

Kwaliteit ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten

Verslag van het Burgerplatform Ambulancezorg 2020

Yvonne Jorna
Lilian van Tuyl
Marlon Rolink
Dolf de Boer
Nanne Bos



NIVEL
Kennis voor betere zorg



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

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

Juni 2020

ISBN 978-94-6122-624-2

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2020 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Voorwoord

Voor u ligt het rapport ‘Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten. Verslag van het Burgerplatform Ambulancezorg 2020’. In dit rapport staan de belangrijkste reflecties van burgers over actuele onderwerpen in de ambulancezorg beschreven. In dit Burgerplatform lag de focus op de onderwerpen communicatie, samen beslissen en samenwerking in de keten. Om kwaliteit van ambulancezorg aan te laten sluiten bij burgers is inzicht in het perspectief van burgers nodig. De opbrengsten van het Burgerplatform Ambulancezorg, dat aanvullend op het vragenlijstonderzoek naar patiëntervaringen in maart 2020 is uitgevoerd, bieden hiervoor aanknopingspunten. Dit onderzoek is door Nivel uitgevoerd in opdracht van Ambulancezorg Nederland.

We danken de deelnemers aan het Burgerplatform voor de waardevolle gesprekken en discussies tijdens de bijeenkomst. Daarnaast gaat onze dank uit naar de leden van de begeleidingscommissie voor hun deskundige inbreng gedurende de looptijd van het onderzoek. De leden zijn: Silvie van Doorn (verpleegkundig specialist, RAV Brabant Midden-West-Noord), Harm van de Pas (medisch manager ambulancezorg, RAV Brabant Midden –West-Noord), Gerard Berendschot (manager kwaliteit en beleid, Ambulance IJsselland), Edith Dekker (senior adviseur patiëntenbelang, Patiëntenfederatie Nederland), Margreet Hoogeveen (programmamanager kwaliteit, Ambulancezorg Nederland), Angelique van der Weerd (beleidsmedewerker kwaliteit Ambulancezorg Nederland).

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doel	10
1.3 Methode	11
1.4 Leeswijzer	12
2 Introductie ambulancezorg	13
3 Communicatie en de geïnformeerde patiënt	14
3.1 Kernbevindingen	14
3.2 Werkvorm	14
3.3 Resultaten	15
4 Samen beslissen	20
4.1 Kernbevindingen	20
4.2 Werkvorm	20
4.3 Resultaten	21
5 Samenwerking in de keten	24
5.1 Kernbevindingen	24
5.2 Werkvorm	25
5.3 Resultaten	25
6 Discussie	28
6.1 Verbeterpunten ambulancezorg	28
6.2 Leerpunten uit het Burgerplatform Ambulancezorg	30
7 Conclusie	31
Literatuur	32
Bijlage A Deelnemers aan het Burgerplatform Ambulancezorg	33
A.1 Werving	33
A.2 Karakteristieken van de deelnemers	34
Bijlage B Voorbereidingsopdracht	35
Bijlage C Methode	38
C.1 Quiz en introductie	38
C.2 Werkvormen	39
C.3 Verslaglegging	41

Samenvatting

De ambulancesector hecht veel waarde aan de continue verbetering van de kwaliteit van ambulancezorg. Dit uit zich door monitoring en observatie van prestaties en transparantie binnen de gehele sector waarin de patiënt een centrale plaats heeft. Hiertoe wordt in het kader van sectorale afspraken iedere drie jaar een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder alle regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) naar de patiëntervaringen over de ambulancezorg. Ambulancezorg Nederland heeft het Nivel gevraagd om, aanvullend op het vragenlijstonderzoek, op interactieve wijze de mening en ervaring van (toekomstige) patiënten in kaart te brengen. Het doel is om naast het positieve beeld dat vanuit het vragenlijstonderzoek naar voren komt meer inzicht te krijgen in de verwachtingen van burgers over ambulancezorg. Welke verwachtingen en wensen hebben burgers ten aanzien van communicatie? Welke mogelijkheden omtrent samen beslissen zien zij en wat is de mening van burgers over samenwerking tussen zorgverleners in de acute zorg? Het Nivel heeft hier invulling aan gegeven door het organiseren van een Burgerplatform Ambulancezorg, waarin deze drie onderwerpen aan bod kwamen.

Burgerplatform

Een Burgerplatform is een methode om burgers met en zonder relevante ervaring met zorgverlening door middel van interactieve discussies actief te betrekken bij complexe onderzoeks- en beleidsvraagstukken in de gezondheidszorg. Dit is de eerste keer dat, naast het driejaarlijkse vragenlijstonderzoek onder patiënten die ambulancezorg hebben ontvangen, een Burgerplatform Ambulancezorg georganiseerd is. Tijdens het Burgerplatform Ambulancezorg kwamen door middel van drie verschillende werkvormen drie gespreksonderwerpen aan bod, namelijk: 1) communicatie, 2) samen beslissen en 3) samenwerking in de keten (zorgcoördinatie). Deze onderwerpen zijn gekozen om verdieping te geven aan de resultaten van het vragenlijstonderzoek. Daarnaast sluiten de onderwerpen aan bij actuele ontwikkelingen binnen de ambulancezorg. In totaal namen 27 burgers deel aan het Burgerplatform, waarvan ongeveer de helft als patiënt ervaring heeft met de ambulancezorg.

Communicatie en de geïnformeerde patiënt

Tijdens het eerste deel van het Burgerplatform bediscussieerden de deelnemers aan de hand van drie casussen op welk moment ze waarover en door wie geïnformeerd zouden willen worden. De deelnemers van het Burgerplatform zijn het met elkaar eens dat geruststelling door de centralist van de meldkamer ambulancezorg de eerste stap is. Voldoende en adequate informatie over zowel inhoudelijke activiteiten, als over logistieke processen helpt de patiënt en naasten om gerustgesteld te worden. Bij aanvang van de ambulancezorg – op de meldkamer ambulancezorg – is informatie van de centralist aan de naasten het meest van belang, zoals een stapsgewijze uitleg over wat de naasten kunnen doen om de situatie van de patiënt te verbeteren. Tijdens de zorgverlening ter plaatse en tijdens het ambulancevervoer hebben zowel de naasten als de patiënt behoefte aan informatie, zoals informatie over de zorgverlening voor en tijdens het vervoer. Een andere belangrijke bevinding is de behoefte aan nazorg, een mogelijkheid om achteraf nog vragen te kunnen stellen over de zorgverlening en de keuzes die gemaakt zijn. Tijdens het bespreken van de casussen is naast de

informatiebehoefte bij de spoedeisende ambulancezorg ook de planbare ambulancezorg besproken. De informatiebehoefte komt in beide situaties grotendeels overeen.

Samen beslissen

Volgens de deelnemers is samen beslissen in levensbedreigende situaties niet aan de orde en niet wenselijk, met name omdat de tijd daarvoor ontbreekt. De best passende zorg is in levensbedreigende situaties leidend. In spoedeisende situaties die niet levensbedreigend zijn, is er een mogelijkheid om samen te beslissen, maar dat moet door de zorgverlener door middel van communicatie en informatie gefaciliteerd worden. Door informatie uit te wisselen, kan de patiënt een geïnformeerde keuze maken. Patiënten met een acute zorgvraag zijn zich daarnaast vaak onvoldoende of niet bewust van eventuele keuzemogelijkheden. De tijd voor samen beslissen is vanwege het spoedeisende karakter van de situatie beperkt. De deelnemers geven om die reden aan dat niet elk onderwerp zich leent voor samen beslissen. De keuze voor een ziekenhuis door rekening te houden met de voorkeur van de patiënt en kleine praktische keuzes worden als voornaamste aspecten genoemd om samen over te beslissen.

Samenwerken in de keten

Patiënten met acute zorgvragen kunnen worden behandeld door verschillende zorgaanbieders in de acute zorgketen: huisarts, huisartsenpost (HAP), RAV's, ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties voor wijkverpleging. Vaak maakt een patiënt gebruik van meerdere acute zorgaanbieders. De deelnemers aan het Burgerplatform zijn in beginsel positief over meer samenwerking tussen de acute zorgaanbieders. De deelnemers zien mogelijkheden voor informatie-uitwisseling middels een spoeddossier, waarin zorgverleners direct kunnen inzien wat de belangrijkste zorginhoudelijke informatie is en voor welke zorgverleners de patiënt een voorkeur heeft binnen de al bestaande behandelrelaties. Deelnemers staan positief tegenover één centraal telefoonnummer voor acute zorg, met als voorwaarden dat snelle bereikbaarheid gegarandeerd is en dat ze weten welke zorgverlener de zorg verleent. De vraag hoe deelnemers aankijken tegen meer samenwerking tussen zorgverleners om zorgvragen en best passende zorg te bepalen, leverde vragen op over hoe de nauwere samenwerking er in de praktijk uit komt te zien. De deelnemers vinden het belangrijk om onder andere mee te denken over de keuzevrijheid en financiële consequenties. Tegelijkertijd konden de meeste deelnemers de consequenties niet geheel overzien omdat dit onderwerp nog volop in ontwikkeling is. Op het moment dat concretere invulling aan samenwerking in de keten en zorgcoördinatie wordt gegeven, kunnen burgers gericht om hun mening worden gevraagd.

Aanbevelingen voor de sector

De opbrengsten van het Burgerplatform Ambulancezorg 2020 ondersteunen de ambulancesector om de behoefte, ideeën en verwachtingen van patiënten centraal te stellen in ontwikkelingen binnen de ambulancezorg. Het Burgerplatform levert de onderstaande aanbevelingen op:

- Verken de mogelijkheden om patiënten beter te informeren over keuzemogelijkheden tijdens het ambulancezorgproces en mogelijkheden voor nazorg.
- Wanneer concretere invulling wordt gegeven aan samenwerking in de acute zorgketen (zorgcoördinatie), is het aan te bevelen opnieuw een Burgerplatform Ambulancezorg te

organiseren, waarin burgers gericht hun mening, wensen en behoeften kunnen geven over dit onderwerp.

- Het Burgerplatform Ambulancezorg is een waardevolle manier om de wensen en behoeften van patiënten inzichtelijk te maken aanvullend op het driejaarlijks vragenlijstonderzoek. Het valt daarom aan te bevelen om aanvullend op het onderzoek naar de ervaringen van patiënten een Burgerplatform te organiseren.



