

Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van cliënten

Ervaringen van cliënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg





Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van cliënten

**Ervaringen van cliënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen
planbare en spoedeisende ambulancezorg**

David van de Ven
Nanne Bos
Dolf de Boer

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

ISBN 978-94-6122-000-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Aanleiding en relevantie	8
1.3 Doel- en vraagstellingen	8
1.4 Onderzoeksopzet	9
1.5 Leeswijzer	10
2 Conclusies en aanbevelingen	11
2.1 Dataverzameling en respons	11
2.2 Clientervaringen met de ambulancezorg	11
2.3 Vergelijkingen cliëntervaringen met de ambulancezorg	12
2.4 Aanbevelingen landelijke meting	13
2.5 Het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg	14
2.6 Aanbevelingen continu meten	14
3 Clientervaringen met de ambulancezorg	15
3.1 Steekproef en dataverzameling	15
3.2 Respons en respondenten	15
3.3 Schaalscores en onderliggende items CQI planbare ambulancezorg	19
3.4 Schaalscores en onderliggende items CQI spoedeisende ambulancezorg	22
3.5 Verbeterpotentieel	24
3.6 Opmerkingen over gewenste verandering	25
4 Vergelijking van cliëntervaringen met de ambulancezorg	27
4.1 Vergelijking RAV's	27
4.2 Vergelijking typen ambulancezorg	28
4.3 Betrouwbaarheid en steekproefgrootte	30
4.4 Begeleidingscommissie	30
5 Het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg	31
5.1 Aanleiding	31
5.2 Opzet en uitvoering	31
5.3 Resultaten	32
5.4 Conclusie	35
Referenties	36

Bijlagen:

Bijlage A	Ambulanceorganisaties per RAV-regio	37
Bijlage B	CQI methodiek	38
Bijlage C	Begeleidingscommissie CQ-indexen ambulancezorg	49
Bijlage D	Aanpassingen vragenlijsten spoedeisende en planbare ambulancezorg	50
Bijlage E	Dataverzameling landelijke meting	51
Bijlage F	Overzicht ervaringsvragen CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg	53

Samenvatting

Cliënten zeer tevreden over de ambulancezorg

Uit het landelijke onderzoek onder cliënten aan wie ambulancezorg is verleend, blijkt dat de ervaringen met deze zorg, gemeten met twee vragenlijsten voor cliëntervaringen (CQ-indexen), zeer positief zijn. De ambulancezorg wordt gemiddeld met een negen gewaardeerd. De ervaringen op de kwaliteitsthema's meldkamer, vervoer, bejegening, handelen, communicatie en SEH scoren allen gemiddeld hoger dan 3,7 op een vierpuntschaal. Er is dan ook weinig ruimte voor verbetering.

Ervaringen met de planbare en spoedeisende ambulancezorg vergelijkbaar

De ervaringen van cliënten die gebruik hebben gemaakt van *planbare* ambulancezorg zijn vergeleken met de ervaringen van cliënten aan wie *spoedeisende* ambulancezorg is verleend. De ervaringen van cliënten met zowel spoedeisende- als planbare ambulancezorg, zijn grotendeels vergelijkbaar. Enkel op de kwaliteitsthema's communicatie en handelen zijn kleine verschillen waar te nemen. Cliënten die gebruik hebben gemaakt van planbare ambulancezorg, zijn iets positiever over het handelen van ambulancehulpverleners. Cliënten aan wie spoedeisende ambulancezorg is verleend, zijn iets positiever over de communicatie.

Ervaringen met meldkamer ambulancezorg verbeterd in de afgelopen drie jaar

Het kwaliteitsthema 'meldkamer' is, in relatie tot spoedeisende ambulancezorg, de afgelopen drie jaar positiever beoordeeld door cliënten. Meldkamercentralisten ambulancezorg vertellen 112-bellers vaker wat zij moeten doen tot de ambulance arriveert en doen dit vaker op een begrijpelijke manier. De centralist krijgt het rapportcijfer 8,6. Dit was in een eerder onderzoek een 8,4. Ondanks deze verbetering kan er nog vaker uitleg gegeven worden tot de ambulance arriveert.

Wat kan nog beter?

Uit het onderzoek komen slechts kleine verbeterpunten naar voren. Zo kunnen cliënten bijvoorbeeld nog beter geïnformeerd worden over een eventuele wachttijd, in geval voor hen een ambulancerit is ingepland. Daarnaast kan de afronding van de zorg bij de cliënt thuis wellicht nog beter. Ambulancehulpverleners beslissen in spoedeisende situaties dikwijls zelf naar welk ziekenhuis zij de cliënt brengen. Hierover zouden zij de cliënt beter kunnen informeren c.q. betrekken.

Door cliënten te vragen naar gewenste veranderingen, is een nuancering van het algemene positieve beeld van de sector mogelijk. Meer dan 550 cliënten dragen een veranderpunt aan. Het vaakst worden het gebrek aan comfort in de ambulance, de wachttijd, zorgzaamheid, vriendelijkheid, overdracht van ambulance naar zorginstelling, communicatie en kosten genoemd. Bij het (lokaal) meten van cliëntervaringen als onderdeel van het kwaliteitsbeleid, kan de nadruk op deze antwoorden van de open vragen in de vragenlijst komen te liggen. Binnen het landelijke kwaliteitsbeleid kunnen CQI uitkomsten gecombineerd worden met andere indicatoren, waardoor informatie complementair is aan elkaar.

CQ-indexen toepasbaar voor monitoring en verantwoording van kwaliteit ambulancezorg

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een groot aantal cliënten (2.214 cliënten

planbare ambulancezorg en 4.383 cliënten spoedeisende ambulancezorg) afkomstig van alle Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Aangezien met deze hoge aantallen geen verschillen worden gevonden tussen RAV's - oftewel het onderscheidend vermogen van de beide CQ-indexen is zeer beperkt - is het aan te bevelen om beide meetinstrumenten niet met het doel van benchmarking in te zetten, maar vooral te kijken naar ontwikkelingen op landelijk niveau. Voor een betrouwbare meting op landelijk niveau, waaruit aanknopingspunten ter verbetering van de zorg zijn af te leiden, volstaat een lager aantal cliënten. Ook bij een landelijke meting om de kwaliteit van de ambulancezorg te monitoren of om de resultaten te gebruiken als verantwoordingsinformatie volstaat een lager aantal cliënten.

Cliëntervaringen continu meten op uitnodiging van ambulancepersoneel past niet goed

De CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg zijn valide instrumenten om de ervaringen van cliënten met de ambulancezorg te meten. In een pilotonderzoek bij twee ambulanceorganisaties is gekeken of de CQ-indexen ook te gebruiken zijn voor het continu meten (in plaats van steekproefsgewijs) van cliëntervaringen. Een persoonlijke uitnodiging van het ambulancepersoneel kan de respons op de vragenlijsten mogelijk verhogen. Voor de ambulancesector blijkt deze werkwijze ongeschikt. Het ambulancepersoneel voelt zich ongemakkelijk met de situatie en is tijdens de zorgverlening meer gefocust op andere zaken dan op het meegeven van een uitnodiging. Daarnaast worden cliënten bij het continu meten slechts eenmalig uitgenodigd en ontvangen zij geen herinneringen voor deelname. Ook konden cliënten alleen online reageren op de vragenlijst. Waarschijnlijk hebben deze factoren geleid tot de lage respons in de continue meting.

1 Inleiding

Dit rapport presenteert de resultaten van een onderzoek naar de kwaliteit van ambulancezorg vanuit het cliëntenperspectief. Om de ervaringen van cliënten met de ambulancezorg te meten zijn twee CQI-vragenlijsten (Consumer Quality Index), de CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg, afgenomen bij cliënten in alle Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) in Nederland. De resultaten bieden aanknopingspunten voor kwaliteitsverbetering, maar kunnen ook worden gebruikt als verantwoordingsinformatie. Binnen het onderzoek is een kleinschalig pilot onderzoek onder twee RAV's uitgevoerd, waarin de haalbaarheid van het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg is onderzocht.

1.1 Achtergrond

De Nederlandse ambulancezorg

Sinds het inwerking treden van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) in 2013 zijn 23 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) verantwoordelijk voor het in stand houden van de meldkamer ambulancezorg en het verlenen van ambulancezorg van hoge kwaliteit in de eigen regio (AZN, 2013). Binnen een regio is het mogelijk dat meerdere organisaties samenwerken (zie Bijlage A). Ambulancezorg Nederland (AZN) is de overkoepelende sectororganisatie en behartigt de belangen van de RAV's.

Soorten ambulance inzetten

Een onderscheid kan worden gemaakt tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg. *Spoedeisende* inzetten vinden plaats bij een A1 - of A2-urgentie en maken ongeveer 70% uit van de ruim 1 miljoen inzetten in een jaar (AZN, 2015). Terwijl de ambulance bij een A1-inzet (levensbedreigende situaties) binnen 15 minuten ter plaatse dient te zijn, is dit bij A2-inzetten (situaties die niet direct levensbedreigend zijn, maar waarbij wel sprake is van gezondheidsschade) 30 minuten. Binnen de spoedeisende ambulancezorg worden tevens de inzetten onderscheiden waarbij alleen eerste hulp ter plaatse is verleend. Deze zogeheten EHGv-inzetten (Eerste Hulp Geen Vervoer) vormen 30% van het totale aantal jaarlijkse inzetten met een A1 of A2-urgentie. Bij de *planbare* ambulancezorg gaat het over besteld vervoer, waarbij afspraken zijn gemaakt over het tijdstip van halen of brengen van cliënten. Bij dergelijke ritten is sprake van een B-urgentie. Deze ambulances vervoeren cliënten tussen zorginstellingen of tussen het woonadres van de cliënt en een zorginstelling en vice versa.

Het kwaliteitsbeleid binnen de sector

Conform het kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg, neemt ook binnen de ambulancesector de ontwikkeling van inhoudelijke kwaliteitsnormen, waaronder de ervaringen van cliënten in belang toe. Het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van de verleende ambulancezorg gaat onderdeel uitmaken van de nieuwe wetgeving die in 2020 wordt verwacht en die de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ) gaat vervangen. Waar de kwaliteit van ambulancezorg volgens wetgeving tot op heden alleen wordt beoordeeld aan de hand van planning- en logistieke normen

(bv. de aanrijtijd), zal de nieuwe wetgeving (meer) gericht zijn op inhoudelijke kwaliteitsaspecten bij het evalueren van de geboden zorg (AZN, 2013).

1.2 Aanleiding en relevantie

Inzicht in kwaliteit en verbeterpunten

Cliëntervaringen kunnen van toegevoegde waarde zijn bij het evalueren van de kwaliteit van de ambulancezorg, aangezien cliëntervaringen gedetailleerde informatie bevatten over verbeterpunten in de zorg (Sixma, Kerssens, Campen & Peters, 1998). Daarnaast past het meten van de ervaren kwaliteit van zorg binnen de doelstelling van de sector om op eenduidige, transparante en onafhankelijke wijze kwaliteitsinformatie te genereren. Bovendien verhoogt het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten de vergelijkbaarheid van dergelijke metingen. Het kunnen vergelijken van cliëntervaringen tussen RAV's faciliteert 'benchmarking' binnen de sector. Ook is het mogelijk om de kwaliteit van ambulancezorg in de loop van de tijd te monitoren.

Aansluiting op eerder onderzoek

In 2013 is de CQI spoedeisende ambulancezorg ontwikkeld en uitgezet bij 16 RAV's onder cliënten aan wie ambulancezorg is verleend met een A1- of A2-urgentie (Sixma et al., 2010; Krol, Sixma & Plass, 2013). Om te onderzoeken of de ervaringen van cliënten onafhankelijk zijn van het type ambulancezorg, is in 2014 gestart met de ontwikkeling van de CQI planbare ambulancezorg voor cliënten die aan wie ambulancezorg is verleend met een B-urgentie (Rozeboom, Krol, Bos & Plass, 2015). De eerste drie fasen in de ontwikkeling van de CQI zijn hierbij doorlopen, te weten de voorbereidende fase, de constructie van de CQI en het psychometrisch onderzoek (zie bijlage B voor nadere toelichting op de CQI methodiek). De volgende kwaliteitsthema's zijn vastgesteld voor de planbare ambulancezorg 'vervoer', 'bejegening', 'handelen' en 'communicatie' van het ambulancepersoneel. Deze kwaliteitsthema's komen overeen met de kwaliteitsthema's van de CQI spoedeisende ambulancezorg. Dit biedt de mogelijkheid om de ervaringen van cliënten met beide type ambulancezorg te vergelijken.

Het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg

Vanwege de relatief lage netto respons (25%) in het onderzoek naar planbare ambulancezorg in 2015, is besloten om binnen het huidige onderzoek kleinschalig ervaring op te doen met het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg. Onder het continu meten van ervaringen wordt verstaan dat iedere cliënt, bij het afsluiten van het contact, door het ambulancepersoneel wordt uitgenodigd om zijn of haar ervaringen met de zorg kenbaar te maken. Door de persoonlijke directe uitnodiging van de zorgverlener wordt verwacht dat meer cliënten de vragenlijst invullen. Als er sprake is van een hogere respons ten opzichte van het achteraf benaderen van cliënten door middel van steekproeven en de ervaring van het ambulancepersoneel met het uitnodigen van cliënten positief is, biedt dit perspectief voor toekomstige metingen van ervaringen van cliënten met de verleende zorg.

1.3 Doel- en vraagstellingen

Het primaire doel van dit onderzoek is het verkrijgen van een landelijk beeld van de ervaringen van

cliënten met de ambulancezorg. Het onderzoek biedt inzicht in de geboden kwaliteit van zorg van de RAV's vanuit het perspectief van cliënten en biedt aanknopingspunten voor verbetering. Het onderzoek beantwoordt de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de ervaringen van cliënten met de ambulancezorg?
 - a. In hoeverre zijn er verschillen in de cliëntervaringen tussen de spoedeisende en planbare ambulancezorg?
 - b. In hoeverre verschillen de ervaringen van cliënten aan wie spoedeisende ambulancezorg is verleend in de huidige meting van de ervaringen gemeten in 2013?
2. In hoeverre is het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg haalbaar?

Daarnaast is een onderdeel van het onderzoek om de psychometrische eigenschappen en het onderscheidend vermogen van de CQI planbare ambulancezorg vast te stellen. De uitwerking van dit deel van het onderzoek is terug te vinden in bijlage B van dit rapport.

1.4 Onderzoeksopzet

Begeleidingscommissie

Tijdens de looptijd van het onderzoek (april 2016 tot en met maart 2017) is een begeleidingscommissie ingesteld, waarin patiëntenorganisaties, verschillende professionals en Zorgverzekeraars Nederland zijn vertegenwoordigd (zie bijlage C). Bij aanvang en bij afronding van het onderzoek is een bijeenkomst georganiseerd. In de eerste bijeenkomst zijn de doel- en vraagstellingen en de onderzoeksopzet (met name de opzet van de continue meting), besproken, waardoor de uitvoering van het onderzoek goed aansluit bij de wensen en behoeften van de verschillende partijen. Vervolgens is voorafgaand aan de dataverzameling, via een feedback ronde per e-mail de inhoud van CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg geactualiseerd (zie bijlage D).

Tijdens de tweede en afsluitende bijeenkomst zijn de resultaten van het onderzoek gepresenteerd en zijn de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg voorgelegd en vastgesteld door de leden van de commissie. Beide vragenlijsten zullen na publicatie van dit rapport worden aangeboden aan het register van het Zorginstituut Nederland. Het Register van Zorginstituut Nederland bevat alle goedgekeurde [kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten](#). Het is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland.

Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden bij alle 23 RAV's in Nederland. Dit is gebeurd aan de hand van steekproeven van ongeveer 1200 cliënten per RAV, die in augustus en september 2016 ambulancezorg hebben ontvangen (zie bijlage E). In totaal hebben 22.649 cliënten een uitnodiging per post ontvangen om de CQI planbare ambulancezorg of de CQI spoedeisende ambulancezorg in te vullen.

Om de haalbaarheid van het continu meten van cliëntervaringen te testen, is de continue meting kleinschalig uitgevoerd bij 2 organisaties, te weten Kijlstra Ambulancegroep Fryslân en de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU). Het ambulancepersoneel heeft in de maand september de cliënten brieven meegegeven met uitnodigingen om afhankelijk van het type ambulancezorg een van beide CQI vragenlijsten in te vullen.

Analyses

Ten behoeve van het in kaart brengen van de ervaringen van cliënten met de ambulancezorg, zijn de ervaringscores berekend aan de hand van kwaliteitsthema's, waarbij een vergelijking is gemaakt tussen de spoedeisende en planbare ambulancezorg en tussen huidige ervaringen met spoedeisende ambulancezorg en de ervaringen gemeten in 2013.

