcutrecht.nl](mailto:N.Bos-2@umcutrecht.nl)

## INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

- Graag *alle* vragen beantwoorden door het vakje van uw keuze in te vullen, bijvoorbeeld:

**Heeft u ambulancehulpverlening ontvangen?**

- Ja  
 Nee

- Het is niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven. Het is belangrijk dat de vragen worden ingevuld door de persoon die op de begeleidende brief staat vermeld, eventueel met hulp.
- Beantwoord alle vragen door een kruisje te zetten in het vakje dat voor uw antwoord staat.
- Het is voor het onderzoek belangrijk dat u de vragenlijst zo volledig mogelijk invult en geen vragen overslaat.
- Soms wordt gevraagd om een bepaalde vraag of groep vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijl met een aanwijzing welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:

- Ja → ga door naar vraag 7**  
 **Nee**

- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat nog veranderen, zet het ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:

- (  ) **Ja**  
 **Nee**



## INTRODUCTIE

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw **ervaringen** met de ambulancezorgverlening en de samenwerking tussen ambulancezorgverlening en de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

1. **Bent u in de afgelopen 2 maanden vervoerd met de ambulance?**
  - Ja
  - Nee → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp? (postzegel niet nodig)*
  
2. **Kruis aan welke situatie op u van toepassing is.**
  - Ik ben met de ambulance vervoerd naar de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis
  
  - Ik ben met de ambulance vervoerd naar een afdeling (röntgen, cardiologie, verloskamer etc.) van het ziekenhuis
  
  - Anders, namelijk:  
*(a.u.b. in blokletters)*

---

## 112 EN DE MELDKAMER AMBULANCEZORG

De vragen 3 t/m 7 gaan over de melding aan de meldkamer (112).

3. **Wie heeft het alarmnummer 112 gebeld?**
  - ikzelf
  - Gezinslid of partner → *ga door naar vraag 8*
  - Ander familielid → *ga door naar vraag 8*
  - Vrienden of burens → *ga door naar vraag 8*
  - Collega → *ga door naar vraag 8*
  - Onbekende → *ga door naar vraag 8*
  - Ik weet het niet → *ga door naar vraag 8*
  
4. **Luisterde de centralist van de meldkamer ambulancezorg aandachtig naar u?**
  - Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal

5. **Vertelde de centralist u hoeveel minuten het ongeveer zou duren voordat de ambulance bij u zou zijn?**
  - Nee
  - Ja
  
6. **Vertelde de centralist u wat u moest doen tot de ambulance arriveerde ?**
  - Nee
  - Ja
  
7. **Welk cijfer geeft u de meldkamer? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend?**
  - 0 heel erg slechte meldkamer
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10 uitstekende meldkamer

---

## ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

De vragen 8 t/m 36 gaan over uw **ervaringen** met het ambulancepersoneel

8. **Hoeveel minuten na de melding bij 112 kwam de ambulance?**
  - Kortere dan 5 minuten
  - 5 – 15 minuten
  - 16 - 30 minuten
  - Langer dan 30 minuten
  - Weet ik niet (meer)
  
9. **Was het wachten op de ambulance een probleem?**
  - Groot probleem
  - Klein probleem
  - Geen probleem
  
10. **Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?**
  - Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal

11. **Luisterde het ambulancepersoneel aandachtig naar u?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
12. **Nam het ambulancepersoneel u serieus?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
13. **Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
14. **Werd u door het ambulancepersoneel gerust gesteld?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
15. **Voelde u zich op uw gemak bij het ambulancepersoneel?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
16. **Was het ambulancepersoneel deskundig?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
17. **Had u vertrouwen in de behandeling van het ambulancepersoneel?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
18. **Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
19. **Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw omgeving (familie/vrienden/omstanders)?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Niet van toepassing
20. **Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
21. **Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
22. **Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?**
- Nee → *ga door naar vraag 24*
  - Ja
23. **Gebeurde dit optillen en verplaatsen op een veilige manier?**
- Nee, omdat:  

*(a.u.b. in blokletters)*
  - Ja
24. **Kunt u aangeven op een schaal van 0- 10 hoeveel pijn u had toen de ambulance arriveerde?**
- 0 geen pijn
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10 de ergst denkbare pijn

25. **Heeft het ambulancepersoneel u medicatie gegeven om de pijn te verzachten? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Nee, de huisarts had mij al medicatie gegeven.
- Nee, ik vond het niet nodig → **ga door naar vraag 27**
- Nee, het ambulancepersoneel vond het niet nodig → **ga door naar vraag 27**
- Nee, maar ik had het wel gewild → **ga door naar vraag 27**
- Ja
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

26. **Kunt u op een schaal van 0 – 10 aangeven hoeveel pijn u had nadat u medicatie had gekregen?**

- 0 geen pijn
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 de ergst denkbare pijn

27. **Gaf het ambulancepersoneel uitleg over de behandeling?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

28. **Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

29. **Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

30. **Gaf het ambulancepersoneel antwoord op vragen van uw omgeving (familie/vrienden/collega's)?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing

31. **Gaf het ambulancepersoneel u tegenstrijdige informatie?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

32. **Hield het ambulancepersoneel rekening met uw wensen over de keuze van het ziekenhuis?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing

33. **Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

34. **Zag de ambulance er verzorgd uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

35. **Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

## ALGEMEEN OORDEEL

36. Welk cijfer geeft u het ambulancepersoneel? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.

- 0 heel erg slecht
- 1 ambulancepersoneel
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekend ambulancepersoneel

---

## SAMENWERKING TUSSEN AMBULANCEZORGVERLENING EN HET ZIEKENHUIS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis

38. Kon u meebeslissen naar welk ziekenhuis u werd gebracht?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing (er was maar één ziekenhuis mogelijk)

39. Wist de spoedeisende hulp dat u kwam?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

40. Heeft het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg gegeven over uw situatie?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

41. Gaf het ambulancepersoneel en de zorgverleners op de spoedeisende hulp u tegenstrijdige informatie?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

42. Sloot de behandeling die u kreeg op de spoedeisende hulp aan op de behandeling van het ambulancepersoneel?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

43. Dacht het ambulancepersoneel en de zorgverleners op de spoedeisende hulp hetzelfde over de ernst van uw klachten?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

44. Welk cijfer geeft u de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 heel erg slechte samenwerking
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende samenwerking

---

## OVER UZELF

45. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

46. Wat is uw leeftijd?

- 12 t/m 17 jaar
- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 34 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

**47. Bent u een man of vrouw?**

- Man
- Vrouw

**48. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)**

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**49. Wat is het geboorteland van uzelf?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**50. Wat is het geboorteland van uw vader?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**51. Wat is het geboorteland van uw moeder?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**52. In welke taal praat u thuis het meeste?**

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**53. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?**

- Nee → **ga door naar vraag 55**
- Ja

**54. Hoe heeft die persoon u geholpen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**55. We willen de vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.**

(a.u.b. in blokletters)



## Bijlage 3 Resultaten literatuuronderzoek Patiëntenervaringen met ambulancezorg

Met een aantal verschillende zoekstrategieën zijn er searches uitgevoerd om relevante onderzoeken naar patiëntervaringen met ambulancezorg te achterhalen. Dit om te bekijken wat de ervaringen zijn van patiënten, zowel in binnen- als buitenland, maar ook om ideeën op te doen voor de vragenlijst van de CQI Ambulancezorg.