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Patiënt centraal

Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) vinden het belangrijk dat de zorg die zij verlenen aansluit bij de zorgvraag en -behoeften van patiënten. Hiertoe wordt volgens sectorale afspraken iedere drie jaar een landelijk vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van patiënten over de ambulancezorg. Aan dit patiëntervaringsonderzoek nemen alle RAV's in Nederland deel. De resultaten van het onderzoek worden opgenomen in het sectorkompas, als onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg. Binnen het kwaliteitskader ambulancezorg is één van de uitgangspunten dat de patiënt centraal staat. Dit houdt in dat de zorg afgestemd is op de vraag en behoefte van de patiënt. Patiëntwaarderingen en ervaringen, zoals bijvoorbeeld gemeten wordt door het vragenlijstonderzoek, zijn een signaal voor de mate waarin de patiënt centraal wordt gesteld. Daarnaast biedt inzicht in het perspectief van de patiënt op de ambulancezorg aanknopingspunten om de zorgverlening te verbeteren [9].

Inzicht in kwaliteit en verbeterpunten

In het landelijke vragenlijstonderzoek worden patiënten gevraagd naar hun ervaring rondom de onderwerpen communicatie, overdracht, samenwerking en bejegening binnen de ambulancezorg. Uit de resultaten van het onderzoek in 2019, komt net als in het onderzoek van 2016, naar voren dat patiënten zeer tevreden zijn over de ambulancezorg [1,2]. Een mogelijk verbeterpunt dat benoemd wordt, is de informatieoverdracht van zorgverleners naar patiënten en naasten. De volledige resultaten en methodiek van het vragenlijstonderzoek worden in een afzonderlijk rapport beschreven. In de rapportage van het patiëntervaringsonderzoek 2019 zijn de opbrengsten van het Burgerplatform Ambulancezorg gebruikt om verdieping aan de resultaten te geven [2].

Burgerplatform

De ambulancesector hecht veel waarde aan de waardering die patiënt de geleverde zorg geven en aan continue verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg. Het kwaliteitskader ambulancezorg en het visiedocument 'Ambulancezorg in 2025' bevatten uitgangspunten en handvatten voor het monitoren van patiënttevredenheid en continu verbeteren van de kwaliteit. In deze documenten zijn – naast het centraal stellen van de patiënt – de onderwerpen communicatie, samen beslissen en zorgcoördinatie opgenomen [9, 10]. Ambulancezorg Nederland (AZN) vindt het belangrijk om burgers nauw te betrekken bij de ontwikkelingen in de sector, om ook in de toekomst de zorgverlening aan te laten sluiten bij de zorgvraag, -behoeften, ideeën en verwachtingen van patiënten. AZN heeft daarom het Nivel gevraagd om, aanvullend op het landelijke vragenlijstonderzoek, op interactieve wijze de ervaringen, wensen, ideeën en behoeften van (toekomstige) patiënten in kaart te brengen.

Box 1.1 Uitleg over het concept 'Burgerplatform'

Een Burgerplatform is een innovatieve, kwalitatieve methode, afkomstig uit het Verenigd Koninkrijk. Het betreft een bijeenkomst met ongeveer 25 burgers waarbij de deelnemers eerst informatie krijgen over het onderwerp. Dit zorgt ervoor dat de deelnemers geïnformeerde standpunten kunnen innemen. Daarnaast zijn er diverse interactieve opdrachten waarin deelnemers vraagstukken nader verkennen en hun eigen visie op die vraagstukken nader ontwikkelen. Het resultaat is een veel rijkere oogst aan visies, meningen en perspectieven dan doorgaans volgt uit een focusgroep, interviews of een vragenlijstonderzoek (zie ook: Hendriks en de Boer, 2017 [11] voor een uitgebreid verslag van het eerste Burgerplatform en <https://www.nivel.nl/nl/burgerplatform/burgerplatform-voor-verslagen-van-verschillende-burgerplatforms>).

1.2 Doel

Het doel van het Burgerplatform Ambulancezorg is om, aanvullend op het landelijke vragenlijstonderzoek van 2019, meer inzicht te krijgen in de verwachtingen, ideeën en wensen van burgers over de ambulancezorg. De opbrengsten van het Burgerplatform ondersteunen AZN bij het formuleren van ideeën en gedachtengoed over patiëntgerichte ambulancezorg en om toekomstige ontwikkelingen binnen de acute zorg aan te laten sluiten bij de wensen en behoefte van burgers. Ook communicatie naar burgers kan op basis van de opbrengsten van het Burgerplatform verder worden ontwikkeld.

1.2.1 Concrete doelen

Het Burgerplatform Ambulancezorg is ingezet om inzicht te verkrijgen in de zorgvraag, -behoeften, ideeën en verwachtingen van patiënten van ambulancezorg in zijn algemeenheid. Daarnaast is gekozen voor drie specifieke thema's, namelijk communicatie, samen beslissen en samenwerking binnen de acute zorgketen (zorgcoördinatie). Deze thema's sluiten aan bij de uitgangspunten uit het kwaliteitskader ambulancezorg [9] en het visiedocument 'Ambulancezorg in 2025' [10] met als doel de kwaliteit van de ambulancezorg te monitoren en continu te verbeteren. Deze thema's zijn daarnaast onderwerpen uit het landelijke vragenlijstonderzoek naar patiëntervaringen, waarbij communicatie als verbeterpunt werd genoemd in het meest recente vragenlijstonderzoek uit 2019.

Om de wensen, ideeën en behoeften van burgers mee te nemen in de ontwikkelingen op dit gebied, zijn de drie thema's verwoord in de onderstaande drie gespreksonderwerpen:

- **Communicatie en de geïnformeerde patiënt:** Hoe, waarover en op welk moment willen burgers informatie ontvangen over de (verleende) ambulancezorg?
- **Samen beslissen:** Heeft samen beslissen een plek in de ambulancezorg en wat zijn de ideeën en wensen zijn van burgers ten aanzien van samen beslissen?
- **Samenwerking binnen de acute zorgketen (zorgcoördinatie):** Hoe kijken burgers aan tegen een (her)inrichting in de acute zorg door meer samenwerking tussen verschillende disciplines?

1.3 Methode

In een Burgerplatform vinden interactieve discussies plaats met burgers over actuele (ingewikkelde) kwesties in de gezondheidszorg. Tijdens het Burgerplatform Ambulancezorg is gewerkt volgens de 'Leidraad Burgerplatform' die ontwikkeld is om dit type bijeenkomsten zo betrouwbaar en verifieerbaar mogelijk uit te voeren [3].

1.3.1 Deelnemers

Voor het Burgerplatform Ambulancezorg zijn twee groepen burgers uitgenodigd:

- De helft van de groep is geworven onder deelnemers van het vragenlijstonderzoek die hebben aangegeven bereid te zijn om deel te nemen. Dit zijn burgers die recent als patiënt ervaring hebben met de ambulancezorg.
- De andere helft van de groep is geworven door Zorgbelang organisaties in de regio Utrecht, Groningen en Gelderland. Deze tweede wervingsgroep heeft als doel om de groepsdiversiteit op het gebied van ervaring met ambulancezorg te vergroten. Bij het uitnodigen is niet gevraagd naar ervaringen met ambulancezorg, waardoor deze groep bestaat uit burgers met én zonder ervaring met de ambulancezorg. Dit kan zijn als patiënt, melder of naaste.

In totaal hebben 27 personen deelgenomen aan het Burgerplatform Ambulancezorg. In Bijlage A staan de wervingsmethodiek en de karakteristieken van de deelnemers beschreven.

1.3.2 Burgerplatform Ambulancezorg

De deelnemers aan het Burgerplatform Ambulancezorg kregen voorafgaand aan de bijeenkomst informatie toegestuurd ter voorbereiding (zie Bijlage B). Deze informatie bevatte uitleg over acute zorgverlening van huisarts(enpraktijk), huisartsenposten en ambulancevoorzieningen. Daarnaast werd uitleg gegeven over vaak gebruikte terminologieën binnen de ambulancezorg.

Het Burgerplatform Ambulancezorg was een ééndaagse bijeenkomst. Het Burgerplatform startte met een quiz over de ambulancezorg. Vervolgens gaven experts op het gebied van ambulancezorg een korte uitleg over de organisatie van de ambulancezorg en de acute zorg in Nederland (zie Bijlage B). De deelnemers kregen aansluitend de mogelijkheid om vragen te stellen. De informatie voorafgaande aan de bijeenkomst, de quiz en de korte uitleg ondersteunen de deelnemers bij het innemen van een geïnformeerd standpunt. Na de introductie gingen de 27 deelnemers in vier groepen uiteen. Elke groep bestond uit deelnemers die via de vragenlijst geworven en uit deelnemers die via de Zorgbelang organisatie geworven zijn. Bij elke groep sloten één of twee gespreksleiders aan (een onderzoeker vanuit het Nivel en/of een expert op het gebied van de ambulancezorg).

Door middel van drie werkvormen kwamen drie gespreksonderwerpen aanbod, namelijk: communicatie, samen beslissen en samenwerking in de acute zorgketen/zorgcoördinatie. De werkvormen worden in hoofdstuk 3, 4 en 5 nader toegelicht. Bij elke werkvorm wisselde de samenstelling van de groepjes. Experts op het gebied van ambulancezorg leidden de gespreksonderwerpen in. Op deze manier kregen de deelnemers een goed beeld van een vraagstuk en konden ze hun mening formuleren. Bij elke werkvorm werden de belangrijkste opbrengsten uit iedere groep plenair teruggekoppeld, zodat de consistentie en diversiteit in perspectieven vastgesteld kon worden.

1.4 Leeswijzer

In dit verslag wordt per gespreksonderwerp van het Burgerplatform de werkvorm en rode draad van de discussies beschreven. Hoofdstuk 2 gaat over de vragen die tijdens de introductie gesteld werden. Hoofdstuk 3, 4 en 5 gaan respectievelijk over de gespreksonderwerpen communicatie en de geïnformeerde patiënt, samen beslissen en samenwerking in de keten (zorgcoördinatie). Elk hoofdstuk start met de kernbevindingen, gevolgd door een korte uitleg over de werkvorm en een samenvatting van de uitkomsten van de discussie. Verdere informatie over de methode van de werkvormen is in de bijlage te vinden.

Letterlijke uitspraken van deelnemers zijn cursief gedrukt en tussen “aanhalingstekens” geplaatst. Tijdens het Burgerplatform is voor de term “zorgcoördinatie” de term “samenwerking” gebruikt. Zorgcoördinatie is het door zorgaanbieders gezamenlijk organiseren en coördineren van de acute zorg. In het vervolg van dit rapport wordt daarom de term “samenwerking” gehanteerd. In de resultaten wordt de term “patiënten” gebruikt voor burgers die als patiënt in aanraking komen met de ambulancezorg. Met de term “naasten” worden personen bedoeld die dicht bij een patiënt staan en die de patiënt ondersteunen en/of hulp verlenen. Daarnaast wordt de term “omstander” gebruikt. Dit zijn burgers die onverwacht/ongepland in de buurt is van een patiënt, hulp inroept voor een patiënt en eventueel eerste hulp verleent. De term “zorgverlener” wordt gebruikt voor ambulancezorgprofessionals of andere zorgprofessionals in de acute zorgketen.