Om de haalbaarheid van het continu meten van cliëntervaringen te testen zijn gesprekken gehouden met teamleiders en het ambulancepersoneel van verschillende locaties van beide organisaties. Vragen omtrent de informatievoorziening, ervaringen met het meegeven van uitnodigingen en het evalueren van de continue meting als methode zijn hierbij leidend geweest.

1.5 Leeswijzer

Na dit hoofdstuk worden de kernbevindingen en aanbevelingen gepresenteerd (hoofdstuk 2). Vervolgens wordt in de daaropvolgende themahoofdstukken ingegaan op de respons en de ervaringen van cliënten aan de hand van kwaliteitsthema's (hoofdstuk 3 en 4) en de haalbaarheid van het continu meten van cliëntervaringen (hoofdstuk 5). Verdere informatie over de methoden en resultaten zijn terug te vinden in de bijlagen van dit rapport.

2 Conclusies en aanbevelingen

De CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg zijn twee betrouwbare meetinstrumenten om ervaringen van cliënten die ambulancezorg hebben ontvangen te meten. De ervaringen van cliënten zijn zeer positief en verschillen tussen RAV's zijn er nauwelijks. De twee CQI-indexen zijn met name geschikt om op landelijk niveau de kwaliteit van de ambulancezorg te monitoren. Daarnaast kunnen beide vragenlijsten gebruikt worden om regionaal koester- en verbeterpunten te identificeren voor kwaliteitsverbetering.

2.1 Dataverzameling en respons

Aan dit onderzoek hebben 2.214 respondenten, die planbare ambulancezorg (B-urgentie) hebben ontvangen deelgenomen en 4.383 respondenten, die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen (A-urgentie). De responspercentages bedroegen 28% voor de CQI planbare ambulancezorg en 36% voor de CQI spoedeisende ambulancezorg. Dit komt overeen met eerder CQI onderzoek in de ambulancesector. De variatie in respons tussen RAV's is groot, namelijk 21,4-35,1% voor de CQI planbare ambulancezorg en 26,7-42,5% voor de CQI spoedeisende ambulancezorg.

Naar verwachting zijn respondenten aan wie planbare ambulancezorg is verleend, gemiddeld ouder, enigszins lager opgeleid en iets minder positief over de eigen gezondheid dan cliënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. Het merendeel van de respondenten is 65 jaar of ouder en daarmee iets ouder dan de cliënten die niet hebben deelgenomen aan het onderzoek, maar dit verschil is gering. Ook het geslacht van de respondenten en non-respondenten op de CQI planbare ambulancezorg is enigszins verschillend. Mannen hebben iets vaker gereageerd dan vrouwen. De CQI spoedeisende ambulancezorg is vaker ingevuld door cliënten die vervoerd zijn in vergelijking met de cliënten die ter plaatse hulp hebben ontvangen. Hoewel enkele verschillen tussen steekproef en respons statistisch significant zijn, is de omvang van de verschillen niettemin zeer gering. Daarom worden de resultaten beschouwd als een goede afspiegeling van de ervaringen van cliënten die ambulancezorg hebben ontvangen.

2.2 Clientervaringen met de ambulancezorg

De uitkomsten van de CQI planbare ambulancezorg worden gerapporteerd aan de hand van vier betrouwbare kwaliteitsthema's: vervoer, bejegening, handeling en communicatie. De uitkomsten van de CQI spoedeisende ambulancezorg worden gerapporteerd op zes betrouwbare kwaliteitsthema's: meldkamer, SEH en de vier kwaliteitsthema's overeenkomstig de CQI planbare ambulancezorg.

Ervaringen met de planbare ambulancezorg

De ervaringen van cliënten met de ambulancezorg zijn overwegend positief. De schaalscores van de CQI planbare ambulancezorg variëren tussen de 3,72 voor communicatie en 3,92 voor bejegening op een 4-puntsschaal. Het algemene waarderingscijfer is een 9,0 gerapporteerd op een 10-

puntsschaal. Er valt dan ook nog maar weinig te verbeteren als alleen gelet wordt op deze cijfers. Door ook te kijken naar het verbeterpotentieel per kwaliteitsaspect wordt duidelijk dat op het punt van informeren over het tijdstip waarop de ambulance zal arriveren ruimte is voor verbetering. Deze bevinding strookt ook met het gegeven dat geplande ritten regelmatig worden uitgesteld als de beoogde ambulance nodig is voor een spoedeisende rit. Een ander verbeterpunt betreft de afronding van de zorg. Er is verbetering mogelijk door het ambulancepersoneel vaker te laten vragen of iemand thuis aanwezig is om de cliënt op te vangen.

Ervaringen met de spoedeisende ambulancezorg

De schaalscores van de CQI spoedeisende ambulancezorg variëren van 3,68 voor de meldkamer tot 3,93 voor bejegening op een 4-puntsschaal. De meldkamer ambulancezorg wordt gewaardeerd met een gemiddeld cijfer van 8,6 en het ambulancepersoneel met een 9,0 op een 10-puntsschaal. Niettemin is ook hier in algemene zin nog enige ruimte voor verbetering als wordt gekeken naar de kwaliteitsaspecten, bijvoorbeeld door cliënten meer uitleg over de keuze voor het ziekenhuis te geven.

Het stellen van een open vraag over gewenste veranderingen leverde voor beide CQ-indexen aanvullende informatie op. Cliënten noemden onder andere het gebrek aan comfort in de ambulance of de lange wachttijd op de ambulance als gewenste verandering.

2.3 Vergelijkingen cliëntervaringen met de ambulancezorg

Zeer beperkte verschillen in cliëntervaringen tussen RAV's

Dat de ervaringen van bijna alle cliënten opvallen positief zijn, is ook één van de redenen dat er nauwelijks verschillen zijn gevonden tussen RAV's op de kwaliteitsthema's. Op het kwaliteitsthema meldkamer van de CQI spoedeisende ambulancezorg scoort 1 RAV iets lager dan de overige 22 RAV's. Een andere RAV scoort iets lager op het waarderingscijfer voor de meldkamer in vergelijking met de overige 22 RAV's. Ook op het kwaliteitsaspect 'hoe lang moest u wachten op de ambulance?' zijn kleine verschillen tussen RAV's. Drie RAV's scoren een fractie lager dan gemiddeld, 1 RAV scoort een fractie hoger dan gemiddeld. Daarnaast zijn op twee kwaliteitsaspecten van de CQI planbare ambulancezorg kleine verschillen tussen RAV's aangetroffen. Het eerste kwaliteitsaspect is 'wist de cliënt hoe laat hij/zij opgehaald zou worden door de ambulance'; 5 RAV's scoren iets lager en 3 RAV's scoren iets hoger. Het tweede kwaliteitsaspect is 'werd de cliënt door de ambulance binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald', waarop 1 RAV iets lager scoort dan de overige 21 RAV's.

Ervaringen van cliënten nauwelijks afhankelijk van type ambulancezorg of vervoer

De ervaringen van cliënten blijken nauwelijks gerelateerd te zijn aan het type ambulancezorg. De ervaringen van cliënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen zijn vergelijkbaar met de ervaringen van cliënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. Dat geldt ook voor de ervaringen van cliënten vervoerd met een zorgambulance of reguliere ambulance in geval van B-urgentie. Enige uitzondering zijn de cliënten die ter plaatse behandeld zijn en niet vervoerd werden. Zij zijn iets minder positief over de bejegening en het handelen van het ambulancepersoneel, al is het verschil heel gering.

Gezien de goede ervaringen en de zeer beperkte verschillen, lijkt er sprake te zijn van een plafondeffect. Oftewel afgezien van bovengenoemde kleine verschillen zal de sector in zijn geheel niet meer veel kunnen verbeteren gezien vanuit het cliëntenperspectief. Het meten van de ervaringen van cliënten wordt toch als een waardevolle informatiebron beschouwd. De resultaten geven een landelijk beeld van de kwaliteit van ambulancezorg en kunnen gebruikt worden als verantwoordingsinformatie en om te monitoren. Aanvullend op het algemene landelijke beeld bieden de CQ-indexen ook waardevolle kwalitatieve informatie over eventuele gewenste (regionale) veranderingen in de sector.

Omvang steekproef

Uit de analyses blijkt dat, m.u.v. het kwaliteitsthema 'meldkamer', meer dan 1000 cliënten per RAV een vragenlijst moeten invullen voordat kleine verschillen op de kwaliteitsthema's tussen RAV's zichtbaar worden. Voor de praktijk zijn dergelijke kleine verschillen naar verwachting niet relevant. Bovendien lopen de kosten voor een meting, waarbij meer dan 1000 cliënten per type ambulancezorg uitgenodigd moeten worden, ook behoorlijk op. Het aantonen van verschillen tussen RAV's op basis van ervaringen van cliënten is daarom geen op zichzelf staand doel voor toekomstige metingen. In plaats daarvan ligt het meer voor de hand om de vragenlijst in de toekomst te gebruiken om het algemene niveau van ervaren kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland te monitoren, om te kijken naar trends in de tijd, en om te focussen op het identificeren van koester- en verbeterpunten door hier open vragen over te stellen.

2.4 Aanbevelingen landelijke meting

De toegepaste onderzoeksmethode, waarbij door het trekken van aselectieve steekproeven cliënten zijn geselecteerd en schriftelijk zijn benaderd voor deelname, sluit goed aan bij de onderzoekspopulatie. Toekomstig onderzoek kan op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd. De responsvariatie tussen regio's suggereert dat in bepaalde regio's winst valt te behalen, al is tegelijkertijd onduidelijk wat de oorzaak is van de variatie in respons. Daarnaast valt het aan te bevelen om kritisch te blijven kijken naar het aantal cliënten dat benaderd moet worden om een betrouwbare meting per RAV te realiseren zonder het doel om verschillen tussen RAV's aan te tonen.

Als het doel van kwantitatieve vergelijkingen tussen RAV's wordt losgelaten kan een kleiner aantal cliënten worden benaderd. Om een landelijk beeld te krijgen gebaseerd op bijvoorbeeld 1000 respondenten zullen 4000 cliënten uitgenodigd moeten worden, wat neerkomt op 175 cliënten per RAV in plaats van de 600 cliënten die voor dit onderzoek zijn benaderd.

Naast het kwantificeren van ervaringen van cliënten is het belangrijk om open vragen in de CQ-indexen voor de ambulancezorg te handhaven. In dit onderzoek kwam door het vragen naar gewenste aanpassingen naar voren dat het comfort en de wachttijden op de ambulance niet optimaal zijn. Daarnaast waren ondanks de hoge scores cliënten met enige regelmatig ontevreden over de communicatie, zorgzaamheid en vriendelijkheid. Ook werden opmerkingen geplaatst over de kosten van de ambulancezorg. Dit punt is in eerder CQI onderzoek in de sector niet nadrukkelijk naar voren gekomen, wat illustreert dat antwoorden op open vragen soms verrassende en waardevolle inzichten kunnen opleveren.

De inzet van CQ-indexen in de ambulancesector sluit goed aan bij de het kwaliteitsbeleid in de sector met onder meer de doelstelling om inzicht in de kwaliteit van de verleende ambulancezorg

te krijgen. Clientervaringen zijn van toegevoegde waarde op andere normen en indicatoren, zoals de aanrijtijd, welke zich beter lijken te lenen voor benchmarking. Daarom is het van belang om de doelstelling van een meting en de toepassing van de resultaten voorafgaand zorgvuldig te overwegen.

2.5 Het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg

De responspercentages, variërend van 5% tot 12% in de pilot van de continue meting liggen aanzienlijk lager dan de responspercentages in het landelijk onderzoek (28% voor de CQI planbare ambulancezorg en 36% voor de CQI spoedeisende ambulancezorg). Responspercentages zijn gebaseerd op het daadwerkelijke aantal uitnodigingen die zijn verstrekt en niet op het voorgenomen aantal van 600 per type ambulancezorg per RAV. De aanname dat een persoonlijke uitnodiging van zorgverleners responsverhogend werkt ten opzichte van het achteraf benaderen van cliënten aan de hand van steekproeven, wordt dus niet ondersteund. Daarnaast is uit interviews met de organisaties gebleken dat ambulancepersoneel het vaak lastig vindt om cliënten uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek omdat ze het gevoel hebben dat dit ongepast is. Dit geldt voor zowel acute situaties, waarin cliënten in levensgevaar waren (bv. een hersenbloeding) als niet acute situaties (bv. vervoer van terminale cliënten van een zorginstelling naar huis). De beoordeling van de situatie blijkt sterk afhankelijk van de opvattingen van medewerkers.

Een laatste punt bij continu meten is dat het erg moeilijk blijkt om het belang van metingen vanuit cliëntenperspectief goed over te brengen aan de ambulancemedewerkers die de cliënten moeten uitnodigen voor het onderzoek. Hier was veel aandacht aan besteed bij de pilot voor het continu meten, door uitgebreide informatievoorziening voorafgaand aan het onderzoek. Toch bleek dat onvoldoende was overgekomen dat de CQI vragenlijsten tot stand zijn gekomen met inbreng van cliënten, wat antwoorden op vragen zeggen over de geleverde zorg en wat de betekenis van de resultaten kan zijn voor de praktijk. Hierdoor was de binding van de medewerkers met de CQI methode laag.

2.6 Aanbevelingen continu meten

Al met al lijkt er weinig perspectief voor continu meten zoals opgezet in dit onderzoek. Uiteraard zijn er ook andere vormen van continu meten te verzinnen, zoals bijvoorbeeld in batches iedere dag, week of maand, uitnodigingen voor deelname aan het vragenlijstonderzoek sturen aan de cliënten die in die periode in de registraties van organisaties zijn verschenen. De cliënt zal het verschil tussen zo'n opzet en een steekproefmeting echter niet bemerken, waarmee ook niet verwacht mag worden dat het leidt tot een hogere respons zoals bij een steekproefmeting.

3 Clientervaringen met de ambulancezorg

Het landelijke onderzoek heeft 2.214 respondenten voor de CQI planbare ambulancezorg opgeleverd en 4.383 voor de CQI spoedeisende ambulancezorg. Dit betreft responspercentages van respectievelijk 28% en 36%. De ervaringen van cliënten met de ambulancezorg zijn overwegend positief. Ondanks de overwegend positieve ervaringen lijkt er toch enige verbetering van ambulancezorg mogelijk. Cliënten aan wie planbare ambulancezorg verleend gaan worden kunnen beter geïnformeerd worden over het tijdstip waarop zij worden opgehaald. Ook bij het afronden van het contact kan het ambulancepersoneel zich nog verbeteren. De wachttijd op de ambulance wordt ook als veranderpunt genoemd door cliënten aan wie spoedeisende ambulancezorg is verleend. Het grootste verbeterpotentieel bij dit type ambulancezorg is het geven van uitleg naar welk ziekenhuis de cliënt wordt vervoerd.

In dit hoofdstuk worden de dataverzameling en de respons op het onderzoek besproken. Daarnaast worden de ervaringen van cliënten op de kwaliteitsthema's van de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg gepresenteerd. Ook worden verbeterpunten voor beide typen ambulancezorg beschreven.

3.1 Steekproef en dataverzameling

Het onderzoek werd uitgevoerd onder cliënten van alle 23 Regionale Ambulance Voorzieningen in Nederland. Er is gekozen om per RAV steekproeven te trekken onder cliënten die zo recent mogelijk ambulancezorg hebben ontvangen. Dit betrof cliënten uit de meetperiode van 1 augustus tot 30 september 2016. Per RAV zijn 265-825 cliënten, die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen (A1 of A2-urgentie) en 273-656 cliënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen (B-urgentie) benaderd. Eén RAV heeft geen gegevens van cliënten met een B-urgentie kunnen aanleveren.

De dataverzameling heeft plaatsgevonden via de mixed-mode methode, waarbij men de vragenlijst online of schriftelijk kon invullen. Cliënten ontvingen een eerste uitnodiging en vervolgens nog twee herinneringen als men nog niet had gereageerd. Aan de laatste herinneringsbrief was een papierenvragenlijst en retourenvelop toegevoegd. De vragenlijsten die voor 3 januari 2017 getourneerd zijn, zijn meegenomen in het onderzoek. Details over het trekken van steekproeven en de dataverzameling zijn terug te lezen in bijlage E.

3.2 Respons en respondenten

In totaal zijn 9.582 en 13.067 cliënten aangeschreven die respectievelijk planbare of spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. Voor het berekenen van de netto respons is uitgegaan van het aantal netto benaderde cliënten en het aantal cliënten dat daadwerkelijk in aanmerking komt voor analyse. Netto benaderd is het totaal aantal benaderde cliënten minus cliënten waarvan is gebleken dat die eigenlijk niet in de steekproef hoorden te zitten (bijvoorbeeld omdat zij overleden waren). Voor 1.174 cliënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen en 670 cliënten aan

wie spoedeisende ambulancezorg is verleend, is gebleken dat zij om één of meer redenen niet in de steekproef thuishoorden. De aantallen netto benaderd zijn daarmee 8.408 en 12.397 voor respectievelijk planbare en spoedeisende ambulancezorg.