De searches zijn uitgevoerd in de database van PubMed, de grootste online verzameling van medische onderzoeksartikelen. In de zoekstrategieën is vooral gebruik gemaakt van MeSH-termen. Een MeSH-term is een bepaald onderwerp waarop artikelen gerubriceerd kunnen worden. In ons onderzoek is de term 'Ambulances' een belangrijk selectiecriteria. Daarnaast is er nog bekeken of bepaalde termen rond patiëntervaringen voorkwamen in de titel en/of de samenvatting (abstract) van de artikelen.

Van de resultaten is eerst op basis van de titel bekeken of ze enigszins relevant waren.

Vervolgens zijn van de geselecteerde artikelen de abstracts doorgenomen en aan de hand daarvan is bepaald of het artikel van nut kon zijn bij ons onderzoek.

Hieronder volgen per strategie de resultaten. De geselecteerde studies staan aan het eind van dit document.

Bij de eerste search is gezocht naar artikelen over ambulancezorg, waarbij er aandacht is besteed aan het perspectief van patiënten, er sprake was van een vragenlijst en kwaliteit van zorg.

---

### Search 1.

*Ambulances[mesh] AND (patient pref\*[tiab] OR patient exp\*[tiab] OR patient prior\*[tiab] OR patient opin\*[tiab]) AND survey[mesh] AND quality of healthcare[mesh]*

Resultaat: 2 hits

0 relevant

---

Aangezien search 1 niets opleverde, is de strategie beperkt; 'survey' is geschrapt. Hieronder is te zien dat dit iets meer resultaten opleverde, met één relevante studie.

---

### Search 2.

*Ambulances[mesh] AND (patient pref\*[tiab] OR patient exp\*[tiab] OR patient prior\*[tiab] OR patient opin\*[tiab]) AND quality of healthcare[mesh]*

Resultaat: 6 hits

1 relevant

Yarris, 2006

---

Bij de derde search is de MeSH-term 'kwaliteit van zorg' verwijderd, maar dit levert slechts één extra resultaat op, dat niet relevant bleek.

---

Search 3.

*Ambulances[mesh] AND (patient pref\*[tiab] OR patient exp\*[tiab] OR patient prior\*[tiab] OR patient opin\*[tiab])*

Resultaat: 7 hits (idem search 2, 1 nieuwe over ambulance zelf (voertuig))

0 relevant

---

Het is duidelijk dat de eerste drie strategieën niet succesvol waren. Hoewel er in de CQ-index vooral gewerkt wordt met de ervaringen en voorkeuren van patiënten, leek het toch verstandig om de MeSH-term voor patiënttevredenheid toe te voegen aan de eerste zoekstrategie. Zoals hieronder te zien is, leverde dit wel meer resultaten op, maar slechts één relevante.

---

Search 4.

*Ambulances[mesh] AND ((patient satisfaction[mesh]) OR (patient pref\*[tiab] OR patient exp\*[tiab] OR patient prior\*[tiab] OR patient opin\*[tiab])) AND survey[mesh] AND quality of healthcare[mesh]*

Resultaat: 17 hits

1 relevant

Johansson 2011

---

De toevoeging van patiënttevredenheid leverde dus meer op, maar de strategie in zijn geheel had niet het gewenste effect. Daarom is er een laatste, zeer brede zoekstrategie opgesteld met slechts de MeSH-termen voor ambulances en patiënttevredenheid. Voor PubMed-begrippen leverde dit nog steeds een zeer beperkt aantal artikelen op, maar wel de meeste relevante.

---

Search 5.

*Ambulances[mesh] AND ((patient satisfaction[mesh]) OR (patient pref\*[tiab] OR patient exp\*[tiab] OR patient prior\*[tiab] OR patient opin\*[tiab]))*

Resultaat: 36 hits

6 relevant

Johansson 2011

Moll van Charante 2007

Halter 2006

Yarris 2006

Wahlberg 2003

O'Cathain 2002

---

Het lijkt erop dat er tot nog toe maar weinig wetenschappelijke publicaties gewijd zijn aan de ervaringen van patiënten met ambulancezorg en –vervoer. Exploratieve



zoekstrategieën de MeSH-termen Ambulances en Survey leverden veel hits op (>1.000), maar deze hadden vrijwel alle betrekking op de staf en medewerkers van de ambulancedienst; het betrof vooral onderzoeken naar het volgen van protocollen, ervaringen met agressie en werkdruk. Het is duidelijk dat er op het gebied van patiëntervaringen nog ruimte ligt voor onderzoek.

Tabel B3.1 Overzicht studies patiëntervaringen, -voorkeuren en -tevredenheid

studie	doelgroep	design/setting	sample	vraagstelling	resultaat
Halter et al., 2006	Patiënten van spoedzorg de London Ambulance Service	Survey	888 patiënten	Verschillen de ervaringen van patiënten die door een spoedarts zijn geholpen van die van patiënten die door regulier ambulancepersoneel geholpen zijn?	Op de meeste aspecten zijn er geen significante verschillen tussen de patiënten. Op twee aspecten scoorden de spoedartsen beter: 'Thoroughness of examination' en 'Explaining what happens next'. Qua verleende zorg bleek dat spoedartsen minder patiënten doorverwezen naar de SEH.
Johansson et al., 2011	Patiënten van 2 RAV's in Skane (Zweden)	Survey	40 (2x20) patiënten	Wat is de tevredenheid van patiënten met de ambulancezorg?	Patiënten waren zeer tevreden met de verleende zorg en gaven aan zich vertrouwd te voelen bij de zorgverleners.
Moll van Charante et al., 2007	Contacten van patiënten met HAP en SEH in gemeente Velsen (NL)	Cross-sectionele studie	Zorggebruik van 62.000 patiënten in twee perioden van 4 maanden (5-jaarinterval)	Wat is de vraag naar spoedzorg bij huisartsen en SEH en hoe verloopt de verwijzing naar SEH door huisartsen en ambulancediensten?	Huisartsen behandelen 88% van de contacten buiten kantoor tijden, de SEH 12%. Een kleine maar stabiele groep patiënten komt op eigen initiatief naar de SEH, waarbij opvalt dat zij dat vaak wel terecht doen. Verder blijkt dat ook huisartsen en ambulancediensten effectief selecteren en doorverwijzen naar de SEH.
O'Cathain et al., 2002	Mensen die het noodnummer bellen in Manchester (UK)	Postal survey	355 (voor-) en 297 (nameting) respondenten	Is een nieuwe methode van gespreksvoering via het noodnummer acceptabel voor bellers?	Implementatie van de nieuwe methode geeft meer eerste hulp en advies aan bellers en leidt tot meer tevredenheid.
Wahlberg et al., 2003	Klachten van patiënten over spoedzorg in Zweden	Exploratieve studie	54 officiële klachten	Wat zijn de factoren en omstandigheden van gevallen waarin klachten worden ingediend?	Veel problemen zijn ontstaan doordat de situatie verkeerd werd ingeschat, meestal doordat de meldkamer niet met de patiënt zelf gesproken heeft.
Yarris et al., 2006	Besteld patiëntenvervoer (VS)	Survey	315 patiënten (niet spoedeisend)	Accepteren patiënten alternatief vervoer dan de ambulance?	Veel mensen (78%) zouden een alternatief vervoermiddel accepteren, als dit hen zou worden aangeboden.