2 Introductie ambulancezorg

Om deelnemers op hun gemak te stellen en te introduceren in het onderwerp ambulancezorg, startte het Burgerplatform met een interactieve voorstelronde en een korte quiz met weetjes over de ambulancezorg (zie bijlage C.1). Ook werd de organisatie van de acute zorg en het belang van het Burgerplatform voor AZN toegelicht. In dit hoofdstuk bespreken we de vragen die tijdens de introductie en de quiz gesteld werden.

Belangrijkste resultaten

Doel van de introductie en de quiz was om de deelnemers te ondersteunen bij het innemen van een geïnformeerd standpunt.

- Basiskennis over de ambulancezorg is bij de meeste deelnemers aanwezig.
- Verdiepende vragen van deelnemers gingen met name over de organisatie van de zorg.

Box 2 geeft een overzicht van de vragen en opmerkingen die tijdens de quiz en de introductie door de deelnemers werden gesteld. Deze vragen geven inzicht in wat er speelt onder de aanwezigen. Bij veel deelnemers is basiskennis over de organisatie van de ambulancezorg aanwezig (mogelijk vanuit de voorbereidingsopdracht). Verdiepende vragen die deelnemers tijdens de introductie stelden, hebben voornamelijk betrekking op de organisatie van de ambulancezorg. Zo is er een aantal vragen gesteld over wanneer welk type ambulance komt en waarom. Deze vragen zijn gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Hieruit blijkt dat bij sommige deelnemers nog vragen leefden over de manier waarop de zorgverlening in hun situatie verlopen is. Mogelijkerwijs is dit het gevolg van de onbekendheid met hoe de ambulancezorg georganiseerd is en waarom bepaalde keuzes gemaakt worden door zorgverleners.

Box 2.1 Feedback uit de zaal ten aanzien van de introductie en quiz

- Enkele deelnemers maakten een opmerking over de manier waarop een ambulance was ingezet (een deelnemer moest met eigen vervoer naar de huisarts, daar werd pas ambulance gebeld).
- Er is een vraag over de achtergrond van het personeel dat in de ambulance zit, ook over de centralist. Welke opleiding hebben zij gehad?
- Er is een vraag over het verschil tussen een centralist en triagist.
- Waarom komen er twee ambulances wanneer sprake is van reanimatie?
- Een deelnemer die woonachtig is in een grensgebied, vraagt zich af hoe de samenwerking tussen grensgebieden verloopt. Specifiek, waarom niet de dichtstbijzijnde ambulance wordt ingezet, ook al valt deze onder een ander grensgebied. Hetzelfde geldt voor een inzet over landsgrenzen heen.
- Hoe werkt het met de psycholance, hoe is deze dienst georganiseerd?

3 Communicatie en de geïnformeerde patiënt

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de eerste werkvorm waarin met behulp van drie casussen aan de deelnemers gevraagd werd waarover ze geïnformeerd willen worden en op welk moment.

3.1 Kernbevindingen

Belangrijkste resultaten

Geruststelling door informatievoorziening

De rode draad op het gebied van communicatie tijdens het Burgerplatform is dat de deelnemers behoefte hebben aan 'geruststelling'. Dit kan bereikt worden door het geven van informatie.

- **Aanvang ambulancezorg (contact met de meldkamer):**
 - Informatievoorziening van de centralist naar de naaste/omstanders
 - Zorginhoudelijke informatie, bijvoorbeeld: *"Wat kan ik doen?"*
 - Praktische zaken, bijvoorbeeld: *"Wanneer komt er hulp?"*
- **Zorgverlening ter plaatse en eventueel vervoer met een ambulance:**
 - Informatievoorziening van zorgverlenend personeel naar de patiënt
 - Zorginhoudelijke informatie, bijvoorbeeld: *"Wat is er aan de hand?"*
 - Praktische zaken, bijvoorbeeld: *"Wat gaat er gebeuren?"*
- **Afronding van de ambulancezorg:**
 - Informatievoorziening van zorgverleners naar de patiënt en naasten
 - Zorginhoudelijke informatie, bijvoorbeeld informatie over wat er gebeurd is. Indien de patiënt thuis kan blijven is met name behoefte aan informatie waarom de patiënt veilig thuis kan blijven.
 - Praktische zaken, bijvoorbeeld informatie over waar de patiënt in de komende uren op moet letten en wanneer de patiënt opnieuw contact moet opnemen.
- **Na afloop van de zorgverlening:**
 - Behoeft aan nazorg. Patiënt, naasten en omstanders hebben behoefte aan een mogelijkheid om na afloop van de ontvangen ambulancezorg vragen te kunnen stellen die naderhand pas opkomen.
- **Planbare ambulancezorg:**
 - Informatiebehoefte komt grotendeels overeen met de informatiebehoefte bij spoedeisende ambulancezorg.

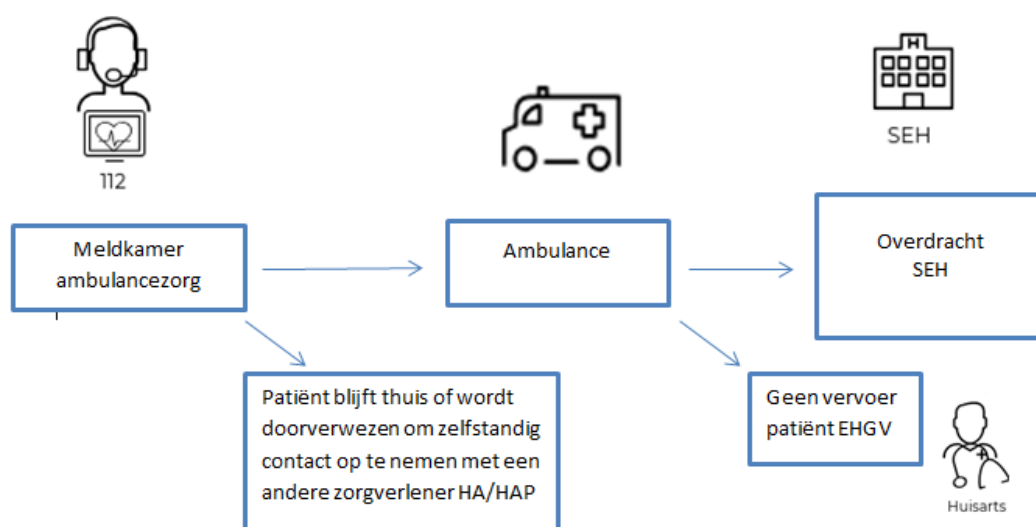
3.2 Werkvorm

De deelnemers gingen in vier groepen uiteen om aan de slag te gaan met drie casussen. Elke casus belicht een andere fase uit het ambulancezorgproces. De eerste casus heeft betrekking op een telefoongesprek met de centralist van de meldkamer ambulancezorg. De tweede casus gaat over een situatie waarin het ambulancepersoneel de patiënt thuis behandelt. Het vervoer naar een ziekenhuis met een ambulance wordt in de laatste casus besproken. Per casus werd aan de deelnemers gevraagd op welk moment ze waarover en door wie geïnformeerd zouden willen worden.

Om de deelnemers te helpen bij het formuleren en structureren van de informatiebehoefte bij de verschillende stappen in het zorgproces, kreeg elke groep een flip-over met een stroomschema van het ambulancezorgproces (zie Figuur 3.1). De gespreksleiders schreven de uitkomsten van de discussie op memobriefjes en plakten de memobriefjes op de flip-over bij de bijhorende stap in het zorgproces. Afsluitend werden de uitkomsten van de verschillende groepen plenair besproken en vergeleken.

De casussen en werkwijze worden in Bijlage C verder toegelicht.

Figuur 3.1 Stroomschema acute zorg



3.3 Resultaten

De verslaglegging van de discussies is gestructureerd volgens de opeenvolgende fasen in de ambulancezorg:

- **Aanvang ambulancezorg:**
 - Beller maakt melding en centralist van de meldkamer ambulancezorg bepaalt de zorgbehoefte en de inzet van zorg.
- **Zorgverlening ter plaatse en vervoer:**
 - Behandeling en zorgverlening aan de patiënt en eventueel het vervoer met de ambulance.
- **Afronding van de ambulancezorg:**
 - Overdracht aan ziekenhuis of patiënt blijft thuis.
- **Evaluatie en nazorg:**
 - De vragen die opkomen nadat alles achter de rug is.

Eén thema noemen de deelnemers bij elke fase, namelijk dat het van belang is om de communicatie aan te passen aan het kennisniveau van de patiënt en naasten. Deelnemers geven aan behoefte te hebben aan uitleg in begrijpelijk Nederlands (geen jargon). *“Jip en Janneke-taal”, “De centralist moet inschatten: met wie spreek ik? Wat voor kennisniveau heeft de beller?”*. Daarnaast is het in elke fase

belangrijk dat de zorgverleners controleren of de patiënt en/of naaste de gegeven informatie heeft begrepen.

De overige thema's worden hieronder per fase beschreven.

3.3.1 Aanvang ambulancezorg

Het eerste contact met de ambulancezorg verloopt via de meldkamer ambulancezorg. Deelnemers geven aan dat de centralist van de meldkamer ambulancezorg een belangrijke rol speelt voor degene die de hulpdienst belt. Dit is immers de eerste persoon die ze spreken.

In deze fase van de keten wordt vooral de informatievoorziening naar de naaste en/of omstanders als belangrijkste informatie gezien en niet de informatie naar de patiënt. *“Hoe geruststellender de centralist is, hoe beter ik kan helpen”*.