In de geretourneerde vragenlijsten (bruto respons) is bekeken of er voldoende vragen waren beantwoord om deze mee te nemen in de analyses. Hiervoor is het minimum aantal beantwoorde vragen op vijf gesteld. Vervolgens zijn vragenlijsten verwijderd waarbij respondenten minder dan de helft van de zogenaamde sleutelvragen hadden ingevuld; vragen die in principe door iedere respondent ingevuld zouden moeten worden.

In de tabellen 3.1 en 3.2 staat de respons op de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg weergegeven. De analyses zijn gebaseerd op de antwoorden van 2.214 cliënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen en 4.383 cliënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. De netto respons is 28,0% (min-max: 14,3-35,7%) voor de CQI planbare ambulancezorg en 36,4% (min-max: 26,7-42,5%) voor de CQI spoedeisende ambulancezorg. De verhouding online ingevuld en schriftelijk ingevuld is voor beide vragenlijsten ongeveer de helft.

Tabel 3.1 Overzicht van de respons per RAV voor de CQI planbare ambulancezorg

RAV	Totaal verstuurd	Netto benaderd	Bruto respons		Netto respons	
	N	N	N	%	N	%
1	299	241	78	32,4	72	29,9
2	17	14	2	14,3	2	14,3
3	596	488	129	26,4	118	24,2
4	587	493	118	23,9	108	21,9
5	282	244	65	26,6	60	24,6
6	300	258	74	28,7	69	26,7
7	478	404	120	29,7	115	28,5
8	298	242	82	33,9	69	28,5
9	290	243	78	32,1	68	28,0
10	381	316	122	38,6	111	35,1
11	516	422	142	33,6	124	29,4
12	611	505	162	32,1	148	29,3
13	407	323	113	35,0	98	30,3
14	656	542	183	33,8	167	30,8
15	297	248	59	23,8	53	21,4
16	459	375	114	30,4	103	27,5
17	282	220	48	21,8	44	20,0
18	595	499	161	32,3	142	28,5
19	508	409	143	35,0	117	28,6
20	516	413	132	32,0	119	28,8
21	510	414	162	39,1	148	35,7
22	453	372	112	30,1	103	27,7
23	273	212	62	29,2	56	26,4
Totaal	9611	7897	2461	31,2	2214	28,0

Tabel 3.2 Overzicht van de respons per RAV voor de CQI spoedeisende ambulancezorg

RAV	Totaal verstuurd	Netto benaderd	Bruto respons		Netto respons	
	N	N	N	%	N	%
1	542	501	219	43,7	198	39,5
2	265	247	75	30,4	66	26,7
3	591	525	190	36,2	172	32,8
4	573	541	162	29,9	145	26,8
5	573	537	167	31,1	154	28,7
6	570	536	194	36,2	182	34,0
7	563	521	222	42,6	200	38,4
8	585	539	215	39,9	204	37,8
9	550	495	198	40,0	179	36,2
10	584	537	221	41,2	205	38,2
11	585	509	207	40,7	193	37,9
12	608	573	224	39,1	196	34,2
13	566	513	210	40,9	188	36,6
14	825	752	328	43,6	304	40,4
15	566	512	205	40,0	188	36,7
16	599	554	232	41,9	212	38,3
17	578	539	210	39,0	184	34,1
18	567	525	218	41,5	201	38,3
19	551	507	215	42,4	198	39,1
20	564	525	238	45,3	223	42,5
21	592	536	240	44,8	218	40,7
22	574	520	227	43,7	201	38,7
23	577	513	187	36,5	172	33,5
Totaal	13148	12057	4804	39,8	4383	36,4

In tabel 3.3 staan de achtergrondkenmerken weergegeven zoals ingevuld door cliënten in de vragenlijsten. Het merendeel van de respondenten voor beide typen ambulancezorg bestaat uit oudere cliënten. De grootste groep respondenten, zowel voor planbare als spoedeisende ambulancezorg, is tussen de 65 tot 74 jaar. De verdeling tussen mannen en vrouwen is ongeveer gelijk. Het opleidingsniveau van de cliënten is over het algemeen variërend, waarbij geen opleiding en hoger of wetenschappelijk minder vaak voorkomen. Voor de planbare ambulancezorg geldt verder dat ongeveer de helft de cliënten de eigen gezondheid als matig of slecht beoordeeld, terwijl dit voor de spoedeisende ambulancezorg iets meer dan 40% is. Kijkend naar het type ambulance valt op dat 39% van de cliënten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen vervoerd is met een zorgambulance en 61% met een ambulance die ook voor spoedeisende ambulancezorg wordt ingezet. Voor wat betreft spoedeisende ambulancezorg is te zien dat ruim 74% van de cliënten vervoerd is en het overige deel ter plaatse behandeld is. Met uitzondering van geslacht verschillen de respondenten van de CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg significant van elkaar. De respondenten die planbare ambulancezorg hebben ontvangen, zijn gemiddeld ouder, lager opgeleid en minder positief over de eigen gezondheid.

Tabel 3.3 Achtergrondkenmerken respondenten

	CQI planbaar		CQI spoedeisend	
	N	%	N	%
Leeftijd (n=2214; n=4383)				
16-24 jaar	37	1,7	162	3,7
25-34 jaar	39	1,8	187	4,3
35-44 jaar	67	3,0	258	5,9
45-54 jaar	198	8,9	596	13,6
55-64 jaar	389	17,6	819	18,7
65-74 jaar	667	30,1	1045	23,8
75-84 jaar	524	23,7	949	21,7
85 jaar of ouder	293	13,2	367	8,4
Geslacht (n=2214; n=4382)				
Man	1148	51,9	2167	49,5
Vrouw	1066	48,2	2215	50,6
Opleiding (n=2214; n=4383)				
Geen opleiding	93	4,2	161	3,7
Lager onderwijs	235	10,6	330	7,5
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	471	21,3	854	19,5
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	418	18,9	764	17,4
Middelbaar beroepsonderwijs (MEAO, MTS)	295	13,3	783	17,9
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk	160	7,2	347	7,9
Hoger beroepsonderwijs (HBO, HEAO, HTS)	315	14,2	717	16,4
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	123	5,6	233	5,3
Anders	104	4,7	194	4,4
Ervaren gezondheid (n=2214; n=4383)				
Uitstekend	64	2,9	215	4,9
Zeer goed	128	5,8	443	10,1
Goed	803	36,3	1910	43,6
Matig	896	40,5	1548	35,3
Slecht	323	14,6	267	6,1
Type ambulance (n=2192)				
ALS-ambulance	1339	61,1		
Zorgambulance	853	38,9		
EHGV of vervoerd (n=4314)				
EHGV			1132	26,2
Vervoerd			3182	73,8

Van de cliënten in de steekproeven was het geboortjaar, geslacht, en type ambulance bekend. Op basis hiervan kon worden nagegaan in hoeverre de cliënten die deel hebben genomen aan het

onderzoek overeenkomen met de cliënten die niet deel hebben genomen. Tabel 3.4 geeft deze vergelijking weer. De representativiteit van de deelnemers voor de totale steekproef is berekend met Chi-kwadraattoetsen. Er zijn (zeer) kleine verschillen mogelijk met de bovenstaande tabel 3.3, die gebaseerd is op de gegevens uit de vragenlijst en niet op die van de steekproeven. Tussen de respondenten en de non-respondenten voor beide typen ambulancezorg zijn statistische verschillen gevonden voor leeftijd. Cliënten tussen de 55 en 84 jaar reageren vaker ten opzichte van jongere en cliënten van 85 jaar of ouder. Voor planbare ambulancezorg geldt dat respondenten en non-respondenten significant verschillen voor geslacht, mannen reageren vaker. Van de cliënten aan wie spoedeisende ambulancezorg is verleend hebben vervoerde cliënten vaker gereageerd op de uitnodiging om de vragenlijst in te vullen dan cliënten die eerste hulp ter plaatse ontvingen en niet zijn vervoerd.

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

	CQI planbaar		CQI spoedeisend	
	Respondenten (N=2214)	Non-respondenten (N=4695)	Respondenten (N=4383)	Non-respondenten (N=6263)
	%	%	%	%
Leeftijd*				
16-24 jaar	1,7	2,0	3,7	11,5
25-34 jaar	1,8	4,2	4,3	12,9
35-44 jaar	3,0	5,0	5,9	11,6
45-54 jaar	8,9	9,8	13,6	15,1
55-64 jaar	17,6	13,1	18,7	11,9
65-74 jaar	30,1	18,8	23,8	12,3
75-84 jaar	23,7	24,2	21,7	13,6
85 jaar of ouder	13,2	23,1	8,4	11,2
Geslacht				
Man	51,9*	46,9	49,5	49,8
Vrouw	48,2*	53,1	50,6	50,3
Type ambulance				
ALS	61,1	61,2		
Zorgambulance	38,9	38,9		
EHGV of vervoerd				
EHGV			26,2*	39,3
Vervoerd			73,8*	63,7

* Chi² p<0,05

3.3 Schaa scores en onderliggende items CQI planbare ambulancezorg

De uitkomsten van de CQI planbare ambulancezorg worden gerapporteerd aan de hand van vier betrouwbare kwaliteitsthema's: vervoer, bejegening, handeling en communicatie. De uitkomsten van de CQI spoedeisende ambulancezorg worden gerapporteerd op zes betrouwbare kwaliteitsthema's: meldkamer, SEH en de vier kwaliteitsthema's overeenkomstig de CQI planbare

ambulancezorg.

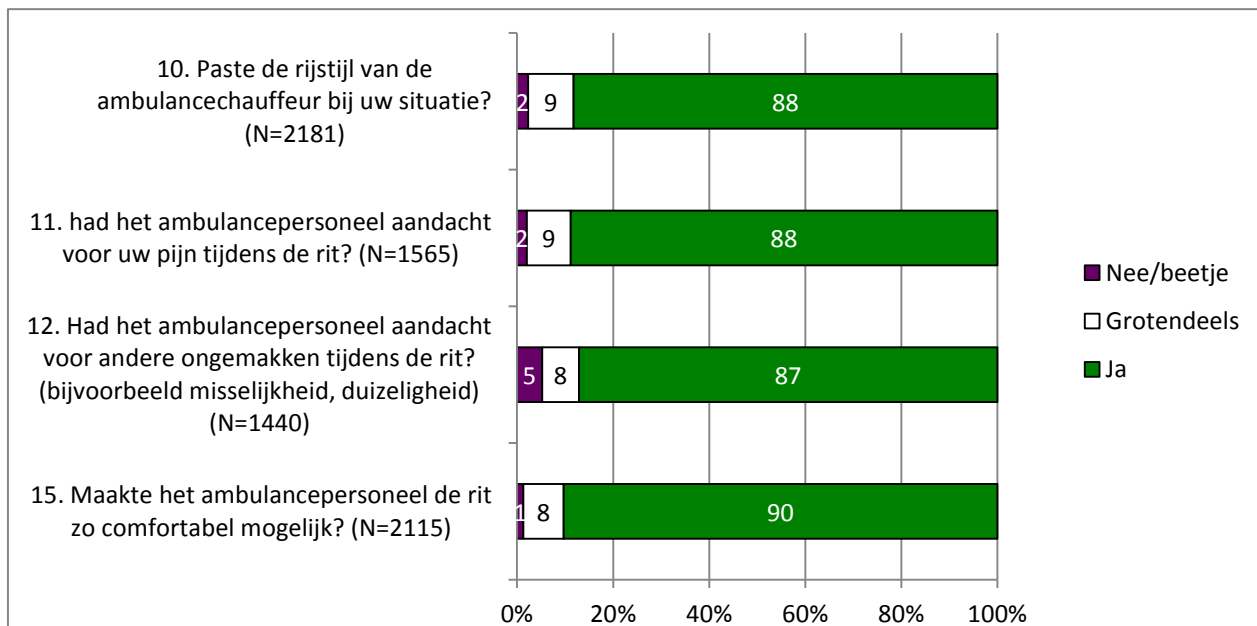
Inhoudelijke argumenten en de behoefte om te kunnen vergelijken tussen spoedeisende en planbare ambulancezorg zijn, meer dan statistische overwegingen, leidend geweest bij het construeren van kwaliteitsthema's (zie bijlage B voor psychometrie en totstandkoming van de kwaliteitsthema's).

Schaalscores worden 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 schaalscore voor 'vervoer' als hij of zij ten minstens twee vragen beantwoord had.

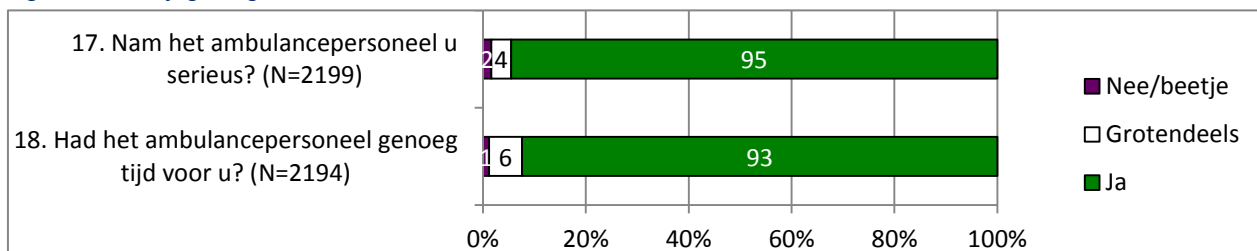
Schaalscores hebben een minimale waarde van 1 en een maximale waarde van 4.

Onderstaande vijf figuren 3.1 t/m 3.5 laten de scores op de onderliggende vragen van de kwaliteitsthema's en het waarderingscijfer van de CQI planbare ambulancezorg zien. Bij de schalen vervoer (Figuur 3.1), bejegening (Figuur 3.2) en handelen (Figuur 3.3) zien we steeds dat meer dan 85% en vaak ook meer dan 90% van de cliënten het meest positieve antwoord geeft op de onderliggende vragen. In de schaal communicatie (Figuur 3.4) zien we ook veel positieve ervaringen en springt alleen vraag 28 eruit als een aspect waarop minder positief gescoord wordt. Het gaat om de vraag 'Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren' waarbij 14% van de respondenten een negatieve ervaring rapporteerden. Tot slot waardeerde 74% van de cliënten de planbare ambulancezorg met een cijfer 9 of 10 (Figuur 3.5). In bijlage F staan de ervaringscores voor alle ervaringsvragen weergegeven.