## Bijlage 4 Resultaten expertmeeting: aanpassing vragenlijst



### CQ-index Ambulancezorg – Afspraken expertmeeting

5 Maart 2013

Datum & tijd: 10.00-13.00, dinsdag 5 maart 2013

Locatie: Seats2Meet te Amersfoort

Aanwezig: Ankie Sijbenga (Groningen), Gerard Berenschot (IJsselland), Hans Eric van Dragt (Hollands Midden), Olaf Olijve (Zuid-Limburg), André van Breukelen (Flevoland), Ad Tijbosch (Brabant MWN), Wim Blommaert (Utrecht), Ronald Tobé (Rotterdam-Rijnmond), Margreet Hoogeveen (AZN), Herman Sixma (NIVEL), Maarten Krol (NIVEL)

#### *1. Opening*

Herman heet iedereen welkom, stelt zich kort voor.

#### *2. Kennismaking*

Er volgt een korte voorstelronde.

#### *3. Korte toelichting op het project*

Maarten geeft een korte toelichting op het doel en de inrichting van het project. Meteen wordt gemeld dat niet voor iedereen duidelijk is wat het uiteindelijke doel van het project is, wat is de onderzoeksvraag? Moet er sectorbreed informatie naar buiten volgens het format van de CQ-index en wordt er dan top-down bekeken wat er voor vragen moeten worden gesteld? Of gaat het bottom-up en wordt er vanuit gedetailleerde informatie op termijn geprobeerd om een overzicht van de stand van zaken te geven?

De onderzoekers en AZN benadrukken dat dit laatste inderdaad het doel is van het project: de mensen in de praktijk in de ambulancesector moeten iets met de uitkomsten van de vragenlijst kunnen; voor hen moet deze zo relevant mogelijk zijn. Eventuele vergelijkbaarheid van de ambulancesector met andere zorg is van ondergeschikt belang. Ook het bepalen van discriminerend vermogen is iets wat moet blijken als de gegevens er zijn. Beperkte verschillen zeggen niets; het gaat vooral om het bepalen van vragen die relevant zijn en hoe hoog ze scoren.

Door in dit project een basisvragenlijst vast te stellen, zorgen we ervoor dat op de meest relevante punten de ervaringen met de ambulancezorg vergeleken kunnen worden. Als de

vragenlijst op basis van de resultaten van dit project eenmaal vastgesteld, dan is het bij vervolgonderzoek wellicht mogelijk voor de RAV's om zelf nog vragen toe te voegen die zij zelf interessant vinden. De basisset moet overeind blijven.

### *Doelgroep*

Verder wordt er bediscussieerd wie de doelgroep vormen van deze vragenlijst. De oorspronkelijke vragenlijst was bedoeld voor patiënten die met een A1 of A2-urgentie behandeld en vervoerd zijn door de ambulance, aangemeld via 112 (en dus niet via andere zorgverleners). Dat wordt nu breder getrokken: de vragenlijst moet ook geschikt zijn voor patiënten die niet vervoerd zijn met de ambulance (Eerste Hulp – Geen Vervoer; EHG) en voor patiënten waarbij de ambulance door een andere zorgverlener is ingeroepen. B-ritten (besteld ambulancevervoer) worden in deze CQ-index niet meegenomen. De titel wordt: CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg.

Bij het bespreken van de achtergrondvragen bij de vragenlijst, is besloten om alleen patiënten te includeren die 18 jaar of ouder zijn op het moment dat de vragenlijst wordt afgenomen. Dit voorkomt eventuele problemen met verantwoordelijkheid van ouders. Een belangrijk punt vooraf is nog of ook naasten of nabestaanden de vragenlijst mogen invullen namens de patiënt. Als we daarvoor kiezen, moet dit in de correspondentie goed worden vermeld: in de brief, maar ook in de uitleg bij de vragenlijst. Er moet dan ook een vraag worden opgenomen over wie de vragenlijst invult en, als het niet de patiënt zelf is, wat de relatie van de deelnemer is tot de patiënt. Voor de zuiverheid van de resultaten is het namelijk wel belangrijk om te weten wie de vragen beantwoordt. En of naasten de vragenlijst anders invullen dan patiënten zelf.

### *Steekproeven RAV's*

Aangezien de planning opschuift, zal de nieuwe versie verstuurd worden naar de RAV's. In de komende weken zal het NIVEL ook een nieuwe steekproefinstructie toesturen en contact opnemen over het uitvoeren hiervan. Het gaat daarbij om de exacte aantallen, eventuele stratificatie naar zorgcategorie (A1/A2 versus EHG). Het is mogelijk dat er dubbel worden aangeleverd door de RAV's. Hierover zal het NIVEL het mailhouse inlichten, opdat men geen dubbele uitnodigingen krijgt.

### *Meldkamer en 112*

Verder wordt er aangegeven dat er momenteel een CQ-index voor ambulancezorg ligt, maar ook een vragenlijst over de ervaringen met de meldkamer (ontwikkeld door het Juliuscentrum). Deze vragenlijst kan mogelijk input leveren voor de huidige CQ-index via het opnemen van enkele essentiële vragen; de Julius-lijst is zeer uitgebreid.

### *Belangvragen*

Gedurende ieder ontwikkeltraject van een CQ-index vragenlijst, worden de ervaringsvragen omgezet naar belangvragen. Daarmee wordt duidelijk welke vragen er door de respondenten echt belangrijk worden gevonden. Dit geeft een extra gereedschap in handen om te kiezen voor het verwijderen of handhaven van vragen uit de vragenlijst. In de regio van de RAVU is dit al gedaan, maar nog niet landelijk. Ook zullen er nieuwe vragen in deze versie voorkomen. Het invullen van een belangvragenlijst levert natuurlijk wel extra werk op voor de deelnemers. Er is voorgesteld om mensen optioneel de

belangvragenlijst in te laten vullen, om zo toch landelijke respons te kunnen onderzoeken. Dit is een interessante suggestie, waarmee we verdergaan.