In dit stadium heeft degene die belt vooral behoefte aan:

- **Geruststelling.** De deelnemers van het Burgerplatform zijn het met elkaar eens dat geruststelling door de centralist de eerste stap is. Vanuit paniek kan de naaste of omstander niet de juiste acties ondernemen. Ook geven deelnemers aan dat ze zich ongerust maken over het beschrijven van de situatie aan de centralist. Ze vragen zich af of ze alle relevante informatie verstrekt hebben en of de centralist het goed begrepen heeft. Geruststelling gaat zowel over het geruststellen van de persoon die de meldkamer belt als over de patiënt. *“Informatie stelt gerust”, “Geruststelling is de eerste stap. Anders raak je in paniek. Dat doet geen goed voor de aandoening”*.
- **Ondersteuning.** De persoon die de meldkamer belt, heeft volgens de deelnemers behoefte aan informatie en ondersteuning die specifiek is voor de situatie van de patiënt. De naaste of omstander wil weten wat hij of zij stap voor stap kan doen om de situatie te verbeteren: *“Wat moet ik zeggen tegen de patiënt?”, “Welke handelingen kan ik uitvoeren?”, “Hoe werkt hartmassage?”, “Hoe kunnen omstanders helpen?”, “Hoe zorg ik dat er niet teveel omstanders blijven kijken?”, “Hoe kan ik hulp verlenen terwijl ik ook een telefoon in mijn hand heb?”*.
- **Praktische informatie.** De deelnemers geven aan dat het belangrijk is om door de centralist geïnformeerd te worden over praktische zaken met betrekking tot de ambulance. Een beller met de meldkamer wil weten wat de patiënt te wachten staat en hoe hij of zij daarbij kan helpen. Specifiek benoemen de deelnemers de behoefte aan informatie over wanneer de ambulance arriveert. Daarnaast hebben zij vragen over het vervoer met de ambulance. *“Hoe gaat het proces eruit zien; Wat kan de beller verwachten van de centralist en van het ambulancepersoneel?”, “Hoelang duurt het voordat de ambulance er is?”, “Worden ook andere hulpdiensten gealarmeerd?”*.

Het ontsluiten van bepaalde ‘levensreddende’ informatie uit het elektronisch patiëntendossier werd besproken als mogelijk belangrijke informatiebron voor de centralist. De behandelend huisarts beschikt over informatie die de centralist kan helpen om beter de juiste zorg te bepalen en gerichter informatie te kunnen geven aan de naaste of aan de omstander. Echter, vanuit privacy overwegingen is niet iedereen hier voorstander van. Oftewel, de meningen van de deelnemers verschillen. Een mogelijkheid zou zijn om per individu vast te leggen of er toegang tot het patiëntendossier is.

3.3.2 Zorgverlening ter plaatse en eventueel het vervoer met de ambulance

In deze fase is volgens de deelnemers de informatievoorziening naar de patiënt belangrijk, in tegenstelling tot de aanvang van de ambulancezorg waarin de nadruk ligt op informatievoorziening aan de naaste of omstander die contact opneemt met de meldkamer.

Indien een patiënt met een acute zorgvraag naar een ziekenhuis vervoerd wordt, is er behoefte aan informatie over:

- **Praktische informatie.** Patiënten en naasten vragen zich af wat ‘de regels’ zijn voor het meerijden van naasten in de ambulance of dat ze beter achter de ambulance aan kunnen rijden. *“Mag de partner mee in de ambulance?”*. Ook benoemen de deelnemers dat ze informatie willen ontvangen over wat de patiënt mee moet nemen in de ambulance. *“Wat moet er mee in de ambulance?”*. Indien een patiënt met de ambulance mee moet is het van belang ook aandacht te besteden aan de omgeving. *“Wie informeert naasten?”*, *“Wie geeft de huisdieren te eten?”*, *“Is het gas wel uit?”*, *“Staat het raam nog open?”*.
- **Naar welk ziekenhuis.** Informatie over de locatie waar de ambulance naar toe zal rijden is zowel voor de naasten als voor de patiënt van belang. Men vraagt zich ook af of de patiënt en naaste mogen meebeslissen naar welk ziekenhuis wordt gegaan (zie hoofdstuk 4).
- **Zorgverlening tijdens de ambulancerit.** Deelnemers geven aan dat je als patiënt wilt weten wat er gedurende het vervoer naar het ziekenhuis gebeurt en waarom. *“Waarom krijg ik een infuus?”*, *“Wat controleert de verpleegkundige en waarom?”*. Ook in deze fase vragen deelnemers zich af of zorgverleners niet moeten beschikken over belangrijke medische informatie van de patiënt. Daarnaast wordt de snelheid en voorzichtigheid waarmee de ambulance naar het ziekenhuis rijdt, bediscussieerd. Sommige deelnemers hebben de ervaring dat een patiënt zich vanwege de hobbelige rit bij aankomst in het ziekenhuis zeker voelde dan bij vertrek. Men was bezorgd over de invloed die dit heeft op het toestandsbeeld en vervolgacties van de zorgverleners bij aankomst in het ziekenhuis.

3.3.3 Afronding van de zorgverlening

Afronding van de zorgverlening houdt binnen de ambulancezorg in dat de patiënt overgedragen wordt aan de spoedeisende hulp (SEH) of dat de patiënt thuis blijft. Op het moment dat duidelijk wordt dat de patiënt thuis kan blijven en niet mee hoeft met de ambulance, overheerst de onzekerheid bij zowel patiënt als naaste.

Vervolgstappen indien de patiënt thuis blijft

Niet bij elke acute zorgvraag is het noodzakelijk om de patiënt naar een ziekenhuis te brengen. Ontwikkelingen binnen de ambulancezorg maken het mogelijk om meer zorgvragen thuis af te handelen. Dit wordt een mobiel zorgconsult genoemd [10]. Informatievoorziening en geruststelling is in dit stadium belangrijk om ervoor te zorgen dat patiënt en naaste gerustgesteld thuisblijven. Met de adequate informatie kan bereikt worden dat de patiënt en naaste weten dat het veilig is om thuis te blijven en weten wat de mogelijke vervolgstappen zijn. Hierbij is behoefte aan informatie over:

- Wat is er gebeurt? *“Waarom ben ik flauwgevallen?”*
- Welke handelingen zijn er uitgevoerd?
- Hoe is tot de conclusie gekomen dat er geen verdere actie nodig is? Er is in dit stadium behoefte aan verdiepende en stapsgewijze uitleg *“Het komt wel goed is niet voldoende, verdieping, wat waarom?”*, *“Klopt het wel, hebben ze niet iets over het hoofd gezien?”*
- Wat is de kans op herhaling?
- Waar moet de patiënt en de naaste in de komende uren op letten? Wanneer moet opnieuw hulp worden ingeschakeld?
- Met wie kan de patiënt of naaste contact opnemen? Moet de patiënt contact opnemen met de huisarts of HAP na vertrek van de ambulance? Wie kan de patiënt bellen als er nog vragen zijn?
- En hoe gaat het als de patiënt alleen is? Moeten burens geïnformeerd worden?

Overdracht naar SEH

In het geval van overdracht van de patiënt door de ambulancezorgprofessionals aan zorgprofessionals op de SEH werd ook een informatiebehoefte door deelnemers benoemd. Zo gaven deelnemers aan het erg belangrijk te vinden dat zowel patiënt als naaste het idee heeft dat een goede overdracht naar het ziekenhuis wordt gerealiseerd. Een vraag die leefde was: *“Weet het ziekenhuis bij aankomst van de ambulance wat het ambulancepersoneel gedaan heeft?”*. Dit geldt zowel voor informatieoverdracht vanuit de ambulance naar het ziekenhuis, als tussen ziekenhuizen. De manier waarop patiënt en naaste het gevoel konden krijgen dat deze informatieoverdracht goed tot stand kwam werd niet in detail besproken.

3.3.4 Evaluatie en nazorg

Een belangrijke bevinding van de eerste opdracht van dit Burgerplatform is de behoefte van deelnemers (zowel patiënten als naasten) aan evaluatie van de gebeurtenis. De ervaring van een patiënt of naaste met de acute zorg is een intense ervaring en niet iets wat elke dag gebeurt. Deelnemers geven aan dat er na afloop een duidelijke behoefte bestaat aan ondersteuning om de gebeurtenis te verwerken. *“Na afloop van een gebeurtenis vraag je je af waarom bepaalde vragen werden gesteld. Evaluatie is dan van belang”*.

Manieren om dit te bewerkstelligen die werden genoemd zijn:

- Inzicht in het zorgprotocol, zodat begrip ontstaat bij de patiënt en naaste voor het handelen van de hulpverleners en om begrip te creëren over waarom bepaalde vragen gesteld werden.
- Patiënten en naasten zouden graag de beschikking hebben over een telefoonnummer om na afloop vragen te kunnen stellen of om de gebeurtenis nog eens te evalueren.

Ook in een situatie waarbij reanimatie nodig is en een omstander als burgerhulpverlener optreedt, is de behoefte aan informatie over de afloop geïdentificeerd. De deelnemers die dit hebben meegemaakt, geven aan niet alleen te willen weten hoe het met de patiënt gaat, maar ook of zij juist gehandeld hebben. Een evaluatie van de zorgverlening door de burgerhulpverlener komt ten goede aan de kwaliteit van de zorg volgens de deelnemers die zich als burgerhulpverlener inzetten. *“Je wilt graag weten hoe het afgelopen is.”*, *“Heb ik de juiste zorg verleend?”*.

3.3.5 Planbare ambulancezorg

Bij het thema communicatie en de geïnformeerde patiënt is ook aandacht besteed aan de informatiebehoefte bij geplande ambulancezorg. De informatiebehoefte komt hierbij grotendeels overeen met de informatiebehoefte bij spoedeisende ambulancezorg. Bij geplande ambulancezorg is daarnaast specifiek informatie gewenst over:

- **Aankomst ambulance bij patiënt.** Het precieze tijdstip van vervoer wordt als belangrijkste informatie beschouwd. Een enkele deelnemer had ervaring met *“urenlang wachten tot ze kwamen”*, wat men als erg onzeker en vervelend ervaart.
- **Praktische zaken.** Informatie over wat mee te nemen in de ambulance wordt genoemd als belangrijke informatie. Net als bij spoedeisende ambulancezorg wil men graag geïnformeerd worden over wie er mee mag in de ambulance.
- **Waar de ambulance naar toe gaat.** In het geval van planbare ambulancezorg heeft de huisarts vaak uitgelegd waarom de ambulance wordt ingezet en waar deze de patiënt naar toe zal brengen. Deelnemers geven aan dat het prettig is als het ambulancepersoneel deze uitleg kort herhaalt, ter bevestiging en geruststelling van de patiënt.

4 Samen beslissen

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het tweede deel van het Burgerplatform, waarin het ging over het onderwerp 'samen beslissen'. Aan de deelnemers is gevraagd zich te verplaatsen in een omstander die belt voor een patiënt die zorg nodig heeft en om zich verplaatsen in een patiënt. Aan de deelnemers is gevraagd om na te denken welke rol samen beslissen volgens hen heeft binnen de ambulancezorg.