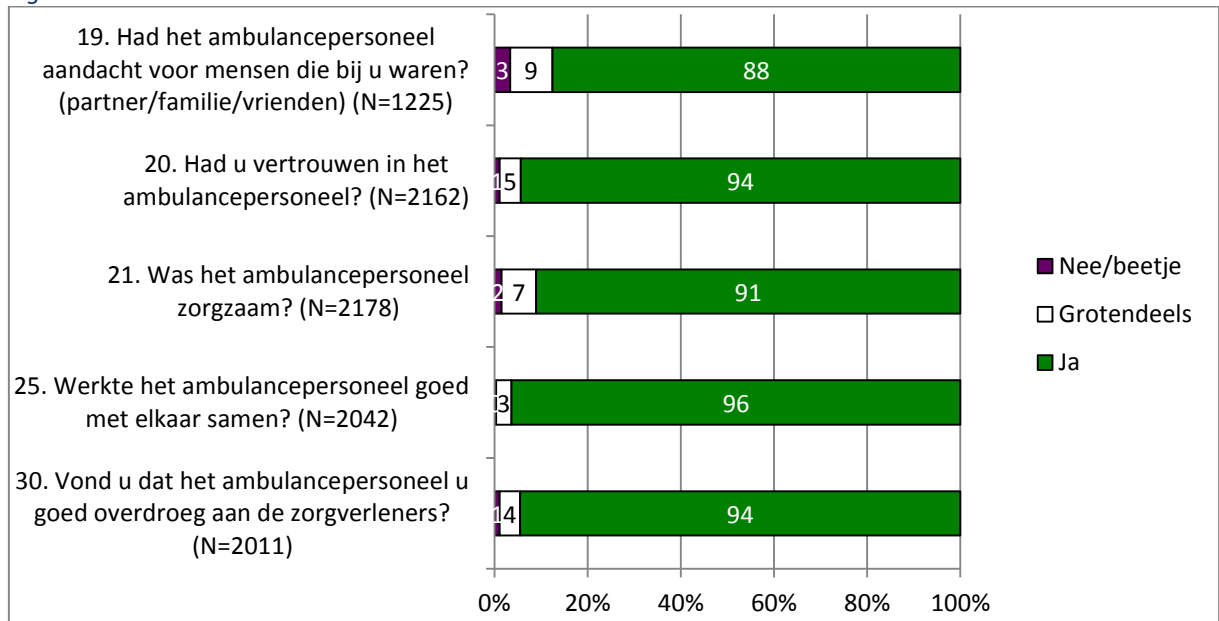
Figuur 3.1 Vervoer: schaalitems in %



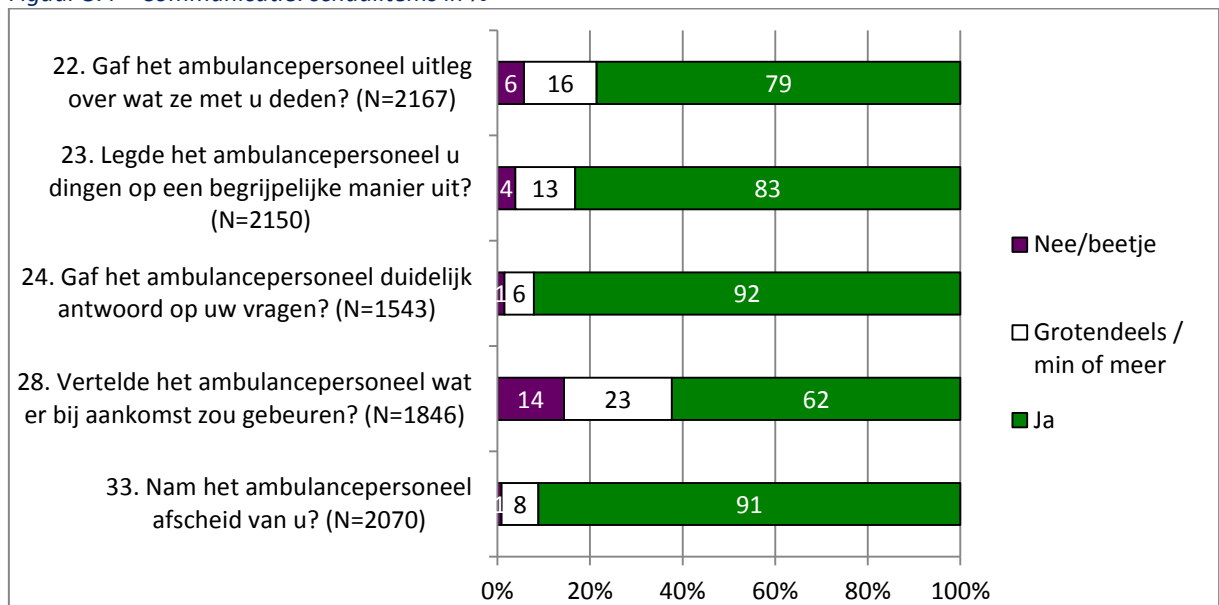
Figuur 3.2 Bejegening: schaalitems in %



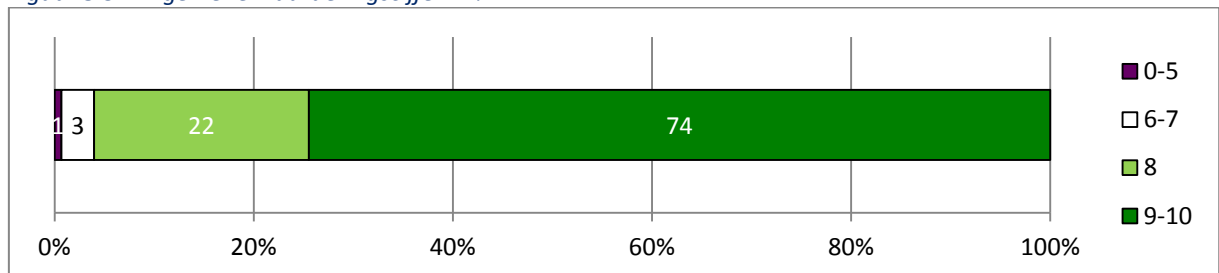
Figuur 3.3 Handelen: schaalitems in %



Figuur 3.4 Communicatie: schaalitems in %



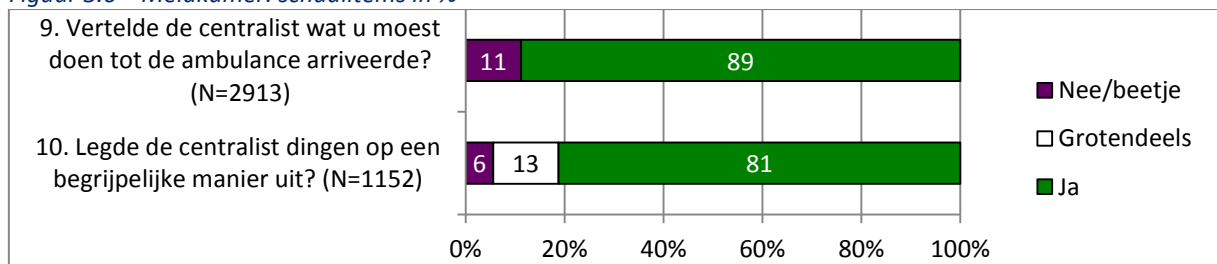
Figuur 3.5 Algemene waarderingscijfer in %



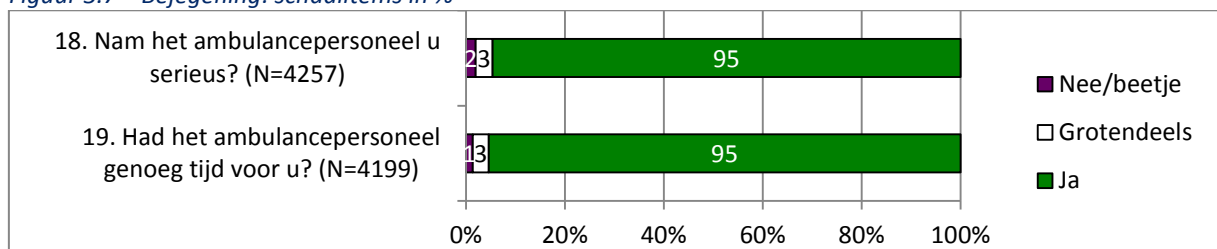
3.4 Schaalscores en onderliggende items CQI spoedeisende ambulancezorg

De figuren 3.6 t/m 3.12 laten de scores op de onderliggende vragen van de kwaliteitsthema's en het waarderingscijfer op de CQI spoedeisende ambulancezorg zien. Wederom zijn de ervaringen van cliënten ontzettend positief. Bij de schalen meldkamer (Figuur 3.6), bejegening (Figuur 3.7), communicatie (Figuur 3.9), vervoer (Figuur 3.10) en SEH (figuur 3.11) zien we steeds dat meer dan 85% en vaak ook meer dan 90% van de cliënten het meest positieve antwoord geeft op de onderliggende vragen. In de schaal handelen (Figuur 3.8) zien we ook veel positieve ervaringen, maar ook twee vragen, namelijk 'werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?' en 'had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren?' waarop iets minder positief gescoord wordt. Vraag 9 'Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?' heeft het grootste aandeel negatieve antwoorden, namelijk 11% beantwoorde deze vraag met 'nee, helemaal niet' of 'een beetje'. Vraag 30 over de onderlinge samenwerking en de bejegeningvragen zijn het meest positief beantwoord. Echter de verschillen met de overige vragen zijn marginaal. 74% van de cliënten geeft een waarderingscijfer 9 of 10 voor het ambulancepersoneel, voor de meldkamer is het percentage negens en tiens lager, namelijk 57%. In bijlage F staan de ervaringscores voor alle ervaringsvragen weergegeven.

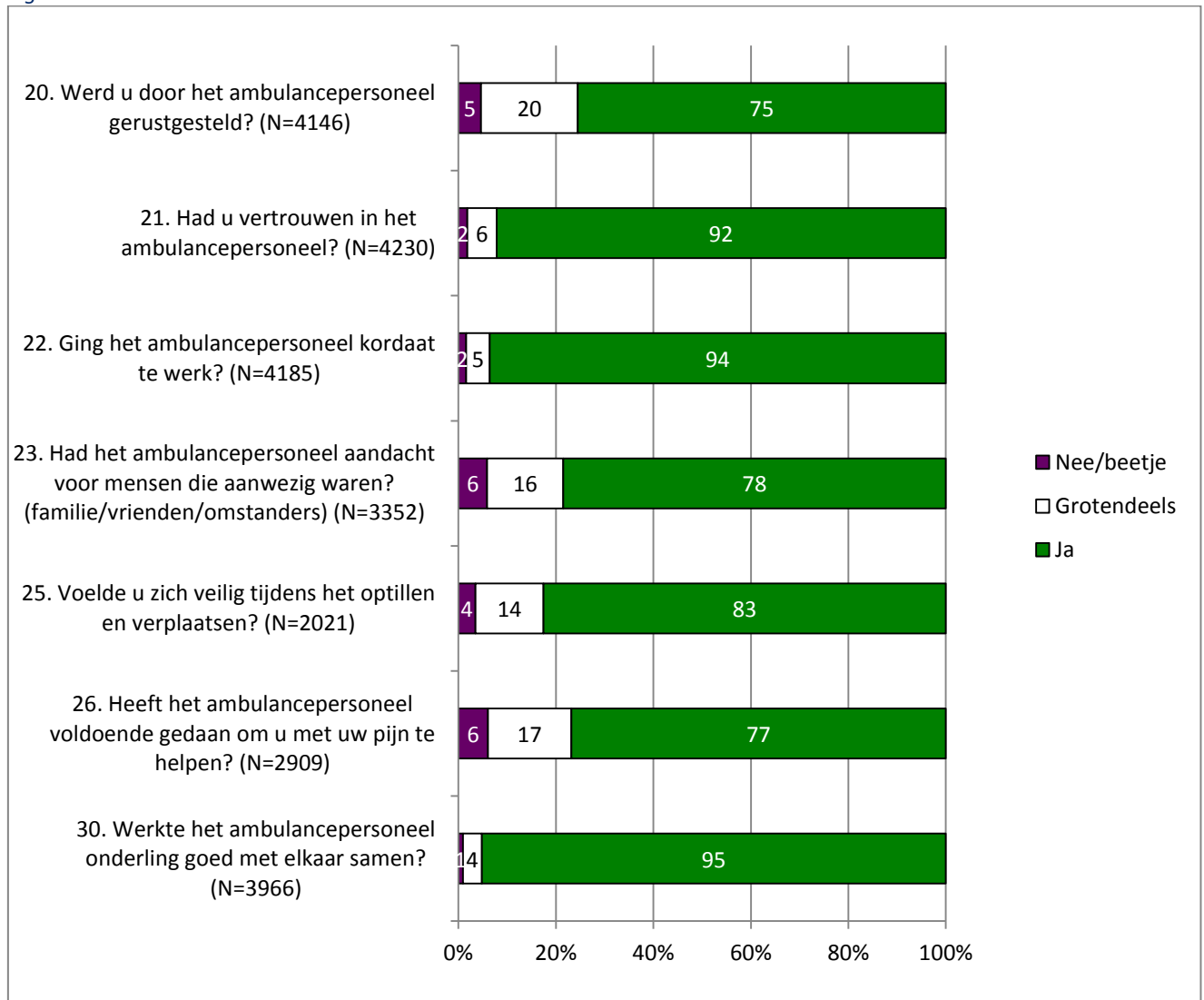
Figuur 3.6 Meldkamer: schaalitems in %



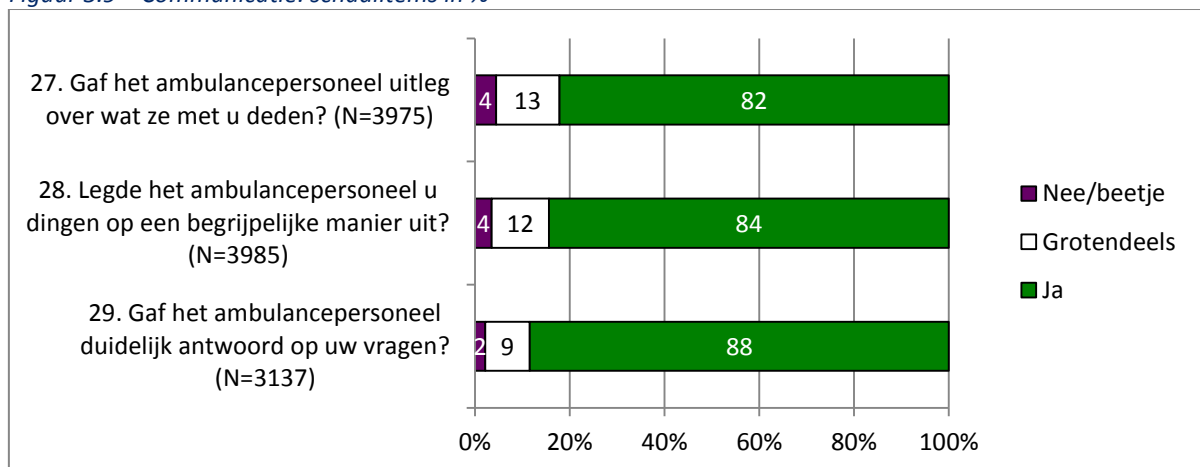
Figuur 3.7 Bejegening: schaalitems in %



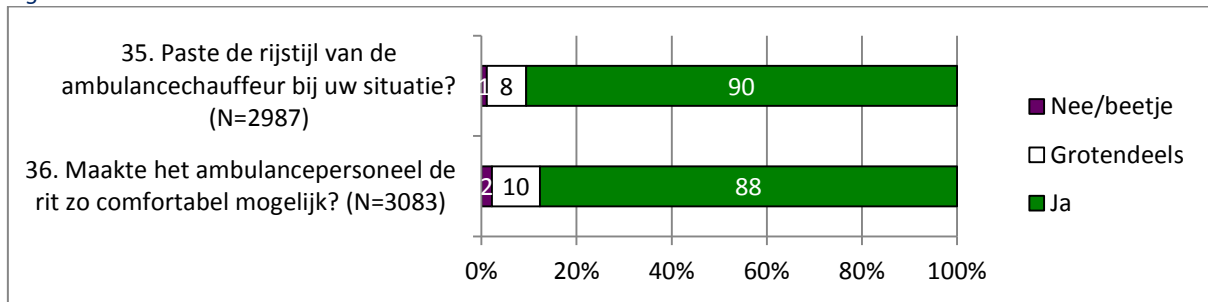
Figuur 3.8 Handelen: schaalitems in %



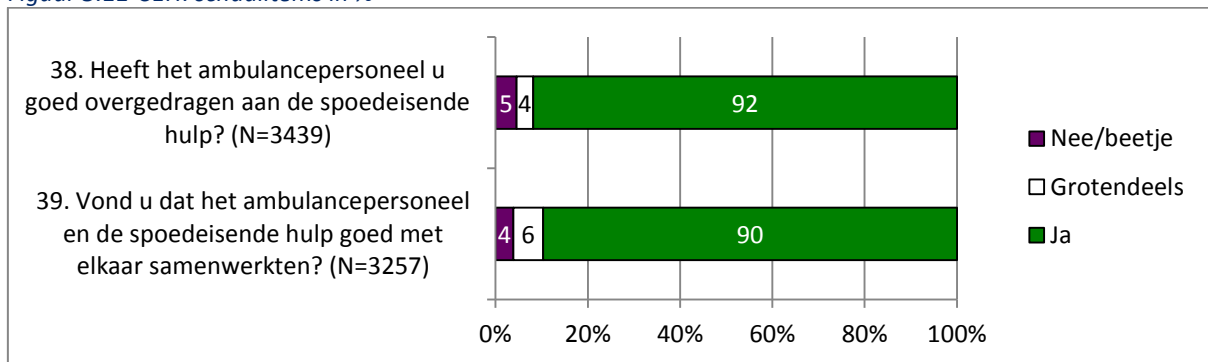
Figuur 3.9 Communicatie: schaalitems in %



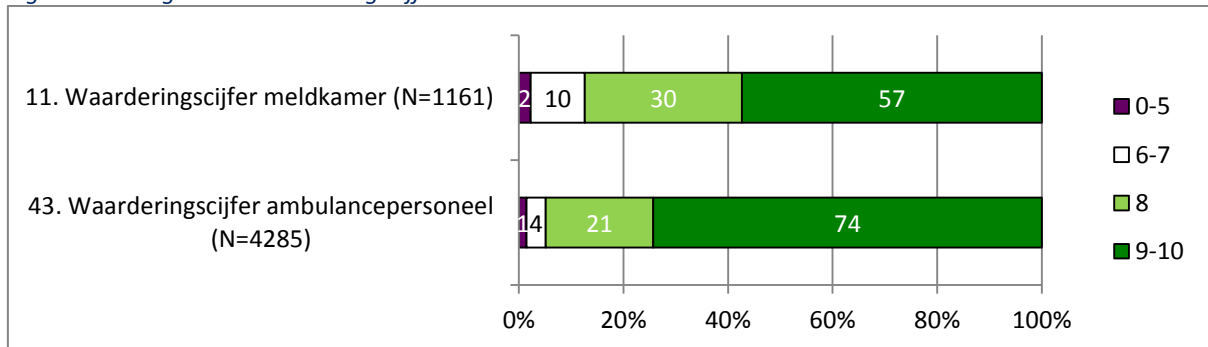
Figuur 3.10 Vervoer: schaalitems in %



Figuur 3.11 SEH: schaalitems in %



Figuur 3.12 Algemene waarderingscijfer in %



3.5 Verbeterpotentieel

Door de ervaringen van cliënten te combineren met hoe belangrijk cliënten een onderwerp vinden kan in de vorm van een verbeterscore het verbeterpotentieel worden uitgedrukt. Verbeterscores zijn berekend door de gemiddelde belangscore (uit eerder onderzoek) van het kwaliteitsaspect te vermenigvuldigen met het percentage respondenten dat een negatieve ervaring had, en dit getal te delen door 100. Hoe hoger de waarde, des te meer verbetering is mogelijk. De minimale score is 0 en de maximale score is 4. In bijlage F staan voor alle ervaringsvragen de verbeterscores opgenomen.