#### *De huidige vragenlijst*

Vervolgens is per onderdeel de vragenlijst nagelopen. Hieronder staan voorgestelde wijzigingen vermeld per vraag.

- Als er een wijziging is overwogen, is het vraagnummer **geel gearceerd**. De motivatie vanuit de bijeenkomst staat steeds onder de vraag vermeld.
- Verwijderde teksten zijn doorgestreept;
- Toegevoegde teksten zijn **groen gearceerd**.

Een algemene aanpassing is het toevoegen van de antwoordcategorie ‘Weet ik niet (meer)’ aan vrijwel alle vragen; veel patiënten zullen buiten bewustzijn zijn gedurende (een deel van) de verleende zorg. Verder moet er niet gelet worden op de nummering van de vragen; die hoort nog bij de oude versie.

## INTRODUCTIE

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met de ambulancezorgverlening en de samenwerking tussen ambulancezorgverlening en de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

1. **Bent u in de afgelopen 2 maanden vervoerd met de ambulance? Hebt u in 2013 spoedeisende ambulancezorg gehad?**
- Ja
  - Nee → **Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolop? (postzegel niet nodig)**

Vraag 1 moet aangepast worden voor het huidige onderzoek en eventueel aangepast worden op de mogelijkheid voor naasten of nabestaanden om de vragenlijst in te vullen namens de patiënt.

2. **Kruis aan welke situatie op u van toepassing is.**
- Ik ben met de ambulance vervoerd naar de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis
  - Ik ben niet met de ambulance vervoerd, maar ben wel door ambulancepersoneel behandeld naar een afdeling (röntgen, cardiologie, verloskamer etc.) van het ziekenhuis
  - Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

In de praktijk blijken maar weinig mensen direct naar een andere afdeling dan de SEH te gaan. Verder worden er ook EHG-patiënten aangeschreven.

---

## 112 EN DE MELDKAMER AMBULANCEZORG

Dit onderdeel zal met een beperkt aantal vragen worden gewijzigd en/of uitgebreid. Dit hangt ook af van de reacties op het stuk van Wim.

De vragen 3 t/m 7 gaan over de melding aan de meldkamer (112).

3. **Wie heeft het alarmnummer 112 gebeld?**
- ikzelf
  - Gezinslid of partner → **ga door naar vraag 8**
  - Ander familielid → **ga door naar vraag 8**
  - Vrienden of burens → **ga door naar vraag 8**
  - Collega → **ga door naar vraag 8**
  - Een zorgverlener (bijv. de huisarts) → **ga door naar vraag X (Samenwerking zorgverlener en ambulancepersoneel)**
  - Onbekende → **ga door naar vraag 8**
  - Ik weet het niet → **ga door naar vraag 8**

**4. Luisterde Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg aandachtig naar voor u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

*Aandachtig luisteren is minder belangrijk dan kortdurend reageren; de meldkamer moet snel actie kunnen ondernemen. Alternatief voor bedenken.*

**5. Vertelde de centralist u hoeveel minuten het ongeveer zou duren voordat de ambulance bij u zou zijn?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

*Deze vraag blijkt niet voor alle meldkamerprotocollen relevant te zijn; bij één systeem wordt deze informatie bewust niet gegeven aan de beller. Wel is het interessant om te bekijken wat dit oplevert voor de deelnemers die via verschillende systemen zijn getriaged.*

**6. Vertelde de centralist u wat u moest doen tot de ambulance arriveerde ?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

**X. Bleef de centralist met u aan de lijn tot de ambulance arriveerde ?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

**7. Welk cijfer geeft u de meldkamer? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend?**

- 0 heel erg slechte meldkamer
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekende meldkamer
- Weet ik niet/geen mening

**X. Heeft u nog opmerkingen over het contact met de meldkamer, of punten die de meldkamer zou kunnen verbeteren?**

- Nee
- Ja, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

## SAMENWERKING TUSSEN ZORGVERLENER EN AMBULANCEPERSONEEL

De vragen 8 t/m 36 gaan over uw ervaringen met het ambulancepersoneel

**X.** Vond u dat de overdracht tussen de zorgverlener en het ambulancepersoneel goed ging?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

Deze vraag invoegen over de overdracht tussen een zorgverlener en het ambulancepersoneel, mits van toepassing: routeren vanaf het antwoord 'zorgverlener' bij vraag 3.

**X.** Heeft u nog opmerkingen over de overdracht tussen de zorgverlener en het ambulancepersoneel?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

Idem, zie bovenstaande vraag.

---

## ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

**8.** Hoeveel minuten na de melding bij 112 kwam de ambulance?

- Kortere dan 5 minuten
- 5 – 15 minuten
- 16 – 30 minuten
- Langer dan 30 minuten
- Weet ik niet (meer)

**X.** Hoe snel was de ambulance bij u?

- Heel langzaam
- Langzaam
- Niet langzaam, niet snel
- Snel
- Heel snel
- Weet ik niet (meer)

Vragen naar tijden heeft eigenlijk geen zin, blijkt uit onderzoek; men heeft een andere perceptie dan de werkelijke tijd. Daarom de vraag subjectiever stellen, waarna bekeken wordt of de wachttijd een probleem was.

**9.** Was het wachten op de ambulance een probleem?

- Groot probleem
- Klein probleem
- Geen probleem



**10. Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**11. Luisterde Had het ambulancepersoneel aandachtig naar voor u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

*'Luisteren' werd als te krap ervaren; dit moet meer omgeschreven worden naar totale aandacht voor de patiënt. Dat hoeft niet per se te gaan om het luisteren naar verhalen of vragen.*

**12. Nam het ambulancepersoneel u serieus?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**13. Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**14. Werd u door het ambulancepersoneel gerust gesteld?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**15. Voelde u zich op uw gemak bij het ambulancepersoneel?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

*Er worden al veel vragen van deze strekking gesteld, zoals vraag 17. Daarom voorstel om deze te laten vervallen.*

**16. Was het ambulancepersoneel deskundig?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

*Lastig voor patiënt om hier een oordeel over te geven. Voorgesteld om te verwijderen.*

**17. Had u vertrouwen in de behandeling van het ambulancepersoneel?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**18. Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**19. Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw omgeving (familie/vrienden/omstanders)?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing

**20. Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**21. Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**22. Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?**

- Nee → *ga door naar vraag 24*
- Ja

**23. Gebeurde dit Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen op een veilige manier?**

Nee, omdat:

(a.u.b. in blokletters)

Ja

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

*Lastig voor de patiënt om hier een oordeel over te geven. Daarom meer vragen hoe men het ervaren heeft.*

**24. Kunt u aangeven op een schaal van 0-10 hoeveel pijn u had toen de ambulance arriveerde?**

- 0 geen pijn
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 de ergst denkbare pijn

*Lastig om antwoord op deze vraag i.c.m. vraag 26 te duiden; wat bereik je ermee? Daarbij is deze perceptie enige tijd na de gebeurtenis al behoorlijk vertroebeld. Daarom wordt vraag 25 gehandhaafd en aangepast om dit aspect te bevragen.*

**25. Heeft het ambulancepersoneel u medicatie gegeven om de pijn te verzachten? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Nee, de huisarts had mij al medicatie gegeven.
- Nee, ik vond het niet nodig → **ga door naar vraag 27**
- Nee, het ambulancepersoneel vond het niet nodig → **ga door naar vraag 27**
- Nee, maar ik had het wel gewild → **ga door naar vraag 27**
- Ja
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**X.** Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?

gegeven om de pijn te verzachten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik had geen pijn

Deze vraag moet het behandelen van pijn beslaan.