4.1 Kernbevindingen

Belangrijkste resultaten
Samen beslissen in levensbedreigende situaties • niet wenselijk; • best passende zorg is leidend.
Samen beslissen in spoedeisende situaties (niet levensbedreigend) Is mogelijk onder bepaalde voorwaarden: • patiënt is zich bewust van de keuzemogelijkheden; • patiënt is in staat om een (geïnformeerde) keuze te maken; • onderwerp leent zich voor samen beslissen (bijvoorbeeld ziekenhuiskeuze en praktische keuzes); • ambulancezorgprofessionals communiceren op een professionele en heldere manier en controleren of de patiënt de keuze heeft begrepen.
Planbare ambulancezorg • de discussies richtte zich meer op spoedeisende situaties, dan op de planbare ambulancezorg; • ruimte om samen te beslissen over praktische keuzes.

4.2 Werkvorm

De deelnemers werden gevraagd om zich te verplaatsen in een patiënt of in een omstander die belt voor een patiënt die zorg nodig heeft en om vanuit die rol na te denken welke rol samen beslissen binnen de ambulancezorg volgens hen heeft. Om de deelnemers te helpen bij het beantwoorden van deze vraag, stelden de gespreksleiders onderstaande hulpvragen:

- Wat is samen beslissen in de acute zorg?
- Waarover zou u samen willen beslissen?
- Waarom vindt u samen beslissen belangrijk, of waarom niet?
- In welke situaties is samen beslissen gewenst en in welke niet?

De gespreksleiders noteerden de uitkomsten van de groep op een flip-over. Deze punten zijn na afloop van de groepsdiscussie plenair besproken en vergeleken met de uitkomsten van de andere groepen. De werkvorm wordt in Bijlage C verder toegelicht.

4.3 Resultaten

Er is een grote mate van overeenstemming tussen de verschillende groepen over het thema ‘samen beslissen’ in de ambulancezorg en de acute zorg. Een belangrijk onderscheid werd in alle groepen gemaakt tussen spoedeisende situaties enerzijds en levensbedreigende situaties anderzijds. In het eerste geval is eventueel tijd en ruimte voor communicatie en samen beslissen, in het tweede geval gaat het vooral om informeren. Alle deelnemers zijn het eens dat de best passende zorg leidend is. Maar zelfs als er ruimte is, geven deelnemers aan dat om samen te kunnen beslissen bepaalde informatie nodig is. *“Welke keuzes heb ik?”* Er moet dus veel gedeeld worden vanuit het ambulancepersoneel. In de ambulancezorg ontbreekt tijd en een zorgrelatie vaak wat samen beslissen moeilijk maakt.

4.3.1 Welke voorwaarden zijn van belang?

Diverse voorwaarden voor samen beslissen zijn geïdentificeerd.

Burgers vooraf informeren

In de discussies stond centraal dat de patiënt niet altijd op de hoogte is over de keuzemogelijkheden in de acute zorgketen. Het goed zou zijn om informatie over keuzemogelijkheden beschikbaar te maken voordat een acute situatie zich voor doet volgens de deelnemers. Een voorbeeld dat werd genoemd, is het aanbieden van informatie via media, de huisarts, patiëntenorganisaties, regionale ambulancevoorzieningen of zorgverzekeraars. Er werd gesproken over ‘de juiste informatie op het juiste moment’. Volgens de deelnemers kan de informatie zich richten op het feit dat samen beslissen ook in de acute zorg van toepassing kan zijn. Ten tweede is het van belang dat burgers geïnformeerd worden hoe samen beslissen er in de acute zorg uit ziet. Daarnaast hebben de deelnemers behoefte aan informatie over de rol van naasten binnen het proces van samen beslissen.

Afhankelijk van situatie

De deelnemers van het Burgerplatform waren het met elkaar eens dat samen beslissen niet in elke situatie mogelijk is. Bij levensbedreigende omstandigheden is er geen tijd om samen te beslissen. In die situaties staat informeren centraal. *“Levensbedreigend situatie? Dan is samen beslissen gelijk aan informeren”, “Wil je samen beslissen of geef je je over?”*.

Kenmerken van de patiënt

Of samen beslissen een optie is, verschilt per situatie en per patiënt. Een belangrijke voorwaarde is dat de patiënt in staat moet zijn om een beslissing te kunnen nemen. In acute situaties zal dit vaak niet het geval zijn, bijvoorbeeld omdat de patiënt niet bij bewustzijn is of als er een taalbarrière bestaat. Een ander voorbeeld dat benoemd werd zijn patiëntengroepen die vanwege mentale factoren geen weloverwogen keuze kunnen nemen in de acute situatie. Denk bijvoorbeeld aan dementerende ouderen. *“Snapt de patiënt het ook?”, “Hoe kun je samen beslissen als je alleen bent en niet aanspreekbaar bent?”, “Samen beslissen is niet gewenst met iemand die de gevolgen niet kan overzien (dementie, psychische klachten)”*.

Manier van communiceren

Ook de manier van communiceren van het ambulancezorgprofessionals wordt gezien als een belangrijke voorwaarden om samen te kunnen beslissen. *“Je kunt strak een protocol afdraaien, maar de manier waarop iets wordt gezegd maakt veel verschil (meedelen versus vragen)”*. *“Een professionele houding van de zorgverlener is van belang. Dit draagt namelijk bij dat de patiënt zich gehoord voelt, waardoor de patiënt ruimte voelt om mee te denken en zijn/haar voorkeur of wens durft uit te spreken”*.

Deelnemers geven aan dat de zorgverlener de patiënt de ruimte moet geven om zijn of haar wensen te benoemen. Het voorkomen dat zorgverleners de wensen van patiënten invullen, is als aandachtspunt benoemd. Andere aandachtspunten zijn begrijpelijk taalgebruik en controleren of de patiënt de keuze heeft begrepen. *“Het is belangrijk dat de zorgverlener controleert of de patiënt de vraag snapt”.*

4.3.2 Onderwerpen om samen over te beslissen

Keuze voor een ziekenhuis

Een onderwerp waar deelnemers graag over zouden meebeslissen is de keuze voor het ziekenhuis. De keuze wordt volgens de deelnemers met name beïnvloed door het toestandsbeeld van de patiënt en de locatie van het ziekenhuis. Een aantal deelnemers heeft de voorkeur voor een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in de zorgvraag van de patiënt. Andere deelnemers vinden de locatie van het ziekenhuis minstens even belangrijk. *“Ik vind het belangrijk dat mijn familie mij gemakkelijk kan opzoeken”.*

Behandelopties

Zoals bij de voorwaarden van samen beslissen (paragraaf 4.3.1) beschreven is, vinden deelnemers dat samen beslissen niet in elke situatie gewenst is. Aan de andere kant zien deelnemers het belang van samen beslissen in. Vooral de keuze voor een behandeling kan een grote impact hebben op het leven van de patiënt. Deelnemers vinden dat samen beslissen zeggenschap over je leven bevordert. Keuzes over het wel of niet voortzetten van een behandeling of reanimeren zijn onderwerpen waarover (voor zover mogelijk) een deel van de deelnemers zou willen meebeslissen. Sommige deelnemers vinden dat de niet-reanimeren wens bekend zou moeten zijn bij het ambulancepersoneel. Anderen vinden dat levensbedreigende situaties niet mogen worden vertraagd door het zoeken naar informatie over reanimatie. Daarnaast is de keuze voor overdracht naar de SEH of thuis behandeld worden een onderwerp waarover de deelnemers samen zouden willen beslissen.

Medicatiekeuzes

Deelnemers benoemen dat ze graag meebeslissen in de keuze voor het wel of niet inzetten van pijnmedicatie. *“De keuze voor pijnmedicatie moet erop gericht zijn om het zo comfortabel mogelijk te maken voor de unieke patiënt”.*

Praktische keuzes

Ook zijn enkele praktische aspecten van de zorgverlening genoemd waarover patiënt en zorgverlener gezamenlijk zouden kunnen beslissen:

- Liggend of zittend vervoerd worden;
- Indien een patiënt thuis mag blijven, kan de zorgverlener samen met de patiënt beslissen of het noodzakelijk is om een naaste te bellen die tijdelijk bij de patiënt kan blijven;
- Zorg voor huisdieren.

4.3.3 Planbare ambulancezorg

De discussies rondom het thema samen beslissen gingen met name over de spoedeisende ambulancezorg. Met betrekking tot de planbare ambulancezorg zien de deelnemers ruimte om samen te beslissen over praktische aspecten, zoals het liggend of zittend vervoerd worden.

samen beslissen

Acute situatie wil patient regie overdragen aan de prof.

Zo comfortabel mogelijk maken voor de unieke patient.

Wat valt er te beslissen? (keuze ziekenhuis (indien mogelijk))

Verschi | levensbed / spoed
 ↳ rekening houd met beperken

Beslissen = informeren.

Tijd + relatie ontbreekt i.d. ambulancezorg

* Wil je samen beslissen?
 of geef je je over?

* Alleen geïnformeerd, maar tijd ontbreekt.

* Welke zhh? Wel/niet vervoeren?
 wel/niet reanimeren?

* Kleine dingen → zitten / liggen ...
 → iemand bellen.

* minder spoed, meer tijd voor samen besl.

* mededelen of vragen.

Uitgangspunt:
 medisch best passende zorg
 in spoed situatie, ongeacht
 (organisatorische / financiële) afspraken
 id. zorgverzekeraars → beste ziekenhuis

Wat is een beslismoment,
 wie beslist

EHGV: indien vervoer med. niet
 noodzakelijk dan sturende prof.

Waarover:
 medicatie / pijnstilling
 voorkeur ziekenhuis
 behandeling ter plaatse

Informatie uitwisseling
 voorwaarde voor samen beslissen

5 Samenwerking in de keten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de derde deel van het Burgerplatform Ambulancezorg over het thema 'samenwerking in de keten' beschreven. Centraal staat de vraag hoe burgers aankijken tegen een (her)inrichting van de acute zorg door meer samenwerking tussen verschillende zorgverleners en een éénduidige toegang tot de acute zorg: zorgcoördinatie.

Box 5.1 Omschrijving zorgcoördinatie

Patiënten met acute zorgvragen kunnen worden behandeld door verschillende zorgaanbieders in de acute zorgketen: huisarts, huisartsenpost (HAP), regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties voor wijkverpleging. Vaak maakt een patiënt gebruik van meerdere acute zorgaanbieders.