In de CQI planbare ambulancezorg heeft de vraag 'Wist u hoe laat u zou worden opgehaald met de ambulance?' met een score van 1,01 het hoogste verbeterpotentieel. Ook de vraag of het

ambulancepersoneel vroeg of er thuis iemand aanwezig was (score=0,81) heeft een hogere verbeterscore ten opzichte van de overige vragen. Enige verbetering is mogelijk op de vragen met de scores 0,43 (Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?), 0,41 (Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?) en 0,39 (Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?). De overige vragen hebben een zeer beperkt verbeterpotentieel aangezien waarden lager zijn dan 0,29.

De verbeterscores voor één vraag in de CQI spoedeisende ambulancezorg is hoger dan 1, namelijk 1,35 voor de vraag of het ambulancepersoneel u uitgelegd heeft naar welk ziekenhuis u vervoerd werd. Deze score is vergelijkbaar met het verbeterpotentieel in 2013 op deze vraag. De vraag of de centralist u vertelde wat u moest doen tot de ambulance arriveerde heeft in de huidige meting een verbeterscore van 0,40 een grote verbetering ten opzichte van de score in 2013. Toen was het verbeterpotentieel 1,08. Ook de vraag of de centralist dingen op een begrijpelijke manier uitlegde laat een grote verbetering zien, namelijk van 0,59 in 2013 naar 0,20 in 2016. De overige vragen in de CQI spoedeisende ambulancezorg hebben een verbeterpotentieel van 0,22 of lager. Ook zijn er geen grote veranderingen waar te nemen ten opzichte van 2013. Dit geeft aan dat er weinig ruimte is om te verbeteren.

3.6 Opmerkingen over gewenste verandering

Aan alle cliënten is gevraagd 'Als u iets zou mogen veranderen aan de ambulancezorg, wat zou dat dan zijn?'

Planbare ambulancezorg

In de CQI planbare ambulancezorg heeft bijna de helft, namelijk 1075 van de 2214 cliënten de vraag beantwoord. 745 cliënten (33,7%) gaven aan dat alles in orde was en er geen veranderingen nodig zijn. De antwoorden van de overige cliënten zijn voor zover mogelijk gecategoriseerd. De volgende onderwerpen kwamen naar voren:

- 91 cliënten (8,5 %) had een opmerking over het gebrek aan comfort in de ambulance (vering, brandcard te hard/kort/smal).
- 82 cliënten (3,7 %) hadden een opmerking over de lange wachttijd en/of op tijd rijden van de ambulance.
- 28 cliënten (1,3 %) vindt dat een tijdstip aangegeven moet worden waarop cliënten vervoerd worden.
- 12 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de communicatie met de cliënt.
- 11 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de zorgzaamheid en vriendelijkheid.
- 10 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de overdracht bij instellingen.

Overige opmerkingen gingen over de kosten van de ambulancezorg, over de route naar instelling of huis, of cliënten wilden andersom of zittend vervoerd worden.

Spoedeisende ambulancezorg

In de CQI spoedeisende ambulancezorg heeft bijna 40%, namelijk 1.747 van de 4.383 cliënten de vraag over verandering van zorg beantwoord. 1.310 cliënten (29,9%) gaven aan dat zij geen

veranderingen konden noemen. De antwoorden van de overige cliënten zijn voor zover mogelijk gecategoriseerd. De volgende onderwerpen kwamen naar voren:

- 81 cliënten (1,8%) hadden een opmerking over het comfort in de ambulance (vering, brandcard te hard/kort/smal).
- 67 cliënten (1,5%) hadden een opmerking over de wachttijd tot de ambulance arriveerde.
- 41 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de zorgzaamheid of vriendelijkheid.
- 33 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de communicatie met de cliënt.
- 22 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over het stellen van een onjuiste diagnose (ernstiger dan inschatting ambulancepersoneel of onterechte geruststelling).
- 17 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de route of navigatie.
- 15 cliënten (<1,0%) hadden een opmerking over de kosten van het ambulancevervoer.

Overige opmerkingen gingen net als bij de cliënten aan wie planbare ambulancezorg is verleend over andersom liggen in de ambulance en overdracht tussen instellingen. Enkele andere cliënten plaatsen een opmerking over de communicatie met de centralist van de meldkamer, het prikken van een infuus of de uitrusting van de ambulance.

4 Vergelijking van cliëntervaringen met de ambulancezorg

De ervaringen van cliënten met de ambulancezorg zijn overwegend positief. De ervaringen van tussen RAV's verschillen dan ook nauwelijks van elkaar. Ook de ervaringen tussen typen ambulancezorg zijn grotendeels vergelijkbaar. Het zeer beperkte onderscheidend vermogen van beide CQ-indexen is geen beperking van de resultaten aangezien de uitkomsten toegepast kunnen worden als verantwoordingsinformatie of monitoring van de sector.

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van cliënten met de ambulancezorg tussen RAV's en typen ambulancezorg vergeleken. Daarnaast wordt gekeken of de ervaringen met de spoedeisende ambulancezorg zijn veranderd sinds 2013. Ook wordt ingegaan op de omvang van de meting en de rol van de begeleidingscommissie

4.1 Vergelijking RAV's

Aan de hand van multilevelanalyses is het onderscheidend vermogen van de beide CQ-indexen bepaald. Een uitgebreide beschrijving van de multilevelanalyses staat opgenomen in bijlage B. De CQI planbare ambulancezorg toont geen verschillen tussen RAV's aan op de schaalcores. 5 RAV's krijgen 1 ster voor het kwaliteitsaspect 'informatie over tijd waarop cliënt wordt opgehaald'. 3 RAV's scoren significant beter op dit aspect. 1 RAV kan verbeteren door aandacht te besteden aan het op tijd ophalen van de cliënten, deze RAV werd op dit aspect gewaardeerd met 1 ster in plaats van met 2 sterren, zoals bij de overige RAV's.

De CQI spoedeisende ambulancezorg toont dat 1 RAV lager scoort op de schaal 'meldkamer'. Een andere RAV heeft een iets lager waarderingscijfer voor de meldkamer dan de overige RAV's. De overige schaalcores zijn voor alle RAV's vergelijkbaar. Het kwaliteitsaspect 'hoe lang moest u wachten op de ambulance' toont dat 3 RAV's lager dan het gemiddelde scoren en 1 RAV hoger dan de overige RAV's. De resultaten staan in onderstaande tabel 4.1 opgenomen.

Tabel 4.1 Indeling van de 22/23 deelnemende RAV's in drie groepen

	sterrenindeling CQI planbaar					sterrenindeling CQI spoedeisend				
	*	**	***	min.	max.	*	**	***	min.	max.
Schaal:										
1. Meldkamer						1	22	0	3,43	3,87
2. Bejegening	0	22	0	3,86	3,95	0	23	0	3,86	3,97
3. Handelen	0	22	0	3,86	3,96	0	23	0	3,77	3,87
4. Communicatie	0	22	0	3,60	3,79	0	23	0	3,74	3,90
5. Vervoer	0	22	0	3,77	3,90	0	23	0	3,78	3,96
6. SEH						0	23	0	3,38	3,89
Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance? (V5)	5	14	3	2,36	3,44					
Werd u binnen het afgesproken tijdstip opgehaald door de ambulance? (V7)	1	21	0	3,33	3,92					
Hoe lang moest u wachten op de ambulance? (V15)						3	19	1	3,40	3,82
Waardeoordeel:										
Meldkamer (v11)						1	22	0	8,07	8,97
Ambulancepersoneel (v36/v41)	0	22	0	8,81	9,32	0	23	0	8,86	9,17

* sterrenindeling gebaseerd op model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding, gezondheid

* minimale en maximale scores zijn ongecorrigeerde waarden zonder correctie voor leeftijd, opleiding, gezondheid

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

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

4.2 Vergelijking typen ambulancezorg

In onderstaande tabel 4.2 staan de gemiddelde scores op de kwaliteitsschalen van beide CQ-indexen gepresenteerd. Daarnaast zijn de ervaringen gemeten met de CQI spoedeisende ambulancezorg in 2013 vergeleken met de ervaringen in de huidige meting.

Planbare versus spoedeisende ambulancezorg

De resultaten van de schalen bejegening en vervoer zijn vergelijkbaar tussen planbare ambulancezorg en spoedeisende ambulancezorg; verschillen zijn enkele honderdsten. Ook het algemene waarderingscijfer is vergelijkbaar. De schaal handelen laat een iets groter verschil zien, dat mogelijk te wijten is aan twee onderliggende items die geen onderdeel uitmaken van de CQI planbare ambulancezorg. Het betreft de vragen 'Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?' en 'Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?' Beide vragen worden minder positief gewaardeerd dan de overige vragen. De lagere score op de schaal communicatie in de CQI planbare ambulancezorg wordt veroorzaakt door de negatievere ervaringen op de vraag of cliënten informatie kregen over wat er bij aankomst zou gebeuren. Deze vraag zit niet in de schaal communicatie van de CQI spoedeisende ambulancezorg. De verschillen op de schalen handelen en communicatie zijn statistisch significant ($p < 0,05$).

Spoedeisende ambulancezorg 2013 versus 2016

De resultaten van de schaalscores tussen 2013 en 2016 op de CQI spoedeisende ambulancezorg zijn zeer vergelijkbaar; verschillen zijn enkele honderdsten. Het verschil van 0,03 op de schaal vervoer en het verschil van 0,04 op de schaal SEH is statistisch significant ($p < 0,05$). Het algemene waarderingscijfer voor het ambulancepersoneel is onveranderd in de afgelopen 3 jaar. Het meest opvallende verschil betreft de verbetering van de ervaringen van cliënten met de meldkamer. De ervaringen van de huidige meting zijn 0,46 gestegen ten opzichte van de meting in 2013. Dit is voor een CQI schaalscore een enorme stijging. Dit komt ook tot uitdrukking in het waarderingscijfer voor de meldkamer. Er is een kleine verbetering (0,2) in 2016 ten opzichte van 2013. Beide verschillen zijn statistisch significant.

Tabel 4.2 Schaalscores CQI planbare en spoedeisende ambulancezorg (2013 en 2016)

	CQI planbaar (2016)		CQI spoedeisend (2016)		CQI spoedeisend (2013)	
	gemiddeld	N	gemiddeld	N	gemiddeld	N
Meldkamer			3,68	1190	3,22	492
Bejegening	3,92	2205	3,93	4293	3,93	1637
Handelen	3,92	2158	3,81	4171	3,82	1590
Communicatie	3,72	2123	3,79	3962	3,79	1504
Vervoer	3,85	2166	3,86	3159	3,89	1272
SEH			3,82	3511	3,85	1101
Waardering meldkamer			8,6	1161	8,4	492
Waardering ambulance	9,1	2188	9,0	4285	9,0	1632

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

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

Ervaringen zorgambulance versus regulier en vervoerd versus EHG

De ervaringen van cliënten vervoerd met een zorgambulance zijn vergelijkbaar met de ervaringen van cliënten vervoerd met een 'reguliere' ambulance (ALS), die wordt ingezet voor planbare ambulancezorg. De schaalscores laten geen verschillen zien tussen beide typen ambulances. Op de vraag 'Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?' was een klein verschil te zien in het voordeel van de reguliere ambulance (ALS vs. zorgambulance=3,86 vs. 3,80). Op de vraag of het ambulancepersoneel aandacht had voor mensen die bij u waren de ervaringen van cliënten vervoerd met een zorgambulance iets positiever (ALS vs. zorgambulance =3,81 vs. 3,88). Beide verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$).

De ervaringen van cliënten aan wie spoedeisende ambulancezorg is verleend, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen cliënten die vervoerd zijn naar een spoedeisende hulpafdeling of eerste hulp ter plaatse ontvangen en vervolgens niet worden vervoerd (EHGV) zijn op de schalen meldkamer en communicatie vergelijkbaar. De ervaringen zijn verschillend op de schaal 'bejegening'. De cliënten die niet zijn vervoerd zijn iets negatiever dan de cliënten die wel zijn vervoerd (EHGV vs. vervoerd=3,89 vs. 3,84). Ook de ervaringen van cliënten op de schaal 'handelen' zijn minder positief voor cliënten die niet zijn vervoerd tegenover cliënten die wel zijn vervoerd (EHGV vs. vervoerd=3,77 vs. 3,82). Op de vraag of het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen gaf waren de ervaringen van de vervoerde cliënten positiever (EHGV vs. vervoerd=3,81 vs. 3,87). Ook het algemene oordeel over het ambulancepersoneel is iets positiever. Het waarderingscijfer

voor niet vervoerde cliënten is gemiddeld 8,94. Vervoerde cliënten waarderen de ambulancezorg met een gemiddelde van 9,07. Alle genoemde verschillen zijn statistisch significant ($p < 0,05$). Op de schalen 'vervoer' en 'SEH' is geen vergelijking mogelijk tussen beide groepen cliënten.

4.3 Betrouwbaarheid en steekproefgrootte

Op grond van de multilevelanalyse kan worden berekend hoeveel respondenten minimaal per RAV nodig zijn om voor een schaal betrouwbaar verschillen aan te tonen. Des te kleiner de verschillen tussen RAV's des te groter het aantal respondenten moet zijn om verschillen te tonen. In dit geval zijn de verschillen klein wat leidt tot een vereiste N per RAV van 150 voor de schaal meldkamer, en een vereiste N van $>>1.000$ cliënten voor de overige schalen.

Het is de vraag of de zeer beperkte variatie tussen RAV's rechtvaardigt dat op zo'n grote schaal metingen plaatsvinden. Wanneer we vergelijkingen tussen RAV's loslaten, maar individuele RAV's in de tijd willen volgen om te verifiëren dat de cliëntervaringen op een hoog niveau blijven, dan kan dat al met 100 respondenten per RAV. Gelet op de respons in de steekproefmeting zou het dan volstaan om 350 cliënten aan wie spoedeisende ambulancezorg is verleend per RAV te benaderen en 400 cliënten aan wie planbare ambulancezorg is verleend per RAV. Een nog slankere benadering kan zijn om uitsluitend te focussen op het totale nationale beeld, zonder per individuele RAV uitspraken te doen. Dan zou een totaal van 1.000 respondenten voor heel Nederland kunnen volstaan; gelet op de respons dienen dan tegen de 3.500 cliënten met een A-urgentie en 4.000 cliënten met een B-urgentie te worden benaderd. Dit komt neer op ongeveer 150 en 175 cliënten per RAV in plaats van de 600 cliënten per type ambulancezorg per RAV die voor dit onderzoek zijn benaderd.

4.4 Begeleidingscommissie

De zittende partijen in de begeleidingscommissie van de CQI planbare ambulancezorg zijn sinds de oprichting in 2013 rondom de eerste ontwikkelfases van de CQI planbare ambulancezorg ongewijzigd. In een bijeenkomst en aanvullend via een reactieronde per e-mail is de definitieve inhoud van de CQI planbare ambulancezorg vastgesteld. Ten opzichte van de eerdere beslissingen zijn er op basis van de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen geen wijzigingen aangebracht in de CQI planbare ambulancezorg. Inhoudelijk zijn de vragen allen relevant voor de praktijk en/of komen overeen met aandachtspunten, zoals bijvoorbeeld de indicator pijnmedicatie. Dat de vragenlijst nauwelijks onderscheidt tussen RAV's laat zien op de kwaliteitsthema's wordt niet als een beperking van de vragenlijst gezien, maar als een teken dat cliënten overal in Nederland overwegend hele goede ervaringen hebben met de ambulancezorg en dat daarom ook weinig verschillen naar voren komen. Voorts bieden de resultaten waardevolle verantwoordingsinformatie en zijn ze geschikt voor monitoring van de kwaliteit van ambulancezorg.