**26.** Kunt u op een schaal van 0 – 10 aangeven hoeveel pijn u had nadat u medicatie had gekregen?

- 0 geen pijn
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 de ergst denkbare pijn

Zie vraag 24.

**27.** Gaf het ambulancepersoneel uitleg over de behandeling?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**28.** Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**29.** Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**30. Gaf het ambulancepersoneel antwoord op vragen van uw omgeving (familie/vrienden/collega's)?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing

*Deze vraag is overbodig, gezien vraag 19.*

**31. Gaf het ambulancepersoneel u tegenstrijdige informatie?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

*Deze vraag is behoorlijk vaag: tegenstrijdig met wat? Wij zouden ervoor pleiten om deze te verwijderen, aangezien dit eigenlijk ook al wordt gevraagd bij de vragen 27 en 28; was het begrijpelijk?*

## **VERVOER**

**X. Bent u met de ambulance vervoerd?**

- Ja → ga door naar vraag X
- Nee → ga door naar vraag 32

*Omdat de doelgroep verruimd is, moet deze selectievraag erin komen.*

**X. Heeft het ambulancepersoneel verteld wat u moest doen na hun vertrek?**

- Nee, helemaal niet → ga door naar vraag 36
- Een beetje → ga door naar vraag 36
- Grotendeels → ga door naar vraag 36
- Ja, helemaal → ga door naar vraag 36
- Niet van toepassing → ga door naar vraag 36
- Weet ik niet (meer) → ga door naar vraag 36

*Als men niet vervoerd is, moet er wel een bepaalde afsluiting worden gegeven door het ambulancepersoneel; wat kan de patiënt verder doen en waar kan hij/zij terecht?*

**32. Hield het ambulancepersoneel rekening met uw wensen over de keuze van het ziekenhuis?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing

**X. Wat vond u van de snelheid waarmee de ambulancechauffeur reed?**

- Te langzaam
- Langzaam
- Precies goed
- Snel
- Te snel
- Weet ik niet (meer)

**X. Wat vond u van de veiligheid waarmee de ambulancechauffeur reed?**

- Heel onveilig
- Onveilig
- Neutraal
- Veilig
- Heel veilig
- Weet ik niet (meer)

*Er ontbrak nog een vraag naar het rijgedrag van de chauffeur. Dit is wel lastig: als de situatie ernstig is, moet er snel vervoerd worden, maar tegelijkertijd moet er rekening worden gehouden met de gezondheidstoestand van de patiënt.*

**33. Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**34. Zag de ambulance er verzorgd uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**35. Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**X. Heeft u nog opmerkingen over het vervoer met de ambulance?**

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

Ruimte voor opmerkingen

## ALGEMEEN OORDEEL

**36.** Welk cijfer geeft u het ambulancepersoneel? Een 0 betekent heel erg slecht.

Een 10 betekent uitstekend.

- 0 heel erg slecht ambulancepersoneel
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekend ambulancepersoneel
- Weet ik niet/geen mening

*Verplaatsen naar vlak voor de achtergrondvragen; anders overgeslagen voor niet vervoerde patiënten.*

**X.** Heeft u nog opmerkingen over de zorg door het ambulancepersoneel?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

---

## SAMENWERKING TUSSEN AMBULANCE-PERSONEELZORGVERLENING EN HET ZIEKENHUIS

De volgende vragen gaan over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis

**38.** ~~Kon u meebeslissen naar welk ziekenhuis u werd gebracht?~~

- ~~Nee, helemaal niet~~
- ~~Een beetje~~
- ~~Grotendeels~~
- ~~Ja, helemaal~~
- ~~Niet van toepassing (er was maar één ziekenhuis mogelijk)~~

*Vervalt; identiek aan vraag 32.*

**39.** Wist de spoedeisende hulp dat u kwam?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

**40. Heeft het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg gegeven over uw situatie?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**41. Gaf het ambulancepersoneel en de zorgverleners op de spoedeisende hulp u tegenstrijdige informatie?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**42. Sloot de behandeling die u kreeg op de spoedeisende hulp aan op de behandeling van het ambulancepersoneel?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**43. ~~Dacht het ambulancepersoneel en de zorgverleners op de spoedeisende hulp hetzelfde over de ernst van uw klachten?~~**

- ~~Nee, helemaal niet~~
- ~~Een beetje~~
- ~~Grotendeels~~
- ~~Ja, helemaal~~

*Deze vraag werd niet relevant geacht door de vergadering, gezien alle voorgaande vragen*

**44. ~~Welk cijfer geeft u de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.~~**

- ~~0 heel erg slechte samenwerking~~
- ~~1~~
- ~~2~~
- ~~3~~
- ~~4~~
- ~~5~~
- ~~6~~
- ~~7~~
- ~~8~~
- ~~9~~
- ~~10 uitstekende samenwerking~~



**X.** Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis goed met elkaar samenwerkten?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal

*Een rapportcijfer zegt niet veel hierover, daarom een alternatief opgesteld.*

**X.** Heeft u nog opmerkingen over het de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

---

## OVER UZELF

**X.** Hoe erg schatte u de gebeurtenis in, toen u ambulancezorg nodig had?

- Levensbedreigend (elke seconde telt)
- Spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig)
- Dringend (binnen enkele uren hulp nodig)
- Geen tijdsdruk (nodig, maar had geen haast)
- Weet ik niet

**45.** Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid nu noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**46.** Wat is uw leeftijd?

- ~~12 t/m 17 jaar~~
- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 34 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

*Alleen meerderjarigen aangeschreven om deel te nemen.*

**47.** Bent u een man of vrouw?

- Man
- Vrouw

**48. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)**

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

**49. Wat is het geboorteland van uzelf?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

*Men vraagt zich af of deze vraag (en onderstaande) relevant zijn. Herman vraagt na bij het CKZ in hoeverre deze nog verplicht zijn.*

**50. Wat is het geboorteland van uw vader?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

*Zie vraag 49.*

**51. Wat is het geboorteland van uw moeder?**

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

Zie vraag 49.