Zorgcoördinatie houdt in dat de verschillende zorgaanbieders in de acute zorg samenwerken om zorgverlening voor patiënten met een acute zorgvraag te organiseren en coördineren [10]. Voorbeelden van ontwikkelingen die horen bij zorgcoördinatie in de acute zorg zijn:

- eenduidige toegang;
- gezamenlijke eenduidige triage;
- delen van informatie tussen zorgverleners in de acute zorgketen;
- heldere logistiek die er toe leidt dat de juiste zorg tijdig op de juiste plek geboden wordt.

5.1 Kernbevindingen

Belangrijkste resultaten

Samenwerking in de keten:

- Verbeteringen in het uitwisselen van informatie kan voorkomen dat een patiënt meerdere malen dezelfde informatie moet geven;
- Informatie-uitwisseling middels een spoeddossier zorgt dat de belangrijkste informatie direct beschikbaar is bij een acute zorgvraag;
- Onderlinge afspraken en regie zijn nodig.

Gezamenlijke zorgverlening:

- De situatie waarin zorgverleners gezamenlijk de zorgvraag en passende zorgverlening bepalen heeft mogelijk een positief effect op de zorgverlening, maar roept tegelijkertijd een groot aantal vragen op:
 - Wat is de invloed op de keuzevrijheid van een patiënt?
 - Wordt de patiënt van te voren geïnformeerd over welke zorgverlener er komt?
 - Wordt er rekening gehouden met de financiële consequenties?
 - Wat is de invloed op de wachttijd in spoedeisende en niet spoedeisende situaties?

Toegang tot de spoedzorgketen en één centraal toegangsnummer:

- In theorie is het duidelijk wanneer 112, de huisarts of huisartsenpost gebeld moet worden, in de praktijk blijkt niet altijd de juiste inschatting gemaakt te kunnen worden.
- Tegenover één centraal telefoonnummer voor acute zorg staan de deelnemers positief, met als

voorwaarden dat een snelle bereikbaarheid gegarandeerd is en dat ze weten welke zorgverlener de zorgverlening uitvoert.

5.2 Werkvorm

De derde werkvorm heeft als doel om inzicht te geven in hoe burgers aankijken tegen een (her)inrichting van de acute zorg door meer samenwerking tussen verschillende disciplines en een éénduidige toegang tot de acute zorg. De centrale vraag is verdeeld in de onderstaande vier deelvragen:

1. Hoe denkt u over samenwerking in de spoedzorgketen?
2. Hoe denkt u over zorgverlening door meerdere zorgverleners gezamenlijk?
3. Hoe denkt u over toegang tot de spoedzorgketen?
4. Hoe denkt u over één centraal toegangsnummer?

In elke groep zijn onder leiding van de gespreksleiders twee deelvragen besproken. Afsluitend zijn de uitkomsten per deelvraag samengevat en plenair besproken. De werkvorm wordt verder toegelicht in Bijlage C.

5.3 Resultaten

In deze paragraaf vatten we de hoofdpunten van de discussies per deelvraag samen.

5.3.1 Samenwerking in de spoedzorgketen: positieve punten en knelpunten

Verbetering van informatie-uitwisseling

De voordelen die deelnemers zien bij verdere samenwerking binnen de spoedzorgketen is dat informatie gemakkelijker uitgewisseld kan worden tussen organisaties. De samenwerking tussen ketenpartners verloopt nu namelijk niet altijd optimaal vertelden de deelnemers. Deelnemers ervaren het als onprettig dat ze geregeld meerdere keren dezelfde informatie moeten geven. Als er binnen de spoedzorgketen beter wordt samengewerkt zou dit kunnen afnemen. Echter, de deelnemers voorzien ook een aantal knelpunten met betrekking tot een toename in de hoeveelheid informatie. Teveel informatie werkt vertragend doordat zorgverleners de voor hen relevante informatie moeten opzoeken. Een spoeddossier zou hier een oplossing voor kunnen zijn. Zo'n spoeddossier bevat informatie die in een acute situatie van belang is. Deelnemers noemen als voorbeelden het reanimatiebeleid, allergieën en medicatiegebruik.

Ondanks dat de deelnemers benoemen dat informatie-uitwisseling van groot belang is bij samenwerking, denkt men verschillend over de mate waarin het delen van patiëntgegevens gewenst is. Volledige transparantie lijkt niet nodig. De mogelijkheid om bezwaar te kunnen maken tegen het delen van patiëntgegevens vinden de deelnemers van belang. Een bezwaarsysteem lijkt de voorkeur te hebben boven een toestemmingssysteem.

Onderlinge afhankelijkheid

Als gevolg van een intensievere samenwerking verwachten de deelnemers dat de onderlinge afhankelijkheid een knelpunt kan worden. Deelnemers gaven aan het belangrijk te vinden dat zorgverleners duidelijke afspraken met elkaar maken, bijvoorbeeld over wie wat doet. Indien zorgverleners zich niet aan de afspraken houden, kan dit vertraging in de gehele zorgverlening opleveren. Samenwerken vergroot dus de afhankelijkheid van elkaar. Zorgverleners moeten op elkaar kunnen vertrouwen, geven de deelnemers aan. *“Je wilt niet dat zorgverleners moeten controleren wat een collega wel of niet heeft gedaan”*. Samenwerking vraagt daarom om centrale regie. Het is de vraag wie deze regie gaat voeren.

5.3.2 Zorgverlening door meerdere zorgverleners gezamenlijk

Deelnemers vinden het lastig om mee te denken over een situatie waarin meerdere zorgverleners gezamenlijk bepalen wat de zorgvraag is en welke zorg het meest passend is. *“Hoe gaat het dan precies?”*, *“Welke zorgverleners zitten erachter?”*, *“Heb je daar keuze in?”*, *“Hoe gaat het in z’n werk?”*. Ondanks de vele vragen die de deelnemers hebben, benoemen zij een aantal thema’s die zij belangrijk vinden, namelijk keuzevrijheid, weten welke zorgaanbieder de zorg verleent, urgentie en de financiële consequenties. Deze thema’s worden hieronder verder beschreven.

Keuzevrijheid en communicatie

Deelnemers geven aan waarde te hechten aan de keuzevrijheid voor een zorgaanbieder die er nu bestaat. Een deel van de deelnemers verwacht een beperking van keuzevrijheid. *“Je hebt geen keuze meer voor welke zorgaanbieder komt.”* Zo noemt een deelnemer altijd te willen weten welke huisarts er komt, helemaal als het een huisbezoek betreft. Tijdens de discussie wordt dit niet alleen als negatief punt benoemd, minder keuzes vinden sommige deelnemers juist positief. De patiënt kan de *“de regie en bijhorende keuzes over de zorgverlening bij iemand die opgeleid is”* neerleggen. Deelnemers beamen dat, bij voldoende vertrouwen in de zorgverleners, zij zich comfortabel voelen om zorgkeuzes bij de professionals neer te leggen. Het creëren van vertrouwen in de acute zorgketen begint volgens de deelnemers bij een goed opgeleide centralist. *“Hoe schat je [centralist] in welke zorgverlener moet komen?”*. Als tweede voorwaarde voor vertrouwen wordt duidelijke communicatie benoemd. Volgens de deelnemers is het van belang om duidelijk naar de patiënt te communiceren welke zorgverlener komt en waarom. *“Duidelijke communicatie vanuit de centralist is essentieel om een realistische verwachting bij de patiënt te scheppen.”*

Daarnaast zijn de onderstaande onderwerpen bediscussieerd:

- **Verschil tussen spoedeisende en niet-spoedeisende situaties.** Deelnemers geven aan dat de mate van urgentie van invloed is op de aanpak. Ze hadden vragen over op welke manier er tijdens de gezamenlijke zorgverlening rekening gehouden wordt met spoedsituaties. Bij de discussie van dit punt vroegen deelnemers zich bijvoorbeeld af wat de consequentie is van het *“spoed/niet-spoed mengen. Heeft dit gevolgen voor wachttijden als het spoed is?”*.
- **Financiële consequenties.** Ook wordt het verschil in financiële consequenties genoemd tussen de komst van een huisarts versus de komst van een ambulance. Deelnemers geven aan, afhankelijk van de situatie, hier zelf een afweging in te willen maken. Dit speelt met name bij situaties die niet levensbedreigend zijn.

5.3.3 Toegang tot de spoedzorgketen: problemen of geen problemen?

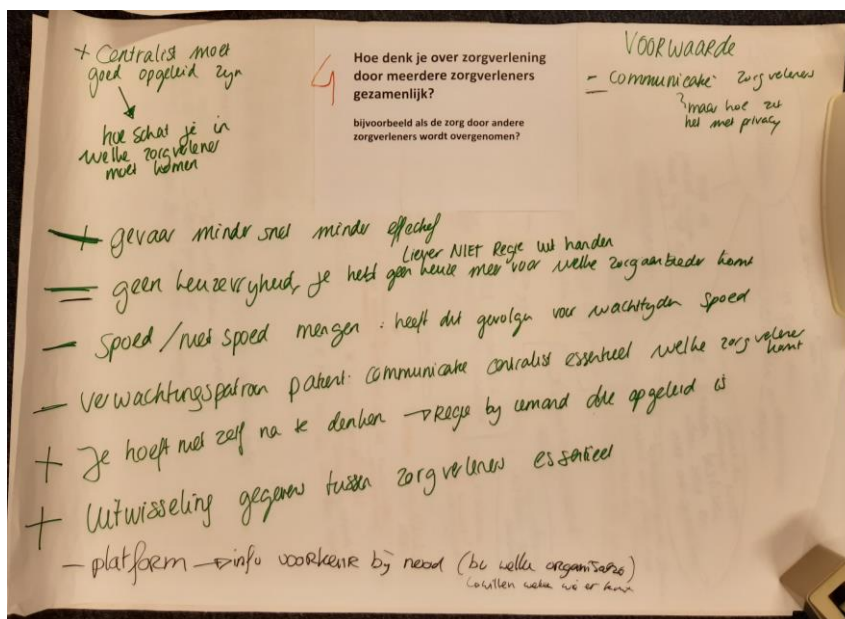
Bij de meeste deelnemers is de toegang tot de spoedzorgketen duidelijk: levensbedreigend is 112, en anders de HAP/huisarts. Echter, deelnemers noemen ook voorbeelden van situaties waarin ze achteraf beter 112 hadden kunnen bellen. In paniek (van omstanders/naasten) kan het lastig inschatten zijn of een situatie levensbedreigend is. Meerdere deelnemers geven aan dat de HAP in

deze situaties niet doorschakelde naar 112. De beller werd gevraagd om zelf 112 te bellen. Dit werd als onnodig vertragend ervaren. Ervaringen van deelnemers met 112 zijn positief. *“Er wordt snel opgenomen en actie ondernomen”*.