5 Het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg

In september 2016 hebben medewerkers van twee organisaties een pilotonderzoek naar het continu meten van ervaringen van cliënten uitgevoerd. Alle cliënten ontvingen na het afsluiten van de zorg een uitnodiging om de CQI spoedeisende of planbare ambulancezorg in te vullen. Het aantal uitnodigingen dat het personeel heeft meegegeven was beperkt, doordat het ambulancepersoneel in veel gevallen de situatie als ongeschikt of ongepast beoordeelde. Bovendien bleek de respons niet te verhogen door de persoonlijke uitnodiging, waardoor een het aantal respondenten onvoldoende was om betrouwbare uitspraken over de ervaringen van cliënten te doen. Echter, uit de evaluatiegesprekken met medewerkers van beide organisaties is waardevolle informatie over het pilotonderzoek naar voren gekomen. Verschil in opvattingen tussen medewerkers over de relevantie van het cliëntperspectief ter bevordering van de kwaliteit van ambulancezorg kwamen duidelijk naar voren. Ook kwamen aanknopingspunten voor het optimaliseren van het continu meten van cliëntervaringen met ambulancezorg naar voren.

5.1 Aanleiding

Aanleiding voor de pilot met het continu meten van cliëntervaringen zijn, ten eerste de behoefte binnen de sector om kwaliteit van ambulancezorg continu te monitoren, waaronder de kwaliteit zoals ervaren door cliënten, en ten tweede, was de respons in de meting met de CQI planbare ambulancezorg in 2015 aan de lage kant. Een persoonlijke uitnodiging van de zorgverleners kan respons-verhogend werken in vergelijking met de onderzoeksmethode waarbij steekproeven worden getrokken en geselecteerde cliënten per post meerdere uitnodigingen ontvangen. Bovendien is de dataverzameling van een continue meting goedkoper aangezien respondenten alleen digitaal de vragenlijst kunnen invullen en geen papieren vragenlijst toegestuurd krijgen. De ervaringen van cliënten met de ambulancezorg zijn in eerdere metingen erg positief geweest. Door direct na het afronden van het contact met de zorgverlener te vragen naar de ervaringen met de zorg ontstaat mogelijk een gevarieerder beeld, doordat cliënten zich details van de zorg beter herinneren dan na een periode van 2 tot 3 maanden.

5.2 Opzet en uitvoering

Het personeel van twee organisaties, Kijlstra Ambulancegroep Fryslân en de RAVU, heeft in de maand september bij het afsluiten van het contact met een cliënt een uitnodiging meegegeven voor deelname aan het vragenlijstonderzoek met beide CQ-indexen voor de ambulancezorg. Het uitgangspunt was om alle cliënten (tot een maximum van 600 cliënten per type ambulancezorg) die ambulancezorg hebben ontvangen uit te nodigen, tenzij medewerkers de inschatting maakten dat het een ongepaste situatie betrof. Voorafgaand aan het onderzoek zijn verschillende informatiemiddelen opgesteld en verspreid om de achtergrond van het onderzoek en de werkwijze voor de medewerkers te verduidelijken; een bericht op de websites van de organisaties, waarin de meting kenbaar werd gemaakt bij het personeel, een vraag & antwoord document over de taken van de medewerkers, een document met toelichting over CQI onderzoek en een poster die diende

als herinnering voor de medewerkers. Bij het evalueren van de continue meting is gekeken naar de respons van de methodiek en naar het perspectief van het personeel van de organisaties door met medewerkers op locatie in gesprek te gaan over hun ervaringen. Gespreksonderwerpen waren de ervaringen van medewerkers met de informatievoorziening voorafgaand en het proces van het uitdelen van uitnodigingen en de boordeling van medewerkers over de methode in het algemeen. Voorafgaand aan de gesprekken is aan de teamleiders gevraagd om de ervaringen van het ambulancepersoneel uit te vragen.

5.3 Resultaten

Respons

Uit tabel 5.1 is af te leiden dat het beide organisaties niet gelukt is om 600 uitnodigingen per type ambulancezorg mee te geven aan cliënten, ondanks dat er (veel) meer cliënten zorg hebben ontvangen in september. Het ambulancepersoneel heeft ongeveer een derde van de uitnodigingen meegegeven aan cliënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen. In geval van planbare ambulancezorg heeft een organisatie een derde van de uitnodigingen meegegeven aan cliënten en de andere organisatie twee derde van het oorspronkelijk beoogde aantal uitnodigingen. Verder is de netto respons dusdanig laag (5-12%) dat de gemeten ervaringen niet representatief zijn voor de totale populatie van de organisaties. De ervaringen van de cliënten zijn daarom niet afzonderlijk gerapporteerd, maar worden meegenomen in het landelijk onderzoek onder 23 RAV's. In het landelijke onderzoek waarbij steekproeven zijn getrokken en de dataverzameling met de mixed-mode methode is verzameld, ligt de respons aanzienlijk hoger, namelijk 28% voor de CQI planbare ambulancezorg en 36% voor de CQI spoedeisende ambulancezorg. Het herhaaldelijk uitnodigen (tot 3x) en de combinatie van online met schriftelijke dataverzameling werkt respons bevorderend. In de landelijke meting heeft een derde van de respondenten gereageerd op de eerste uitnodiging. Dit aandeel is vergelijkbaar met de continue meting. In de landelijke meting heeft de helft van de respondenten een papieren vragenlijst ingevuld. Enkel online data verzamelen, zoals in de continue meting is gedaan, sluit aan bij de helft van de cliënten. Dit komt ook naar voren in de reacties die beide organisaties hebben ontvangen, waarin wordt aangegeven dat de online methode niet past bij de overwegend oudere doelgroep. Daarnaast was er onder cliënten sprake van enquêtemoedigheid. Cliënten krijgen in de zorg vaker enquêtes mee. Bovendien ging de aandacht van cliënten in spoedeisende situaties voornamelijk uit naar de familie in plaats van naar het invullen van de enquête. Het volgende citaat illustreert dit:

“De enquête verdwijnt ergens in een tas, in de kleding of ergens in een hoekje. Er is op dat moment geen aandacht voor, die gaat uit naar de familie.”

Tabel 5.1 Het aantal meegegeven uitnodigingen en netto respons per type ambulancezorg en organisatie

	CQI planbaar		CQI spoedeisend	
	organisatie 1	organisatie 2	organisatie 1	organisatie 2
Aantal meegegeven uitnodigingen	253	178	253	178
Netto respons	12 (5%)	10 (6%)	12 (5%)	10 (6%)

Evaluatiegesprekken met medewerkers

Bij een organisatie is een evaluatiegesprek met ambulance verpleegkundigen werkzaam binnen zowel de spoedeisende ambulancezorg als de planbare ambulancezorg, teamleiders van verschillende locaties en een kwaliteit coördinator georganiseerd om de pilot te bespreken. Bij de andere organisatie was het niet mogelijk om meerdere ambulanceprofessionals tegelijkertijd te spreken. Uiteindelijk zijn bij deze organisatie twee evaluatiegesprekken gehouden, waarvan een met een teamleider en een met een ambulanceverpleegkundige. Laatst genoemde had ook zelf ervaring met het uitdelen van uitnodigingen op de ambulance. In de gesprekken zijn de onderstaande onderwerpen besproken.

De informatievoorziening wordt als zeer positief ervaren

Medewerkers van beide organisaties geven aan dat zij goed geïnformeerd zijn voorafgaand aan de meting. Men vond het duidelijk wat er van hen verwacht werd, wat het doel van het onderzoek was, dat de tijd tussen de informatievoorziening en de aanvang van de pilot precies goed was.

Situaties werden vaak als ongepast ervaren

Het ambulancepersoneel beschouwde het uitdelen van uitnodigingen niet als een extra inspanning. Toch bestond er weerstand onder het ambulancepersoneel van beide organisaties. De voornaamste reden voor deze weerstand was dat de situatie vaak als ongepast werd ervaren. De grens van wat als ongepast gezien wordt, varieert sterk van persoon tot persoon. Verder werden zowel acute als minder dringende situaties als ongepast ervaren, wat de volgende citaten illustreren:

“Ik had een keer een reanimatie en ik wist dat ik de uitnodigingen bij mij had, maar dan ga ik niet zo’n envelop in iemand zijn handen drukken”

“Vorige week had ik een terminale meneer en ik vroeg of hij nog ergens langs wilde rijden, of ik hem nog ergens een plezier mee kon doen. Hij gaf aan dat hij nog een keer naar de zaak wilde gaan waar hij had gewerkt. Het was hartstikke leuk en het personeel stond buiten en iedereen heeft die man een hand gegeven en afscheid genomen. Moet ik dan met mijn briefje aankomen?”

Uitnodigingen werden selectief (niet) meegegeven

Een andere reden voor het niet meegeven van uitnodigingen was het gevoel beoordeeld te worden. Dit heeft geleid tot het selectief meegeven van uitnodigingen. Zo kwam naar voren dat wanneer het contact met de cliënt goed was, uitnodigingen in sommige gevallen eerder werden meegegeven. Daarnaast werden uitnodigen soms niet meegegeven aan cliënten die aangaven ontevreden te zijn. Dit komt naar voren in het volgende citaat:

“Ik geef maar geen brief, want straks gaat het over mijn gedrag.”

Het meegeven van uitnodigingen wordt vergeten

Medewerkers van beide organisaties gaven aan dat het uitdelen van uitnodigingen aan cliënten vaak werd vergeten. Dit geldt vooral voor de drukke situaties met instabiele cliënten, zoals bij infarcten en hersenbloedingen. Dat het wordt vergeten wordt niet toegeschreven aan de informatievoorziening voorafgaand, maar aan de individuele medewerker. Het volgende citaat

bevestigt dit:

“Het vergeten ligt aan hoe de medewerker er zelf instaat en niet aan de informatievoorziening vooraf, want die was uitgebreid en goed verzorgd. “

Kritiek op CQ-indexen

Voor medewerkers van één organisatie geldt dat de weerstand bij het meegeven van de uitnodigingen ook veroorzaakt wordt door kritiek op de CQ-indexen. Na het lezen van de vragen over naam/adres/woonplaats gegevens ontstond discussie over de privacy gevoeligheid. Het was niet voor iedereen duidelijk dat naar deze gegevens werd gevraagd om te voorkomen dat dezelfde cliënten ook voor het landelijk onderzoek zouden worden uitgenodigd. Daarnaast werden sommige vragen in de vragenlijst te subjectief gevonden. Bij doorvragen werd helder dat dit voortkwam uit onduidelijkheden over de doelstelling van het onderzoek, de totstandkoming van de CQ-indexen en wat de rol van cliëntervaringen zijn bij het evalueren van de kwaliteit van zorg. De volgende citaten laten dit zien:

“De vraag ‘Is de zorg goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?’, hoe kan een leek dit bepalen?”

“Het is een patiëntenervaringsonderzoek waar vervolgens een kwaliteitsslag aan wordt gegeven. Dat is lastig, want het blijft een ervaring. In mijn beleving kun je aan ervaring geen kwaliteit toekennen.”

Enquêtemoetheid bij medewerkers

Het ambulancepersoneel van een organisatie is vaak betrokken bij meerdere onderzoeken, waardoor zij een lagere motivatie hebben voor weer een onderzoek. Dit heeft er ook aan bijgedragen dat het uitdelen van uitnodigingen weerstand heeft opgeroepen. Het volgende citaat is hiervoor typerend:

“Dat hoor je ook in de wandelgangen; weer een onderzoek, moeten we weer ergens aan meewerken ”

Sterke punten en suggesties ter verbetering

Volgens het ambulancepersoneel van beide organisaties is de informatievoorziening voorafgaand aan het onderzoek een van de meest positieve aspecten van de continue meting. Verder vinden medewerkers van een organisatie het goed dat er gevraagd wordt naar aspecten als bejegening. Dit in tegenstelling tot het ambulancepersoneel bij de andere organisatie, die dergelijke vragen subjectief vonden en vraagtekens zetten bij wat de antwoorden zeggen over de kwaliteit van de verleende zorg. Deze medewerkers brachten de suggestie naar voren om het doel van het meten van cliëntervaringen helderder te communiceren. Andere verbeterpunten ten aanzien van de methode zijn het beperken van de vrijheid van medewerkers om uitnodigingen uit te delen na eigen inschatting van de situatie, oftewel het verplicht uitnodigen van iedere cliënt ongeacht de situatie. Ook wordt genoemd dat individuele verantwoordelijkheid het meegeven van uitnodigingen kan verbeteren. Overige suggesties zijn om alle spoedzorg verlenende organisaties te betrekken en om landelijk ervaringen van cliënten te meten.

5.4 Conclusie

Het continu meten, zoals uitgevoerd in het pilotonderzoek, is als methode om ervaringen van cliënten die ambulancezorg hebben ontvangen ongeschikt. Het verstrekken van de uitnodigingen door het ambulancepersoneel werkt niet respons-verhogend. Voor een goede respons is het nodig om cliënten herhaaldelijk uit te nodigen en digitale en schriftelijke dataverzameling met elkaar te combineren. Daarnaast waren er veel inspanningen binnen de twee organisaties nodig, zoals informeren en motiveren van het personeel en de logistiek rondom het uitdelen van de uitnodigen. Dit brengt relatief hoge kosten met zich mee wat het positieve effect op de kosten van de goedkopere dataverzameling bij een continue meting teniet doet.

We concluderen dan ook dat de CQI planbare ambulancezorg en de CQI spoedeisende ambulancezorg zich als zodanig niet optimaal voor het direct benaderen van cliënten lenen. Het direct benaderen van patiënten kan wellicht werken voor andere thema's en/of onderzoeken met een andere doelstelling of op een anders manier worden vormgegeven. Andere "continue" methoden, zoals met een iPad op de spoedeisende hulpafdeling (SEH) naar gedeelde ervaringen (ambulance en SEH) te vragen of een week later te bellen en aan de hand van een interview naar de ervaringen te vragen zijn mogelijk efficiënter. De cliëntenpopulatie en zorgverlening in de ambulancesector is zeer diffuus. Mede daarom moeten meetinstrumenten gericht worden ingezet. Concluderend was het pilotonderzoek een waardevolle ervaring die veel informatie heeft opgeleverd.

Referenties

- Ambulancezorg Nederland (AZN). *Nota Verantwoorde Ambulancezorg*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2013
- Ambulancezorg Nederland (AZN). *Ambulances in-zicht 2014*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2015
- Krol M, Sixma H, Plass AM. *CQI Spoedeisende Ambulancezorg: actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen*. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Rozeboom A, Krol M, Bos N, Plass AM. *CQ-index Planbare Ambulancezorg: Ontwikkeling van een meetinstrument*. Utrecht: NIVEL: 2015.
- Sixma H, Bloemendal E, Wagtendonk I van, Rademakers J. *CQ-index Ambulancezorg: ontwikkeling en psychometrische test*. Utrecht: NIVEL, 2010.
- Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, Peters L: Quality of care from the perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998: 1:82–95.

Bijlage A Ambulanceorganisaties per RAV-regio

In onderstaande tabel staat een overzicht van de RAV-regio's in Nederland en de ambulanceorganisaties die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de ambulancezorg binnen een regio:

Tabel A.1 Ambulanceorganisaties per RAV regio

RAV-regio	Organisatie(s)
1. Zeeland	Witte Kruis ZorgSaam
2. Groningen	Ambulancezorg Groningen
3. Rotterdam-Rijnmond	Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond BIOS groep
4. Haaglanden	GGD Haaglanden Ambulancezorg Witte Kruis Haaglanden Ambulancezorg Zoetermeer
5. Amsterdam-Amstelland/Zaanstreek-Waterland	Ambulance Amsterdam
6. Flevoland	GGD Flevoland
7. Twente	Ambulance Oost
8. Noord Holland Noord	Witte Kruis Noord Holland Noord Veiligheidsregio Noord-Holland Noord
9. Hollands Midden	RAV Hollands Midden
10. Brabant Zuidoost	RAV Brabant-Zuidoost
11. Drenthe	UMCG ambulancezorg
12. Utrecht	RAVU
13. IJsselland	RAV IJsselland
14. Friesland	Kijlstra Ambulancegroep Fryslân UMCG ambulancezorg
15. Gooi en Vechtstreek	RAV Gooi en Vechtstreek
16. Limburg-Noord	Ambulancezorg Limburg-Noord
17. Kennemerland	Witte Kruis Kennemerland
18. Gelderland Midden	Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden
19. Gelderland Zuid	Veiligheidsregio Gelderland-Zuid
20. Zuid-Holland-Zuid	Ambulancedienst Zuid-Holland Zuid
21. Brabant Midden-West-Noord	RAV Brabant Midden-West-Noord
22. Noord en Oost Gelderland	Witte Kruis NOG
23. Zuid-Limburg	GGD Zuid Limburg

Bijlage B CQI methodiek

Achtergrond

Om op een gestandaardiseerde manier de ervaringen van zorggebruikers in kaart te brengen, wordt in Nederland veelvuldig gebruik gemaakt van de wetenschappelijke methode Consumer Quality Index (CQI) (Delnoij et al., 2006). Deze methode is gebaseerd op de Amerikaanse CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) en de Nederlandse QUOTE (QUality of care Through the patient's Eyes) (Sixma et al., 1998). Dergelijke vragenlijsten worden gezien als een verbetering ten opzichte van de vragenlijsten over de tevredenheid van zorggebruikers zoals deze in de jaren 80 werden gehanteerd. Informatie over de ervaringen van cliënten dragen namelijk bij aan het identificeren van mogelijke verbeterpunten in de zorg en vormt daarmee een betere reflectie van de kwaliteit van zorg.