**52. In welke taal praat u thuis het meeste?**

- Nederlands
- Fries
- Nederlands dialect
- Indonesisch
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Duits
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

Wordt niet relevant geacht.

**53. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?**

- Nee → **ga door naar vraag 55**
- Ja

**54. Hoe heeft die persoon u geholpen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**55. We willen de vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.**





## **CQ-index Spoedeisende ambulancezorg**

**versie 0.5**

Deze vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met Ambulancezorg Nederland.

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

## **INTRODUCTIE**

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de Spoedeisende ambulancezorg. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld. Verder ziet u een nummer op de voorkant van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of de vragenlijst al is teruggestuurd. U krijgt dan géén herinnering meer thuis gestuurd.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje . Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvelop.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met mevr. Christel van Well, telefoonnummer 030 2 729 662 (tussen 9.30 uur en 14.00 uur op alle werkdagen behalve woensdag). U kunt ook een e-mail sturen naar: [c.vanwell@nivel.nl](mailto:c.vanwell@nivel.nl)

## **INVULINSTRUCTIE**

- Het is belangrijk dat de antwoorden betrekking hebben op de persoon die in de begeleidende brief staat. U mag hulp vragen bij het invullen van de vragenlijst.
- Het kan zijn dat de persoon in de begeleidende brief de vragenlijst zelf niet kan invullen. Het is dan mogelijk dat iemand anders de vragenlijst invult namens de patiënt. Degene die de vragenlijst invult, moet wel aanwezig zijn geweest toen de patiënt ambulancezorg kreeg. Waar er in de in de vragenlijst 'u' of 'ik', moet u dan lezen 'de patiënt'.
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje?
- Wanneer u een situatie of een bepaald aspect van de zorg niet (bewust) heeft meegemaakt, dan kunt u de vraag beantwoorden met 'Weet ik niet (meer)' of 'Niet van toepassing'.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:
  - Nee → ga door naar vraag 3
  - Ja
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:
  - Nee
  - () Ja

1. **Heeft u in 2013 spoedeisende ambulancezorg gehad?**
- Ja
  - Nee → **Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp? (postzegel niet nodig)**
2. **Welke situatie is op u van toepassing?**
- Ik ben de patiënt en vul de vragenlijst zelf in → **ga door naar vraag 4**
  - Ik ben niet de patiënt, maar ik vul de vragenlijst namens de patiënt in → **Waar in de vragenlijst staat 'u' of 'ik', moet u lezen 'de patiënt'. Ga door naar vraag 4**
  - Ik ben niet de patiënt, maar ik help de patiënt bij het invullen van de vragenlijst
3. **Hoe helpt u de patiënt bij het invullen? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- Ik lees de vragen voor
  - Ik schrijf de antwoorden op
  - Ik vertaal de vragen in de taal van de patiënt
  - Ik help op een andere manier, namelijk:  
*(a.u.b. in blokletters)*
4. **Hoe erg schatte u de gebeurtenis in, toen u ambulancezorg nodig had?**
- Levensbedreigend (elke seconde telt)
  - Spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig)
  - Dringend (binnen enkele uren hulp nodig)
  - Geen tijdsdruk (nodig, maar had geen haast)
  - Weet ik niet
5. **Wat was de aard van de gebeurtenis? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- Ik had een ongeval met verwondingen
  - Ik was onwel geworden
  - Ik had hartklachten
  - Ik was bewusteloos geraakt
  - Ik was benauwd
  - Ik had pijn
  - Ik weet het niet (meer)
  - Anders, namelijk:  
*(a.u.b. in blokletters)*

## 112 EN DE MELDKAMER AMBULANCEZORG

De vragen 6 t/m 13 gaan over de melding aan de meldkamer (112).

6. **Heeft u (degene die deze vragenlijst invult) het alarmnummer 112 gebeld?**
- Ja → **ga door naar vraag 8**
  - Nee, de huisarts of de dienstdoende arts op de huisartsenpost heeft de ambulance laten komen → **ga door naar vraag 14**
  - Nee, iemand anders heeft 112 gebeld
7. **Kunt u degene die 112 heeft gebeld de vragen over de meldkamer laten beantwoorden?**
- Ja → **Laat hem/haar vragen 8 tot en met 13 beantwoorden**
  - Nee, dat is niet mogelijk → **ga door naar vraag 17**
8. **Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg voldoende aandacht voor u?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
9. **Vertelde de centralist hoeveel minuten het ongeveer zou duren voordat de ambulance er zou zijn?**
- Nee
  - Ja
  - Weet ik niet (meer)
10. **Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?**
- Nee
  - Ja
  - Weet ik niet (meer)
11. **Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal

12. Welk cijfer geeft u de meldkamer? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slecht*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekend*
- Weet ik niet/geen mening

13. Heeft u nog opmerkingen over het contact met de meldkamer, of punten die de meldkamer zou kunnen verbeteren?

- Nee
- Ja, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

→ **Ga door naar vraag 17**

---

### **SAMENWERKING TUSSEN (HUIS)ARTS EN AMBULANCEPERSONEEL**

14. Was de huisarts (of dienstdoende arts) aanwezig toen de ambulance aankwam?

- Nee
- Ja → ***ga door naar vraag 16***
- Weet ik niet (meer) → ***ga door naar vraag 17***

15. Heeft de huisarts (of dienstdoende arts) u informatie voor het ambulancepersoneel meegegeven?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet (meer)

→ **Ga door naar vraag 17**

16. Vond u dat de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

---

### **ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL**

De vragen 17 t/m 38 gaan over uw ervaringen met het ambulancepersoneel.

17. Hoe lang moest u wachten op de ambulance?

- Veel langer dan verwacht
- Langer dan verwacht
- Net zo lang als verwacht
- Korter dan verwacht
- Veel korter dan verwacht
- Weet ik niet (meer)

18. Was het wachten op de ambulance een probleem?

- Groot probleem
- Klein probleem
- Geen probleem
- Weet ik niet (meer)

19. Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

20. Had het ambulancepersoneel voldoende aandacht voor u?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)



**21. Nam het ambulancepersoneel u serieus?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**22. Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**23. Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**24. Had u vertrouwen in de behandeling van het ambulancepersoneel?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**25. Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**26. Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing

**27. Werkte het ambulancepersoneel hygiënisch?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**28. Zag het ambulancepersoneel er verzorgd uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**29. Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?**

- Nee → *ga door naar vraag 31*
- Ja

**30. Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**31. Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik had geen pijn

**32. Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

**33. Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

34. **Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik heb geen vragen gesteld.

35. **Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

36. **Heeft u het idee dat er vergissingen zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?**

- Nee
- Ja, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

37. **Heeft u verder nog opmerkingen over de zorg door het ambulancepersoneel?**

- Nee
- Ja, namelijk:

*(a.u.b. in blokletters)*

38. **Bent u met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd?**

- Nee
- Ja → **ga door naar vraag 44**

## **EERSTE HULP; GEEN VERVOER**

De vragen 39 t/m 43 gaan over wat het ambulancepersoneel heeft gedaan voordat ze weggingen.