5.3.4 Een centraal toegangsnummer: verbetering of beperking?

Ondanks dat het voor de deelnemers in theorie duidelijk is wanneer zij 112, de huisarts of huisartsenpost moeten bellen, hebben verschillende deelnemers ervaring met een situatie waarin zij het lastig vonden om in te schatten wie zij het beste konden bellen. Het doorschakelen tussen de verschillende diensten verloopt vervolgens niet altijd soepel. Een centraal toegangsnummer zou deze kwesties kunnen oplossen. De deelnemers waren in beginsel dan ook positief over een centraal toegangsnummer. Echter, ten aanzien van een centraal toegangsnummer benoemden de deelnemers ook een aantal aandachtspunten:

- **Directe bereikbaarheid en korte vragenlijsten.** Deelnemers hebben de *“angst voor lange vragenlijsten”* en daardoor *“lange wachttijden”*. Ze vrezen dat centralisten veel vragen moeten stellen om de zorgvraag te achterhalen en om te bepalen welke zorgaanbieder (bv. ambulance of HAP) de best passende zorg kan leveren. In spoedsituaties is wachttijd zeer onwenselijk geven de deelnemers aan. Een aantal deelnemers vertelde dat ze ervaren hebben dat centralisten in de huidige situatie al veel en lange vragen stellen. Deze deelnemers vermoeden dat dit bij één centraal toegangsnummer alleen maar toeneemt.
- **Eenvoudig keuzemenu.** Indien het centrale toegangsnummer een keuzemenu bevat, is het volgens de deelnemers van belang dat dit menu eenvoudig is. Ook gaven zij aan dat de mogelijkheid om direct iemand persoonlijk te spreken, moet blijven bestaan.
- **Informatie over het vervolg.** Patiënten willen weten wie er komt. Bij 112 verwachten de meeste deelnemers dat er een ambulance komt en na een telefoontje aan de HAP of huisarts verwachten zij dat een huisarts de zorgverlening op zich neemt. Bij een centraal toegangsnummer is dit niet direct duidelijk. Patiënten hebben bijvoorbeeld behoefte aan informatie over welk voertuig komt, zodat je die kunt ontvangen (indien mogelijk).



6 Discussie

Het doel van het Burgerplatform Ambulancezorg was om, aanvullend op het vragenlijstonderzoek naar ervaringen van patiënten van 2019, meer inzicht te krijgen in de algemene verwachtingen van burgers over ambulancezorg en ideeën en behoeften ten aanzien van een aantal specifieke thema's. De opbrengsten van het Burgerplatform kunnen AZN ondersteunen bij het formuleren van ideeën en gedachtengoed over patiëntgerichtheid van ambulancezorg. Daarnaast kunnen de bevindingen ingezet worden om toekomstige ontwikkelingen aan te laten sluiten bij de wensen en behoefte van burgers, zoals ook benoemd staat als een van de uitgangspunten in het kwaliteitskader ambulancezorg. Ook de communicatie naar burgers over de ambulancezorg kan op basis van de opbrengsten van het Burgerplatform verder worden ontwikkeld.

6.1 Verbeterpunten ambulancezorg

Nazorg

Deelnemers waren in staat een helder onderscheid te maken tussen de behoeften van de patiënt en de behoeften van de naaste in de verschillende fasen van de ambulancezorgverlening. Een belangrijke behoefte die deelnemers identificeren is die van nazorg. Na afloop blijven patiënten en naasten regelmatig met vragen zitten. Dit speelt zowel bij zorgverlening waarbij vervoer noodzakelijk is, als bij zorgverlening waarbij vervoer niet noodzakelijk is. Het gaat onder andere om vragen over de beslissingen die door het ambulancepersoneel genomen zijn. Deze informatie kan bijdragen aan het verwerken van de situatie. Eerder onderzoek in de acute zorgketen toont ook het belang van communicatie en informatie voor het verwerken van de situatie aan [6]. Diverse RAV's geven op hun website informatie over nazorg en bieden de mogelijkheid voor een gesprek aan¹. Uit het Burgerplatform Ambulancezorg blijkt dat deze informatie niet tot nauwelijks bekend is bij de deelnemers, waardoor het aan te bevelen is om te onderzoeken hoe deze informatie patiënten en naasten beter kan bereiken. Uit een onderzoek naar het imago van de ambulancezorg blijkt dat het gebruik van (sociale) media een mogelijk middel is om het kennisniveau van burgers te vergroten [12].

Meer algemene informatie over ambulancezorg

Deelnemers aan het Burgerplatform zijn duidelijk over samen beslissen in de ambulancezorg: bij levensbedreigende situaties is dit niet aan de orde. Het informeren van de patiënt en naasten staat in deze situatie centraal. In spoedeisende situaties waar een mogelijkheid is om samen te beslissen, zal eerst aan een aantal voorwaarden moeten worden voldaan. In spoedeisende situaties is tijd een beperkende factor om samen te beslissen. Keuzes moeten snel gemaakt worden en een behandelrelatie ontbreekt. Hierdoor is informatie over keuzemogelijkheden noodzakelijk vóórdat de spoedeisende situatie optreedt. Deelnemers hebben behoefte aan 'de juiste informatie op het juiste moment'. Een suggestie om dit te bewerkstelligen is om dit op te nemen in informatie over de toegang tot de acute zorgketen.

¹ Bijvoorbeeld: <https://ambulanceamsterdam.nl/watdoenwij/nazorg>, <https://www.ambulancezorggroningen.nl/jij-en-ambulancezorg-groningen/nazorg> en <https://ravhm.nl/>

De literatuur over samen beslissen beschrijft verschillende stappen om tot een gezamenlijke keuze te komen. Stiggelbout e.a. (2015) beschrijft vier fasen in het proces van samen beslissen (zie Figuur 6.1), waarvan de informatievoorziening er één is [7]. Tijdens het Burgerplatform Ambulancezorg kwam duidelijk naar voren dat deelnemers behoefte hebben aan informatie voordat ze kunnen participeren in de besluitvorming. De informatiebehoefte gaat niet alleen over de mogelijke opties, maar ook over de bewustwording dat samen beslissen een optie is bij spoedeisende zorgvragen die niet levensbedreigend zijn. Deze informatiebehoefte sluit aan bij fase 1 uit Figuur 6.1. Door toekomstige patiënten te informeren vóórdat zij zich in een acute situatie bevinden, wordt toegewerkt wordt naar meer samen beslissen in de acute zorg. Daarnaast kunnen de vier fasen uit het model toegepast worden op specifieke (kleinere) onderdelen uit een behandeling in plaats van samen te beslissen over een gehele behandeling.

Figuur 6.1 Vier fasen in het proces van 'samen beslissen'



Samen beslissen door rekening te houden met het individu

Andere voorwaarden om toe te werken naar gezamenlijke besluitvorming is door rekening te houden met de individuele patiënt. Deelnemers aan het Burgerplatform vinden dat samen beslissen niet gewenst is indien een patiënt de gevolgen van een keuze niet kan overzien. Ook is het volgens de deelnemers van belang dat de patiënt een vraag begrijpt. Zorgverleners hebben hier invloed op door hun taalgebruik aan te passen aan het kennisniveau van de patiënt en door de controleren of de patiënt de vraag begrepen heeft. Deze punten komen overeen met voorwaarden die beschreven zijn in de literatuur met betrekking tot andere zorgvragen. Een voorbeeld is het rapport “Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer” dat de behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beschrijft om samen te kunnen beslissen [8]. De keuze voor een ziekenhuis, medicatie en behandelopties zijn onderwerpen waar de deelnemers graag samen over willen beslissen.

6.2 Verdieping op het landelijk vragenlijstonderzoek

Eén van de doelen van het Burgerplatform Ambulancezorg was om verdieping te geven aan de resultaten van het landelijke vragenlijstonderzoek uit 2019 naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg. Uit het landelijke onderzoek blijkt dat de ervaringen met deze zorg zeer positief zijn en komen slechts kleine verbeterpunten naar voren [2]. Eén van deze verbeterpunten gaat over de informatievoorziening. In het Burgerplatform is dit thema verdiepend besproken en is door de deelnemers een aantal zaken benoemd die als aanknopingspunten kunnen dienen voor verdere verbetering van de informatievoorziening. Als verbeterpunt wordt genoemd dat de keuze voor een ziekenhuis beter uitgelegd kan worden aan een patiënt met een spoedeisende zorgvraag.

Deelnemers van het Burgerplatform staan positief tegenover samen beslissen over de keuze voor een ziekenhuis. In levensbedreigende situaties is samen beslissen echter niet wenselijk, maar volstaat informatie over de keuze voor een ziekenhuis. Het vragenlijstonderzoek besteedt daarnaast aandacht aan de ervaringen van patiënten met de meldkamer ambulancezorg. Tijdens het Burgerplatform zijn door deelnemers verschillende aspecten benoemd die voor patiënten, naasten en omstanders belangrijk zijn wanneer zij bellen met de meldkamer ambulancezorg, zoals een stapsgewijze en begrijpelijke uitleg over wat de naaste kan doen om de situatie van de patiënt te verbeteren totdat de ambulance aanwezig is. Dit zijn mogelijke aanknopingspunten om de informatievoorziening tijdens het contact met de meldkamer verder te verbeteren. De uitkomsten van dit Burgerplatform geven meer inzicht en verdieping aan de verbeterpunten uit het landelijke vragenlijstonderzoek. Om die reden wordt in het rapport over het vragenlijstonderzoek aanbevolen om in de toekomst een Burgerplatform te betrekken.

6.3 Leerpunten uit het Burgerplatform Ambulancezorg

Opzet van het Burgerplatform

Een sterk punt van het Burgerplatform Ambulancezorg is dat de groep van 27 deelnemers uit een divers gezelschap bestond. In de werving van de deelnemers is onder andere rekening gehouden met de regionale verdeling. De groep bestond zowel uit deelnemers die in de Randstad wonen als buiten de Randstad. Daarnaast was een groot deel van de deelnemers als patiënt in aanraking geweest met de ambulancezorg, het andere deel van de groep had geen ervaring met de ambulancezorg. De deelnemers die ervaring met de ambulancezorg hebben, zijn geworven via het landelijke onderzoek naar patiëntervaringen. Dit maakte het mogelijk om te selecteren op verschillende kenmerken, zoals leeftijd, geslacht en opleiding. Hiermee is beoogt om een de samenstelling van de groep divers te maken. De meeste respondenten van het landelijk onderzoek bevonden zich in de leeftijdscategorie 65 t/m 74 jaar. Dit is ook terug te zien in de leeftijden van de deelnemers aan het Burgerplatform. Mogelijk is hierdoor de mening van burgers in andere leeftijdscategorieën ondervertegenwoordigd. Tegelijkertijd maken ouderen wel het meeste gebruik van ambulancezorg waarmee het waardevol is om het perspectief van die groep goed in beeld te hebben. Elke werkvorm bestond uit een groepsdiscussie gevolgd door een plenaire terugkoppeling. De plenaire bespreking maakte het mogelijk om consistenties en diversiteit in perspectieven inzichtelijk te maken. Bij alle werkvormen kwamen de verschillende deelgroepen tot vergelijkbare uitkomsten. Dit versterkt de bevindingen van het Burgerplatform.