Ervaringsvragen en belangenvragen

Naast het meten van de ervaringen van zorggebruikers met betrekking tot kwaliteitsaspecten binnen de zorg wordt via de CQI methode het belang gemeten dat cliënten toekennen aan dergelijke aspecten. Aan de hand van een combinatie van ervaringsvragen en belangvragen worden verbetercores uitgerekend, waardoor inzichtelijk wordt welke aspecten van de zorg beter kunnen.

Ontwikkefasen

Bij de ontwikkeling van een CQI wordt een onderscheid gemaakt in de volgende vier fasen;

1. Voorbereiding (opstellen onderzoeksplan; vaststelling onderzoeksplan door begeleidingscommissie en stakeholders)
2. Constructie (opstellen eerste conceptvragenlijst onder meer op basis van kwalitatief onderzoek en/of bestaande vragenlijsten)
3. Psychometrisch onderzoek (vaststellen van de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst);
4. Validatie onderzoek naar het discriminerend vermogen van de vragenlijst.

Fase 1 en 2: Voorbereiding en constructie

Voor de ontwikkeling van de eerste en tweede fase van de ontwikkeling van de CQ-indexen ambulancezorg verwijzen wij naar eerdere rapportages.^{1, 2}

Fase 3: Psychometrisch onderzoek

Het psychometrisch onderzoek en het vaststellen van het onderscheidend vermogen van de CQI planbare ambulancezorg maakt onderdeel uit van dit onderzoek. De methoden en resultaten van de psychometrische testen van beide CQI-meetinstrumenten worden hier beschreven. Beide vragenlijsten hebben deze fase eerder doorlopen (CQI planbare ambulancezorg in 2015, CQI

¹ Sixma H, Bloemendal E, Wagtendonk I van, Rademakers J. *CQ-index Ambulancezorg: ontwikkeling en psychometrische test*. Utrecht: NIVEL, 2010.

² Rozeboom A, Krol M, Bos N, Plass AM. *CQ-index Planbare Ambulancezorg: Ontwikkeling van een meetinstrument*. Utrecht: NIVEL: 2015.

spoedeisende ambulancezorg in 2013), maar omdat de meetinstrumenten voorafgaand aan het onderzoek geactualiseerd zijn, worden de volgende aspecten nogmaals bekeken: scheefheid van de antwoorden op het betreffende item; non-respons per item; het belang dat respondenten hechten aan het item; samenhang tussen items; het feit of het item schaalbaar is.

Itemanalyses

De CQ-indexen zijn eerst op itemniveau bekeken. Hierbij werd naar drie aspecten gekeken:

1. Ten eerste werd naar de scheefheid van de verdeling van antwoorden op de ervaringsvragen gekeken. 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 geen onderscheid maken tussen verschillende groepen respondenten. Dit kan reden zijn om een vraag uit de vragenlijst te verwijderen. De ontbrekende waarden worden hierbij buiten beschouwing gelaten en ook de antwoordcategorieën 'niet van toepassing' en 'weet ik niet' zijn niet meegenomen.
2. Ten tweede 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. Als de vraag op slechts een klein deel van de respondenten van toepassing is of door slechts een klein deel van de respondenten wordt ingevuld, kan overwogen de vraag te verwijderen. Het percentage respondenten dat de vraag onterecht niet heeft ingevuld of wie de vraag met 'niet van toepassing' of 'weet ik niet (meer)' heeft beantwoord, worden beschouwd als missende waarden. De percentages gaan alleen over de respondenten voor wie de vraag van toepassing zou kunnen zijn.
3. Ten derde is via itemanalyses van de belangsscores (eerder onderzoek 2013 en 2015) inzicht verkregen in de relevantie van de items. Aan de hand van belangsscores werd duidelijk aan welke kwaliteitsaspecten cliënten veel belang hechten in de planbare ambulancezorg en welke kwaliteitsaspecten minder belangrijk zijn. Belangsscores helpen bij de besluitvorming over het verwijderen van vragen. Bij de belangvragen is het rekenkundig gemiddelde vastgesteld op een vierpuntsschaal (1=niet belangrijk; 2=beetje belangrijk; 3=belangrijk; 4=heel belangrijk).

In onderstaande tabellen B.1 en B.2 staan de items opgenomen, waarbij sprake is van een extreme scheve verdeling, meer dan 5% missende waarden en de belangsscores. Het merendeel van de vragen, die op basis van de item analyses verwijderd zouden kunnen worden maken onderdeel uit van een kwaliteitsthema. Dit is reden om de vragen te behouden. Ook de overige vragen, die geen onderdeel uitmaken van een kwaliteitsthema worden niet verwijderd uit de vragenlijsten aangezien deze belangrijk worden gevonden of inhoudelijk overeenkomen met een kwaliteitsindicator in de ambulancesector.

Tabel B.1 Items met een extreem scheve verdeling van antwoorden (>90%), meer dan 5% missende waarden en belangsscores in de CQI planbare ambulancezorg

Nr.	Vraag	N	% extreme categorie	>5% missende waarden (%)	Belangscore
2	Wat voor vervoer heeft u gehad?*	2084		5,7	
9	Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?	1810	93,5 (Ja)	6,1	3,19
14	Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur omgaan?	334	98,5 (Ja)		3,42
16	Heeft u nog opmerkingen over het vervoer met de ambulance?*	2093		5,5	
17	Nam het ambulancepersoneel u serieus?#	2199	94,5 (Ja, helemaal)		3,36
18	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?#	2194	92,6 (Ja, helemaal)		3,21
20	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?#	2162	94,4 (Ja, helemaal)		3,47
21	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?#	2178	91,1 (Ja, helemaal)		3,27
24	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	1543	92,2 (Ja, helemaal)		3,38
25	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen#	2042	96,3 (Ja, helemaal)		3,37
30	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners#	2011	94,5 (Ja, helemaal)		3,44
33	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?#	2070	91,2 (Ja, zeker)		2,94
35	Heeft u positieve punten over het ambulancepersoneel?*	1964		11,3	

vragen zijn opgenomen in een kwaliteitsthema

* geen belangscore want geen ervaringsvraag

Tabel B.2 *Items met een extreem scheve verdeling van antwoorden (>90%), meer dan 5% missende waarden en belangscores in de CQI spoedeisende ambulancezorg*

nr.	vraag	N	% extreme categorie	>5% missende waarden (%)	belangscore
8	Had de centralist van de meldkamer voldoende aandacht voor u?	1224	92,8 (Ja, helemaal)		3,48
14	Vond u dat de huisarts (of dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?	901	92,6 (Ja, helemaal)		3,43
17	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	4264	96,7 (Ja, helemaal)		3,24
18	Nam het ambulancepersoneel u serieus?#	4257	94,6 (Ja, helemaal)		3,60
19	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?#	4199	95,4 (Ja, helemaal)		3,47
21	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?#	4230	92,2 (Ja, helemaal)		3,59
22	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?#	4185	93,6 (Ja, helemaal)		3,59
30	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?#	3966	95,2 (Ja helemaal)		3,62
38	Heeft het ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?#*	3439	91,9 (Ja, helemaal)	10,9	
39	Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?#	3257		11,1	3,64
40	Heeft u nog opmerkingen over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp? *	3991	90,9 (Nee)	8,9	
42	Heeft u positieve punten over het ambulancepersoneel?*	3872		11,7	

vragen zijn opgenomen in een kwaliteitsthema

* geen belangscore want geen ervaringsvraag

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 correlatiecoëfficiënten. Als een coëfficiënt (veel) hoger is dan 0,70 kan overwogen worden om één van beide items te verwijderen uit het instrument.

In de CQI planbare ambulancezorg is de correlatie tussen de vraag 'Vond u het een probleem dat u niet wist wanneer u zou worden opgehaald?' (N=677) en 'Was het een probleem dat de ambulance eerder of later kwam dan afgesproken?' (N=42) 0,72. De correlatie tussen de vragen 'Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?' (N=2167) en 'Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?' (N=2150) 0,71. Overige correlaties tussen vragen zijn lager dan 0,7.

In de CQI spoedeisende ambulancezorg is de correlatie tussen de vraag 'Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?' (N=4264) en de vraag 'Nam het ambulancepersoneel u serieus?' (N=4257) 0,77. De vragen 'Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?' (N=3975) en 'Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?' (N=3985) correleren evenveel met elkaar als in de CQI planbare ambulancezorg. De vragen 'Heeft het

ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp? (N=3439)' en 'Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten? (N=3257)' hadden een correlatie van 0,75. Overige correlaties tussen vragen zijn lager dan 0,7.

De bovengenoemde correlaties zijn niet veel hoger dan worden dan 0,7 en zijn geen aanleiding om vragen uit de CQ-indexen te verwijderen.

Schaalconstructie

Ter verificatie van de schalen/kwaliteitsthema's zoals die voor beide CQI vragenlijsten eerder zijn vastgesteld, is voor deze schalen opnieuw Cronbach's alfa berekend. Een waarde van 0,70 of hoger wordt beschouwd als betrouwbaar. In dat geval is het statistisch verdedigbaar om een gemiddelde te berekenen over de items uit de schaal; dat gemiddelde is dan betrouwbaarder dan de scores op de afzonderlijke items en het is ook overzichtelijker om analyses en resultaten te presenteren van een kleinere set schalen, dan een grotere set van afzonderlijke items. De CQI planbare ambulancezorg bestaat uit vier betrouwbare schalen (tabel B.3), de CQI spoedeisende ambulancezorg bestaat uit 7 schalen waarvan 6 schalen voldoende betrouwbaar zijn (tabel B.4). We accepteren de betrouwbaarheid van 0,65 voor de schaal meldkamer. De schaal EHGv is duidelijk niet betrouwbaar ($\alpha=0,32$) en er worden dan ook geen schaalcores voor deze schaal berekend en gepresenteerd.

Tabel B.3 Overzicht betrouwbaarheidsanalyse CQI planbare ambulancezorg

nr.		ITC	α if item deleted
Vervoer (N=2166, $\alpha=0,85$)			
10	Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	0,80	0,82
11	Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?	0,83	0,80
12	Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)	0,86	0,80
15	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	0,83	0,80
Bejegening (N=2205, $\alpha=0,78$)			
17	Nam het ambulancepersoneel u serieus?		
18	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?		
Handelen (N=2158, $\alpha=0,85$)			
19	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	0,80	0,83
20	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,84	0,80
21	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,86	0,80
25	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	0,74	0,84
30	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	0,77	0,84
Communicatie (N=2123, $\alpha=0,75$)			
22	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	0,82	0,63
23	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	0,80	0,65
24	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	0,68	0,72
28	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	0,78	0,75
33	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	0,59	0,74

α if item deleted geeft weer wat de betrouwbaarheid van de schaal zou zijn als het betreffende item zou vervallen uit de schaal

Tabel B.4 Overzicht betrouwbaarheidsanalyse CQI spoedeisende ambulancezorg

nr.		ITC	α if item deleted
Meldkamer (N=1190; $\alpha=0,65$)			
9	Vertelde de centralist wat u moest doen tot dat de ambulance arriveerde?		
10	Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?		
Bejegening (N=4293; $\alpha=0,79$)			
18	Nam het ambulancepersoneel u serieus?		
19	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?		
Handelen (N=4171; $\alpha=0,81$)			
20	Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?	0,77	0,78
21	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,79	0,76
22	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?	0,67	0,79
23	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)	0,72	0,79
25	Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen	0,67	0,80
26	Had het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	0,75	0,78
30	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	0,63	0,80
Communicatie (N=3962; $\alpha=0,81$)			
27	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	0,90	0,69
28	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	0,90	0,66
29	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	0,82	0,82
EHGV (N=911; $\alpha=0,32$)			
32	Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?		
33	Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat zij vertrokken?		
Vervoer (N=3159; $\alpha=0,75$)			
35	Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?		
36	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?		
SEH (N=3511; $\alpha=0,78$)			
38	Heeft het ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?		
39	Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?		

α if item deleted geeft weer wat de betrouwbaarheid van de schaal zou zijn als het betreffende item zou vervallen uit de schaal

Samenhang van de schalen

Vervolgens is de samenhang tussen de kwaliteitsthema's onderzocht. Hiertoe zijn (Pearson) correlaties (ook wel interfactorcorrelaties genoemd) 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.³

De schalen van beide vragenlijsten bleken beperkt tot matig met elkaar samen te hangen, zoals te zien is in tabellen B.5 en B.6. De correlatiecoëfficiënt tussen de schalen 'bejegening' en 'handelen' door het ambulancepersoneel blijkt iets te hoog te zijn voor beide vragenlijsten, namelijk 0,76 en 0,72. In eerder onderzoek is deze correlatie geaccepteerd omwille van vergelijkbaarheid tussen beide CQI's en deze keuze wordt hier gehandhaafd.

Tabel B.5 Interfactorcorrelaties kwaliteitsthema's CQI planbare ambulancezorg

	Vervoer	Bejegening	Handelen
Bejegening	0,61	-	-
Handelen	0,62	0,76	-
Communicatie	0,52	0,52	0,54

N=2.123-2.205. Alle correlaties $p < 0,001$

Tabel B.6 Interfactorcorrelaties kwaliteitsthema's CQI spoedeisende ambulancezorg

	Meldkamer	Bejegening	Handelen	Communicatie
Bejegening	0,15	-	-	-
Handelen	0,20	0,72	-	-
Communicatie	0,24	0,53	0,65	-
Vervoer	0,18	0,20	0,33	0,30

N=1.190-4.293. Alle correlaties $p < 0,001$

Vergelijking van schalen tussen beide CQI's

Bij de ontwikkeling van de vragenlijsten is getracht om te zorgen dat beide lijsten op elkaar aansluiten waar dat mogelijk is. Voorts kijken we in dit onderzoek ook naar verschillen in scores tussen de beide vormen van ambulancezorg. De vergelijkbaarheid van de schalen tussen beide lijsten is daarmee een belangrijk punt. In tabel B.7 staan de schalen/kwaliteitsthema's en onderliggende vragen opgenomen van beide vragenlijsten. De schalen vervoer, bejegening en communicatie komen volledig of grotendeels overeen tussen beide vragenlijsten. De CQI planbare ambulancezorg heeft twee extra vragen in de kwaliteitsthema's vervoer en communicatie. Inhoudelijk zijn de vragen van het kwaliteitsthema handelen het meest verschillend. Er zijn kleine verschillen in de betrouwbaarheden van de schalen, maar gezien de grote aantallen cliënten in beide groepen staat dit een vergelijk tussen de scores van beide lijsten niet in de weg.

³ Carey R, Seibert J. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care*, 1993; 31:834-45

Tabel B.7 Vergelijking kwaliteitsthema's CQI planbare en CQI spoedeisende ambulancezorg

nr.	CQI planbare ambulancezorg	nr.	CQI spoedeisende ambulancezorg
Vervoer ($\alpha=0,85$)		Vervoer ($\alpha=0,75$)	
10	Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	35	Idem
11	Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?		
12	Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)		
15	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	36	Idem
Bejegening ($\alpha=0,78$)		Bejegening ($\alpha=0,79$)	
17	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	18	Idem
18	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	19	Idem
Handelen ($\alpha=0,85$)		Handelen ($\alpha=0,81$)	
19	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	23	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)
		20	Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?
20	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	21	Idem
		22	Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?
21	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?		
25	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	30	Idem
30	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?		
		25	Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen
		26	Had het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?
Communicatie ($\alpha=0,75$)		Communicatie ($\alpha=0,81$)	
22	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	27	Idem
23	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	28	Idem
24	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	29	Idem
28	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?		
33	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?		

Fase 4: Onderscheidend vermogen CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg

Multilevelanalyses

Met multilevelanalyses (MLA) is het discriminerend vermogen van de CQI planbare ambulancezorg vastgesteld.^{4,5} Dit is de mate waarin de vragenlijst verschillen tussen RAV's kan aantonen. Het discriminerend vermogen is onderzocht voor de kwaliteitsthema's, ervaringsvragen en het waarderingscijfer voor het ambulancepersoneel.

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. 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.