39. **Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

40. **Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?**

- Nee → **ga door naar vraag 42**
- Ja, mondeling en schriftelijk
- Ja, schriftelijk
- Ja, mondeling
- Weet ik niet (meer) → **ga door naar vraag 42**

41. **Was de informatie van het ambulancepersoneel begrijpelijk?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

42. **Heeft ambulancepersoneel geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat zij vertrokken?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik had geen zorg meer nodig

43. **Heeft het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, opgelost?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

→ **Ga door naar vraag 55**

## VERVOER

De vragen 44 t/m 49 gaan over het vervoer met de ambulance.

44. Heeft het ambulancepersoneel met u overlegd over de keuze van het ziekenhuis?
- Ja
  - Nee → *ga door naar vraag 46*
  - Niet van toepassing: er was geen keuze → *ga door naar vraag 46*
45. Hield het ambulancepersoneel rekening met uw wensen over de keuze van het ziekenhuis?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
46. Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
47. Was u tevreden over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
48. Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
49. Heeft u nog opmerkingen over het vervoer met de ambulance?
- Nee
  - Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

## SAMENWERKING TUSSEN AMBULANCEPERSONEEL EN HET ZIEKENHUIS

De volgende vragen (50 t/m 54) gaan over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis.

50. Wist de spoedeisende hulp dat u kwam?
- Nee
  - Ja
  - Weet ik niet
51. Heeft het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg gegeven over uw situatie?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
52. Sloot de informatie van het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp op elkaar aan?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
53. Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
54. Heeft u nog opmerkingen over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp?
- Nee
  - Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

## ALGEMEEN OORDEEL

55. Welk cijfer geeft u het ambulancepersoneel? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 heel erg slecht
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 uitstekend
- Weet ik niet/geen mening

---

## OVER UZELF

56. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid nu noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

57. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

58. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 34 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

59. Bent u een man of vrouw?

- Man
- Vrouw

60. Wat is het geboorteland van uzelf?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

61. Wat is het geboorteland van uw vader?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

62. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- Nederland
- Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- Suriname
- Marokko
- Turkije
- Duitsland
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

63. We willen de vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

(a.u.b. in blokletters)



## Belanglijst CQ-index Spoedeisende ambulancezorg

We willen ook graag weten wat u belangrijk vindt bij ambulancezorg. Wilt u bij elke zin het vakje aankruisen dat het beste bij úw mening past? Ook als u geen ervaring heeft met bepaalde dingen, dan willen we toch graag van u weten hoe belangrijk u deze zorg vindt.

Vindt u het belangrijk dat...	<i>niet belangrijk</i>	<i>een beetje belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg belangrijk</i>
-------------------------------	----------------------------	----------------------------------	-------------------	--------------------------------

### **112 EN DE MELDKAMER**

De volgende vragen gaan over wat u belangrijk vindt in het contact met de meldkamer van 112.

... de centralist van de meldkamer ambulancezorg aandacht voor u heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de centralist vertelt hoeveel minuten het ongeveer duurt voordat de ambulance er is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de centralist vertelt wat u moet doen tot de ambulance arriveert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de centralist dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **SAMENWERKING TUSSEN (HUIS)ARTS EN AMBULANCEPERSONEEL**

We willen graag weten wat u belangrijk vindt als de huisarts de ambulance oproept.

... de huisarts (of dienstdoende arts) aanwezig is als de ambulance aankomt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de huisarts (of dienstdoende arts) u informatie voor het ambulancepersoneel meegeeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vindt u het belangrijk dat...	niet belangrijk	een beetje belangrijk	belangrijk	heel erg belangrijk
-------------------------------	--------------------	--------------------------	------------	------------------------

### ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

De volgende vragen gaan over de zorg van het ambulancepersoneel.

... de ambulance snel bij u is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel beleefd is tegen u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel aandacht heeft voor u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel u serieus neemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u door het ambulancepersoneel gerustgesteld wordt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u vertrouwen heeft in de behandeling van het ambulancepersoneel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel kordaat te werk gaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel aandacht heeft voor mensen die aanwezig zijn? (familie/vrienden/omstanders)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel hygiënisch werkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel er verzorgd uitziet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u zich veilig voelt tijdens het optillen en verplaatsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel voldoende doet om u met uw pijn te helpen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel uitleg geeft over wat ze met u doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel u de gelegenheid geeft om vragen te stellen als u iets wil weten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samenwerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EERSTE HULP; GEEN VERVOER

De volgende vragen gaan over de nazorg door het ambulancepersoneel, als u niet mee zou hoeven naar het ziekenhuis.

... het ambulancepersoneel u uitlegt waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel u informatie geeft voordat ze vertrekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Vindt u het belangrijk dat...</i>	<i>niet belangrijk</i>	<i>een beetje belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg belangrijk</i>
... de informatie van het ambulancepersoneel begrijpelijk is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel uw probleem, waarvoor u ambulancezorg nodig had, oplost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel regelt dat er voor u gezorgd wordt nadat zij vertrekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **VERVOER**

We willen ook graag weten wat u belangrijk vindt als u wél vervoerd zou worden met de ambulance.

... het ambulancepersoneel met u overlegt over de keuze van het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel rekening houdt met uw wensen over de keuze van het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... u tevreden bent over de manier van rijden van de ambulancechauffeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk maakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **SAMENWERKING TUSSEN AMBULANCEPERSONEEL EN HET ZIEKENHUIS**

De volgende vragen gaan over wat u belangrijk vindt in de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

... de spoedeisende hulp weet dat u komt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel aan de spoedeisende hulp uitleg geeft over uw situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... de informatie van het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp op elkaar aansluit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST**

***Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde envelop naar  
Antwoordnummer 11020, 1000 PB AMSTERDAM.***

***Een postzegel is niet nodig.***







## **CQ-index Spoedeisende ambulancezorg**

**versie 1.0**  
**December 2013**

Deze vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met Ambulancezorg Nederland.