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.⁶ 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. Conform de case-mix correctie in de CQI spoedeisende ambulancezorg in 2013 is bekeken of gecorrigeerd dient te worden voor de variabelen leeftijd, ervaren gezondheid en opleidingsniveau.

De MLA van de CQI planbare ambulancezorg laat zien dat er, zowel met als zonder case-mix correctie, geen verschillen tussen RAV's bestaan op de kwaliteitsthema's of de waarderingsvraag. Op de items 'Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance?' (v5) en 'Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?' (v7) zijn kleine verschillen tussen RAV's aangetroffen (tabel B.8); ICC waarden zijn >0,000 en de likelihood-ratiotoets is significant.

⁴ Bryk AS, Raudenbush SW. Hierarchical Linear Models in Social and Behavioral Research: Applications and Data Analysis Methods. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992

⁵ Snijders TAB, Bosker RJ. *Multilevel Analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Sage Publishers: London, 1999

⁶ 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

Tabel B.8 CQI planbare ambulancezorg: ICC en p-waarden kwaliteitsthema's, aspecten en waardering

	Model ^a	
	ICC	p (χ ² likelihood-ratiotoets)
Schaal:		
1 Vervoer	0,000	1,0000
2 Bejegening	0,000	1,0000
3 Handelen	0,000	1,0000
4 Communicatie	0,000	1,0000
Kwaliteitsaspecten:		
Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance? (v5)	0,0351	0,0000
Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance? (v7)	0,0385	0,0490
Waardeoordeel:		
Ambulancepersoneel (v36)	0,0012	0,3622

^a model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid respondent

* **p<0,05 dikgedrukt**

De MLA van de CQI spoedeisende ambulancezorg laat zien dat er op het kwaliteitsthema meldkamer (ICC=0,0160; p=0,0117) en het waarderingcijfer voor de meldkamer (ICC=0,0127; p=0,0307) kleine significante verschillen zijn. Op de overige kwaliteitsthema's zijn geen verschillen tussen RAV's aan te tonen op basis van de gemeten ervaringen van cliënten. V15 'Hoe lang moest u wachten op de ambulance?' is het enige kwaliteitsaspect waarop significante verschillen tussen RAV's (ICC=0,0054; p=0,0168) (tabel B.9). Op de overige kwaliteitsaspecten zijn geen verschillen waar te nemen.

Tabel B.9 CQI spoedeisende ambulancezorg: ICC en p-waarden kwaliteitsthema's, aspecten en waardering

	Model ^a	
	ICC	p (χ ² likelihood-ratiotoets)
Schaal:		
1 Meldkamer	0,0160	0,0117
2 Bejegening	0,0001	0,4771
3 Handelen	0,000	1,0000
4 Communicatie	0,000	1,0000
5 Vervoer	0,0001	0,4787
6 SEH	0,000	1,0000
Hoe lang moest u op de ambulance wachten? (V15)	0,0054	0,0168
Waardeoordeel:		
Meldkamer (v11)	0,0127	0,0307
Ambulancepersoneel (v41)	0,0012	0,3622

^a model gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid respondent

* **p<0,05 dikgedrukt**

Meer informatie over de CQ-index:

- CQI overzicht: <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/CQI-overzicht.aspx>
- CQI ontwikkeltools: <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/CQI-overzicht.aspx>
- CQI vragenlijst: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/cqi-overzicht/Paginas/Home.aspx>

Bijlage C Begeleidingscommissie CQ-indexen ambulancezorg

Landelijke meting

Organisatie

Nederlandse Federatie Nefrologie
Patiëntenfederatie Nederland
RAV IJsselland
Zorgbelang Nederland
V&VN Ambulancezorg
RAV Utrecht
Vereniging Samenwerkingsverband
Chronische Ademhalingsondersteuning
Ambulancezorg Nederland
LHV
Nederlandse Vereniging van Medisch Managers
Ambulancezorg
Revalidatie Nederland
Stichting Miletus/ZN
Nederlandse vereniging voor radiotherapie en oncologie
Ministerie van VWS

Personen

Dhr. J. Barendregt
Dhr. J. Benedictus
Dhr. G. Berendschot/Mw. H. Hissink
Dhr. C. Vermolen/Mw. M. Mol
Mw. I. Bolt
Mw. C. Fledderus-Plaisier
Dhr. M. Gaytant

Mw. M. Hoogeveen
Mw. L. Romijn
Dhr. J. de Nooij

Dhr. J. Smale
Mw. B. Vriens/Mw. A. Viscaal
Dhr. E. Wiegman
Dhr. G. Wiggers/Mw. R. Pruis

Continue meting

Organisatie

Kijlstra Ambulancegroep Fryslân
Kijlstra Ambulancegroep Fryslân
RAV Utrecht
Ambulancezorg Nederland

Personen

Mw. C. van Well
Mw. M. van Keulen
Mw. C. Fledderus-Plaisier
Mw. M. Hoogeveen

Bijlage D Aanpassingen vragenlijsten spoedeisende en planbare ambulancezorg

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

Spoedeisende ambulancezorg

Vraag 29 'Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?' is vervangen door 'Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?' net als in de CQI planbare ambulancezorg. Met deze vraag trachten we eerder te meten in hoeverre het ambulancepersoneel duidelijk antwoord geeft dan de mate waarin het personeel cliënten de gelegenheid geeft om vragen te stellen.

Vraag 30 'Werkte het ambulancepersoneel onderling goed met elkaar samen?' is aan de hand van de bewoording van deze vraag in de CQI planbare ambulancezorg veranderd in 'Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?'

Vraag 31 'Heeft u het idee dat er vergissingen of fouten zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?' is uit de vragenlijst verwijderd'.

Vraag 32 'Heeft u verder nog opmerkingen over de zorg door het ambulancepersoneel?' is uit de vragenlijst verwijderd.

Vraag 37 'Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?' is aan de hand van de bewoording van deze vraag in de CQI planbare ambulancezorg veranderd in 'Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?'

Vraag 38: 'Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?' is aan de hand van de bewoording van deze vraag in de CQI planbare ambulancezorg veranderd in 'Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?'

De open vraag 'Heeft u nog opmerkingen over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp' is als vraag 41 toegevoegd aan de vragenlijst. Dit met als doel om de vergelijkbaarheid te vergroten met de vragenlijst voor de planbare ambulancezorg.

De vraag 'Heeft u positieve punten over de ambulancezorg?' met de antwoordcategorieën 'Nee' en 'Ja, namelijk' is als vraag 42 toegevoegd aan de vragenlijst. Tevens met als doel om de vergelijkbaarheid te vergroten met de vragenlijst voor de planbare ambulancezorg.

Planbare ambulancezorg

Vraag 23 'Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit' is toegevoegd aan de CQI planbare ambulancezorg. Naar aanleiding van psychometrisch onderzoek in 2015 was besloten om de vraag te behouden. Echter, deze vraag was niet opgenomen in de eerste versie.

Bijlage E Dataverzameling landelijke meting

Doelgroep

Dit onderzoek richt zich op mensen die tussen 1 augustus en 30 september van het jaar 2016 planbare ambulancezorg of spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen van een van de 23 deelnemende RAV's (zie bijlage A).

Steekproeftrekking

In de eerste week van oktober heeft iedere RAV 2 steekproeven met een willekeurige selectie van cliënten geleverd aan een meetorganisatie; een voor de spoedeisende ambulancezorg die plaats hebben gevonden bij een A1- of A2 urgentie (N=600) en een voor de planbare ambulancezorg met een B-urgentie (N=600). Van de 600 cliënten die spoedeisende ambulancezorg hebben ontvangen, diende 70% de vervoerde cliënten te betreffen en 30% de cliënten met een EHGv-inzet. Hier is voor gekozen, omdat ongeveer dezelfde verhouding tussen vervoerd en niet vervoerd is terug te vinden bij het totaal aan spoedeisende inzetten in een jaar. Om uiteindelijk de resultaten voor de planbare ambulancezorg te bekijken voor cliënten vervoerd met een zorgambulance en cliënten vervoerd met een ALS-ambulance, diende een evenredige verdeling in vervoer (50%-50%) tussen beide type ambulances te worden gemaakt bij het selecteren van gegevens voor de steekproef. Voor het selecteren van cliëntgegevens ten behoeve van de twee steekproeven zijn, de volgende inclusiecriteria opgesteld:

Steekproef 1:

- Tussen 1 augustus en 30 september 2016 hulp ontvangen van de betreffende RAV.
- Inzetten vonden plaats bij een A1- of A2- urgentie (inclusief EHGv).
- Vervoerd naar een afdeling Spoedeisende eerste hulp (SEH) of functieafdeling van een ziekenhuis (N=420).
- Alleen ter plaatse behandeld (EHGv) (N=180).
- Cliënt was ten tijde van de steekproeftrekking 16 jaar of ouder.
- Cliënt is woonachtig in Nederland.

Steekproef 2:

- Tussen 1 augustus en 30 september 2016 hulp ontvangen van de betreffende RAV.
- Inzetten vonden plaats bij een B-urgentie (N=300 cliënten vervoerd met een zorgambulance; N=300 cliënten vervoerd met een ALS-ambulance).
- Cliënt was ten tijde van de steekproeftrekking 16 jaar of ouder.
- Cliënt is woonachtig in Nederland.

Gedurende de meetperiode heeft een bericht gestaan op de websites van de deelnemende RAV's om cliënten te informeren dat ze een uitnodiging kunnen verwachten om deel te nemen aan het onderzoek en om ze een mogelijkheid te bieden om zich op voorhand af te melden voor het onderzoek. Cliënten die zich naar aanleiding van de tekst hebben afgemeld bij de betreffende RAV zijn niet meegenomen in de steekproeven. Tevens is getracht overleden cliënten niet mee te nemen in de steekproeven. Echter, ambulancediensten hebben geen inzicht in hoe het met de

cliënt gaat nadat de zorg is afgerond, waardoor cliënten die zijn overleden na het ontvangen van ambulancezorg niet uitgesloten kunnen worden van de steekproef.

Benadering respondenten

De dataverzameling vond plaats tussen 20 oktober en 3 januari. Cliënten zijn door de meetorganisatie per post benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Bij de dataverzameling is gebruik gemaakt van de mixed-mode methode, waarbij cliënten de keuze is geboden de vragenlijst online in te vullen of schriftelijk. In de eerste uitnodiging werden cliënten gevraagd om de vragenlijst online in te vullen met een unieke inlogcode. Op het bijgeleverde antwoordkaartje konden cliënten eventueel aangeven dat ze niet deel wilden nemen, inclusief de reden daarvan, of dat ze de vragenlijst liever schriftelijk invullen. Wanneer men na drie weken de vragenlijst nog niet had ingevuld of het antwoordkaartje nog niet had terug gestuurd werd een herinneringsbrief gestuurd. Na drie weken werd een tweede tevens laatste herinneringsbrief gestuurd. Aan de laatste herinneringsbrief is een papierenvragenlijst met retourenvelop toegevoegd. In alle briefteksten is expliciet benadrukt dat de betreffende RAV geen inzage heeft in hoe het met de cliënt gaat en dat de brieven daarom op een ongepast moment kunnen komen voor de ontvanger. Opsommend is het volgende verzendschema gehanteerd:

Week 42: Uitnodiging met inlogcode om de vragenlijst online in te vullen en een antwoordkaartje

Week 45: Eerste herinnering met inlogcode om vragenlijst online in te vullen

Week 47: Tweede herinnering met inlogcode om vragenlijst online in te vullen en een papieren versie van de vragenlijst

Bijlage F Overzicht ervaringsvragen CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg

In de onderstaande tabellen F.1 en F.2 staan voor alle ervaringsvragen in de CQI planbare ambulancezorg en CQI spoedeisende ambulancezorg de ervaringscores, belangsscores, percentages negatieve antwoorden ('nee, helemaal niet'/'een beetje'/'groot probleem'/'klein probleem'/'nee'), en verbeterscores opgenomen.

Tabel F.1 Overzicht ervaringsvragen CQI planbare ambulancezorg

Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- potentieel (2016)	Verbeter- potentieel (2015)
5 Wist u hoe laat u zou worden opgehaald met de ambulance?	2168	2,99	2,99	33,72	1,01	0,84
6 Vond u het een probleem dat u niet wist wanneer u zou worden opgehaald?	677	3,43	2,99	9,75	0,29	0,17
7 Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?	1359	3,59	3,02	13,69	0,41	0,31
8 Was het en probleem dat de ambulance eerder of later dan afgesproken kwam?	42	3,43		9,52		
9 Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?	1810	3,81	3,19	6,46	0,21	0,25
10 Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	2181	3,85	3,06	2,29	0,07	0,10
11 Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?	1565	3,84	3,25	3,07	0,10	0,14
12 Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit?	1440	3,79	3,15	5,21	0,16	0,17
14 Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?	334	3,96	3,42	1,50	0,05	0,07
15 Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	2115	3,87	3,25	1,94	0,06	0,06
17 Nam het ambulancepersoneel u serieus?	2199	3,92	3,36	1,59	0,05	0,07
18 Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	2194	3,91	3,21	1,18	0,04	0,08
19 Had het ambulancepersoneel genoeg aandacht voor de mensen die bij uw waren (partner/familie/vrienden)?	1225	3,83	3,01	3,35	0,10	0,08
20 Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	2162	3,93	3,47	1,11	0,04	0,07

Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- potentieel (2016)	Verbeter- potentieel (2015)
21 Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	2178	3,89	3,27	1,52	0,05	0,06
22 Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	2167	3,70	3,24	5,72	0,19	0,24
23 Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	2150	3,77	3,27	3,86	0,13	0,19
24 Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	1543	3,90	3,38	1,49	0,05	0,09
25 Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	2042	3,96	3,37	0,34	0,01	0,01
27 Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	1540	3,82		2,86		
28 Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	1846	3,39	3,02	14,36	0,43	0,35
29 Was het een probleem dat het ambulancepersoneel niet (helemaal) had verteld wat er bij aankomst zou gebeuren?	258	3,73		4,26		
30 Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	2011	3,93	3,44	1,09	0,04	0,05
31 Vroeg het ambulancepersoneel of er thuis iemand aanwezig was?	516	3,22	3,11	25,97	0,81	0,80
32 Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?	647	3,64	3,26	12,06	0,39	0,06
33 Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	2070	3,85	2,94	0,92	0,03	0,04

Tabel F.2 Overzicht ervaringsvragen CQI spoedeisende ambulancezorg

Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- score (2016)	Verbeter- score (2013)
8 Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg genoeg aandacht voor u?	1224	3,90	3,48	2,04	0,07	0,07
9 Vertelde de centralist wat u moest doen tot de ambulance arriveerde?	1092	3,66	3,55	11,26	0,40	1,08
10 Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?	1152	3,73	3,56	5,56	0,20	0,59
14 Vond u dat de huisarts of (dienstdoende arts) en het ambulancepersoneel goed samenwerkten?	901	3,90	3,43	1,89	0,06	0,11
16 Was het wachten op de ambulance een probleem?	3884	3,49	3,66	6	0,22	0,23
17 Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	4264	3,95	3,24	1,38	0,04	0,04
18 Nam het ambulancepersoneel u serieus?	4257	3,92	3,60	1,97	0,07	0,06

Vraag	N	Ervarings- score	Belang- score	% negatieve antwoorden	Verbeter- score (2016)	Verbeter- score (2013)
19 Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	4199	3,93	3,47	1,36	0,05	0,05
20 Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?	4146	3,69	3,46	4,66	0,16	0,17
21 Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	4230	3,90	3,59	1,84	0,07	0,09
22 Ging het ambulancepersoneel kortdaat te werk?	4185	3,91	3,59	1,6	0,06	0,06
23 Had het ambulancepersoneel genoeg aandacht voor de mensen die aanwezig waren (familie/vrienden/omstanders)?	3352	3,71	3,02	5,91	0,18	0,20
25 Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	2021	3,78	3,46	3,51	0,12	0,15
26 Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?	2909	3,68	3,51	6,08	0,21	0,21
27 Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	3975	3,76	3,48	4,43	0,15	0,13
28 Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	3985	3,79	3,47	3,54	0,12	0,09
29 Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	3137	3,86	3,40	2,17	0,07	0,09
30 Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	3966	3,94	3,62	0,93	0,03	0,02
32 Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?	875	3,79	3,38	5,71	0,19	0,27
33 Heeft het ambulancepersoneel u informatie gegeven voordat ze vertrokken?	887	3,88	3,38	4,06	0,14	0,27
34 Heeft het ambulancepersoneel u uitgelegd naar welk ziekenhuis u vervoerd werd?	2949	2,33	3,01	44,39	1,34	1,33
35 Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	2915	3,88	3,32	1,72	0,06	0,04
36 Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	3013	3,85	3,29	2,22	0,07	0,04
38 Heeft het ambulancepersoneel u goed overgedragen aan de spoedeisende hulp?	3439	3,83	3,62	4,54	0,16	0,05
39 Vond u dat het ambulancepersoneel en de spoedeisende hulp goed met elkaar samenwerkten?	3257	3,83	3,64	3,84	0,14	0,05