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

## **INTRODUCTIE**

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de Spoedeisende ambulancezorg. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld. Verder ziet u een nummer op de voorkant van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of de vragenlijst al is teruggestuurd. U krijgt dan géén herinnering meer thuis gestuurd.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje . Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvelop.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met mevr. Christel van Well, telefoonnummer 030 2 729 662 (tussen 9.30 uur en 14.00 uur op alle werkdagen behalve woensdag). U kunt ook een e-mail sturen naar: [c.vanwell@nivel.nl](mailto:c.vanwell@nivel.nl)

## **INVULINSTRUCTIE**

- Het is belangrijk dat de antwoorden betrekking hebben op de persoon die in de begeleidende brief staat. U mag hulp vragen bij het invullen van de vragenlijst.
- Het kan zijn dat de persoon in de begeleidende brief de vragenlijst zelf niet kan invullen. Het is dan mogelijk dat iemand anders de vragenlijst invult namens de patiënt. Degene die de vragenlijst invult, moet wel aanwezig zijn geweest toen de patiënt ambulancezorg kreeg. Waar er in de in de vragenlijst 'u' of 'ik', moet u dan lezen 'de patiënt'.
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje?
- Wanneer u een situatie of een bepaald aspect van de zorg niet (bewust) heeft meegemaakt, dan kunt u de vraag beantwoorden met 'Weet ik niet (meer)' of 'Niet van toepassing'.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:
  - Nee → *ga door naar vraag @ 3*
  - Ja
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:
  - Nee
  - () Ja

1. Heeft u **[periode]** spoedeisende ambulancezorg gehad?
- Ja
  - Nee → **Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordersvelop? (postzegel niet nodig)**
2. Welke situatie is op u van toepassing?
- Ik ben de patiënt en vul de vragenlijst zelf in → **ga door naar vraag 4**
  - Ik ben niet de patiënt, maar ik vul de vragenlijst namens de patiënt in → **Waar in de vragenlijst staat 'u' of 'ik', moet u lezen 'de patiënt'. Ga door naar vraag 4**
  - Ik ben niet de patiënt, maar ik help de patiënt bij het invullen van de vragenlijst
3. **Hoe helpt u de patiënt bij het invullen? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- Ik lees de vragen voor
  - Ik schrijf de antwoorden op
  - Ik vertaal de vragen in de taal van de patiënt
  - Ik help op een andere manier, namelijk:  
  
(a.u.b. in blokletters)
4. **Hoe erg schatte u de gebeurtenis in, toen u ambulancezorg nodig had?**
- Levensbedreigend (elke seconde telt)
  - Spoedeisend (zeker binnen een half uur hulp nodig)
  - Dringend (binnen enkele uren hulp nodig)
  - Geen tijdsdruk (nodig, maar had geen haast)
  - Weet ik niet
5. **Wat was de aard van de gebeurtenis? (a.u.b. één antwoord aankruisen)**
- Ongeval met verwondingen
  - Hartklachten
  - Benauwdheid of ademhalingsproblemen
  - Onwel geworden of bewusteloos geraakt
  - Ik weet het niet (meer)
  - Anders, namelijk:  
  
(a.u.b. in blokletters)

## 112 EN DE MELDKAMER AMBULANCEZORG

De vragen 6 t/m 12 gaan over de melding aan de meldkamer (112).

6. Heeft u (degene die deze vragenlijst invult) het alarmnummer 112 gebeld?
- Ja → **ga door naar vraag 8**
  - Nee, de huisarts of de dienstdoende arts op de huisartsenpost heeft de ambulance laten komen → **ga door naar vraag 13**
  - Nee, iemand anders heeft 112 gebeld
7. Kunt u degene die 112 heeft gebeld de vragen over de meldkamer laten beantwoorden?
- Ja → **Laat hem/haar vragen 8 tot en met 12 beantwoorden**
  - Nee, dat is niet mogelijk → **ga door naar vraag 13**
8. Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg voldoende aandacht voor u?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
9. Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?
- Nee
  - Ja
  - Weet ik niet (meer)
10. Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)

11. Welk cijfer geeft u de meldkamer? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slecht*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekend*
- Weet ik niet/geen mening

12. Heeft u nog opmerkingen over het contact met de meldkamer, of punten die de meldkamer zou kunnen verbeteren?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

---

### **SAMENWERKING TUSSEN (HUIS)ARTS EN AMBULANCEPERSONEEL**

13. Was de huisarts (of dienstdoende arts) aanwezig toen de ambulance aankwam?

- Nee
- Ja → *ga door naar vraag 15*
- Weet ik niet (meer) → *ga door naar vraag 15*

14. Vond u dat de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

### **ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL**

De vragen 15 t/m 32 gaan over uw ervaringen met het ambulancepersoneel.

15. Hoe lang moest u wachten op de ambulance?

- Veel langer dan verwacht
- Langer dan verwacht
- Net zo lang als verwacht
- Korter dan verwacht
- Veel korter dan verwacht
- Weet ik niet (meer)

16. Was het wachten op de ambulance een probleem?

- Groot probleem
- Klein probleem
- Geen probleem
- Weet ik niet (meer)

17. Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

18. Nam het ambulancepersoneel u serieus?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

19. Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

20. Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

21. **Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
22. **Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
23. **Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
  - Niet van toepassing
24. **Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?**
- Nee → *ga door naar vraag 25*
  - Ja
25. **Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
26. **Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
  - Niet van toepassing: ik had geen pijn
27. **Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
28. **Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
29. **Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
  - Niet van toepassing: ik heb geen vragen gesteld.
30. **Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?**
- Nee, helemaal niet
  - Een beetje
  - Grotendeels
  - Ja, helemaal
  - Weet ik niet (meer)
31. **Heeft u het idee dat er vergissingen of fouten zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?**
- Nee
  - Ja, namelijk:
- (a.u.b. in blokletters)*

32. Heeft u verder nog opmerkingen over de zorg door het ambulancepersoneel?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

33. Bent u met de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd?

- Nee
- Ja → **ga door naar vraag 36**

---

### **EERSTE HULP; GEEN VERVOER**

De vragen 34 en 35 gaan over wat het ambulancepersoneel heeft gedaan voordat ze weggingen.

34. Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

35. Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?

- Nee
- Ja, mondeling en schriftelijk
- Ja, schriftelijk
- Ja, mondeling
- Weet ik niet (meer)

→ **Ga door naar vraag 40**

---

### **VERVOER**

De vragen 36 t/m 39 gaan over het vervoer met de ambulance.

36. Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd naar welk ziekenhuis u vervoerd werd?

- Ja
- Nee
- Weet ik niet (meer)

37. PASTE de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

38. Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

39. Heeft u nog opmerkingen over het vervoer met de ambulance?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

---

### **SAMENWERKING TUSSEN AMBULANCE-PERSONEEL EN HET ZIEKENHUIS**

De volgende vragen (40 t/m 42) gaan over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis.

40. Heeft het ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

41. Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)

42. Heeft u nog opmerkingen over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

---

### ALGEMEEN OORDEEL

43. Welk cijfer geeft u het ambulancepersoneel? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- 0 *heel erg slecht*
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 *uitstekend*
- Weet ik niet/geen mening

---

### OVER UZELF

De vragen 44 t/m 48 gaan over uzelf.  
(Als u deze vragenlijst invult namens de patiënt, vult u hier dan a.u.b. uw eigen gegevens in.)

44. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid nu noemen?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

45. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

46. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 34 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 jaar of ouder

47. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

48. We willen de vragenlijst blijven verbeteren. We horen dan ook graag wat u van de vragenlijst vindt. Mist u iets in deze vragenlijst? Of heeft u nog opmerkingen of tips? Dan kunt u dat hieronder opschrijven.

(a.u.b. in blokletters)