Diepgang in de discussies

Het ene onderwerp leende zich tijdens het Burgerplatform meer voor een discussie dan het andere onderwerp. Zo waren de discussies rondom de onderwerpen “communicatie” en “samen beslissen” levendig en rijk. De discussie over het onderwerp “samenwerking in de keten” kende een ander verloop. Deelnemers waren in beginsel positief over het onderwerp “samenwerking in de keten”, maar hadden daarentegen ook veel vragen over hoe samenwerkingen eruit komt te zien. Deelnemers vonden het soms lastig om consequenties te overzien van zorgverlening van meerdere zorgverleners gezamenlijk, waardoor de discussie minder diepgang kende dan de discussies over de andere gespreksonderwerpen. Als de invulling van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van zorgcoördinatie concreter wordt dan kan overwogen worden om nogmaals een Burgerplatform te organiseren waarin deelnemers ook over zorgcoördinatie een goed geïnformeerd standpunt kunnen innemen.

7 Conclusie

Met het Burgerplatform Ambulancezorg is inzicht verkregen in de algemene verwachtingen van burgers over de ambulancezorg. De opbrengsten uit de discussies over de drie onderwerpen communicatie, samen beslissen en samenwerking in de keten (zorgcoördinatie) zijn te herleiden naar een centraal onderwerp, namelijk informatievoorziening. Patiënten en naasten hebben behoefte aan gerichte informatie die aansluit bij het moment (aanvang ambulancezorg, zorgverlening ter plaatse en vervoer, afronding en nazorg). Informatievoorziening is van belang om patiënt en naasten gerust te stellen en om vertrouwen te creëren in de zorgverlening en keuzes die gemaakt worden. Bij spoedeisende zorgvragen die niet levensbedreigend zijn, is er mogelijk ruimte voor samen beslissen. Echter, de uitdaging is om te zorgen voor bewustwording van keuzemogelijkheden en informatieoverdracht vóórdat de acute situatie zich voordoet aangezien tijd en een behandelrelatie vaak ontbreken in de ambulancezorg. De opbrengsten van het Burgerplatform kunnen de ambulancesector verder ondersteunen bij het patiëntgericht aan bieden van acute zorg. Ook bij de huidige ontwikkelingen op het gebied van samenwerking in de keten (zorgcoördinatie) kan een Burgerplatform behulpzaam zijn om bij nieuwe vormen van samenwerking de patiënt centraal te stellen.

Literatuur

1. Van de Ven, D., Bos, N., de Boer, D.. Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van cliënten: ervaringen van cliënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg. Utrecht: Nivel, 2017.
2. Rolink, M., Boer, D. de, Bos, N. Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: Nivel, 2019.
3. Triemsta, M., Boeije, H., Francke, A., Boer, D. de. Leidraad Burgerplatform Nivel. Utrecht: Nivel, in druk.
4. Hendriks, M., Boer, D. de. Burgers willen een centrale website met betrouwbare informatie over zorg en gezondheid: verslag van tweedaagse bijeenkomst van het BurgerPlatform. www.nivel.nl: NIVEL, 2017.
5. Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department: a systematic synthesis of qualitative research. *International emergency nursing*, 18(2), 80-88.
6. Elmqvist, C., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008). More than medical treatment: The patient's first encounter with prehospital emergency care. *International Emergency Nursing*, 16(3), 185-192.
7. Stiggelbout A.M., Pieterse A.H., De Haes J.C.J.M. Shared decision making: Concepts, nevidence, and practice, *Patient Education and Counseling* 2015; 98: 1172-1179.
8. Oosterveld, M., Noordman, J., & Rademakers, J. (2019). Kennisvraag. Samen beslissen in de spreekkamer. Ervaringen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
9. Ambulancezorg Nederland (2019). Kwaliteitskader Ambulancezorg. Zwolle: Ambulancezorg Nederland.
10. Ambulancezorg Nederland (2017). Ambulancezorg in 2025: Zorgcoördinatie en mobiele zorg. Visiedocument. Zwolle: Ambulancezorg Nederland.
11. Hendriks M, de Boer D. Burgers willen een centrale website met betrouwbare informatie over zorg en gezondheid. Verslag van tweedaagse bijeenkomst van het Burgerplatform Utrecht: NIVEL. 2017.
12. Boekee, S., Hoekstra, H., Veer, N. van der (2020). Imago Ambulancezorg Nederland 2020. Geraadpleegd van <https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/imago-ambulancezorg-onverminderd-goed>.

Bijlage A Deelnemers aan het Burgerplatform Ambulancezorg

A.1 Werving

Voor het Burgerplatform Ambulancezorg zijn twee groepen burgers geworven, namelijk burgers met en zonder ervaring met de ambulancezorg. Patiënten die ervaring hebben met ambulancezorg zijn geworven onder deelnemers van het vragenlijstonderzoek. Bij vier RAV's (Groningen, Utrecht, Gelderland midden en Zuid Holland zuid) is in de vragenlijst een vraag toegevoegd waarmee de burgers zich konden aanmelden voor het Burgerplatform. De vier RAV's zijn gekozen zodat uit elk gewest één RAV vertegenwoordigd is. Voor het bijsluiten van een uitnodiging aan een CQI vragenlijst gold daarnaast dat het niet nodig was om het totaal van 17.250 patiënten die een CQI vragenlijst ontvangen, uit te nodigen voor een Burgerplatform. Daarom is gekozen voor vier RAV's.

Het overige deel van de deelnemers zijn geworven door de Zorgbelangorganisaties in de regio Utrecht, Groningen en Gelderland via de bestaande kanalen van de Zorgbelangorganisaties (o.a. sociale media en hun website). Van deze groep burgers is niet bekend of zij wel of geen ervaring hebben met de ambulancezorg.

In de verwerkersovereenkomst tussen het meetbureau en de RAV is een passage over het verstrekken van gegevens van de patiënt aan het Nivel, indien de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven, opgenomen.

A.2 Karakteristieken van de deelnemers

In totaal hebben 27 personen deelgenomen aan het Burgerplatform Ambulancezorg.

Tabel 1 Karakteristieken van de deelnemers

Geslacht	Aantal
Man	17
Vrouw	10
Leeftijd	
16 t/m 24 jaar	0
25 t/m 34 jaar	1
35 t/m 44 jaar	2
45 t/m 54 jaar	8
55 t/m 64 jaar	4
65 t/m 74 jaar	11
75 t/m 84 jaar	1
85 jaar of ouder	0
Eigen beoordeling gezondheid	
Uitstekend	2
Zeer goed	7
Goed	13
Matig	4
Slecht	1
Opleidingsniveau	
Geen opleiding (lager onderwijs; niet afgemaakt)	0
Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)	0
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)	1
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)	0
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)	13
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)	4
Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)	7
Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	2
Anders, namelijk	0

Bijlage B Voorbereidingsopdracht

Deelnemers hebben bij de uitnodiging van het Burgerplatform een kort overzicht van de organisatie van de acute eerstelijns zorg in Nederland (meldkamer ambulance (MKA), RAV, HAP, HA) ontvangen. Dit zag er als volgt uit:

Figuur B.1 Informatie voor deelnemers aan het Burgerplatform Ambulancezorg

Beste deelnemers aan het Burgerplatform Ambulancezorg,

Nogmaals hartelijk dank voor uw deelname aan het Burgerplatform Ambulancezorg. Ter voorbereiding op de bijeenkomst van aanstaande donderdag 6 februari willen wij u vragen om de onderstaande informatie over de organisatie van spoedeisende zorgverlening door te lezen.

Hoe is acute zorg georganiseerd in Nederland?

Acute zorg(verlening) in Nederland wordt ook wel spoedeisende zorg (verlening) genoemd. Deze zorg wordt geleverd door verschillende organisaties en zorgverleners, deze worden in dit overzicht kort besproken.

Huisarts



Voor acute zorg die niet levensbedreigend is neem je overdag contact op met je eigen huisarts. In de meeste gevallen zal de huisarts je verder helpen. Wanneer de huisarts beoordeeld dat het om een levensbedreigende situatie gaat wordt alsnog een ambulance gebeld worden.

Huisartsenpost



De huisartsenpost wordt wel de HAP genoemd en levert zorgt voor acute situaties die niet levensbedreigend zijn *buiten kantoortijden* dus als je eigen huisarts niet bereikbaar is. De HAP is telefonisch bereikbaar via een eigen telefoonnummer. De persoon die je aan de telefoon krijgt, is de triagist. De triagist beoordeelt aan de hand van allerlei vragen die in een protocol staan, welke zorg nodig is. Je kunt in dit geval worden gevraagd om naar de HAP te komen voor een consult, je kunt doorverwezen worden naar de spoedeisende hulpafdeling (SEH) van het ziekenhuis, of zij adviseren je om de volgende dag of na het weekend naar je eigen huisarts te gaan. Als de triagist bepaald dat het om een levensbedreigende situatie gaat, wordt je direct doorverbonden met de meldkamer ambulancezorg, zodat er een ambulance gestuurd kan worden.

Ambulancezorg

Meldkamer ambulancezorg



Wanneer er sprake is van een levensbedreigende situatie (bijvoorbeeld bij ongevallen of als iemand ineens heel ziek wordt) bel je als burger het noodnummer 112. Dit nummer verbind je met de meldkamer ambulancezorg. De persoon die je aan de telefoon krijgt, de meldkamer centralist, stelt een aantal vragen zoals: over het adres van het noodgeval, op welk telefoonnummer je bereikbaar bent en wat er gebeurd is precies te omschrijven. Met deze informatie bepaalt de centralist welke hulp nodig is. De centralist beslist ook of en hoe snel een ambulance nodig is.

Spoedeisende ambulancezorg



Bij acuut levensgevaar, denk aan een hartstilstand of een ernstige bloeding, is de ambulance er binnen 15 minuten. De ambulance gebruikt dan zwaailichten en geluidssignalen. Als er geen acuut levensgevaar is, bij een gebroken been bijvoorbeeld, is de ambulance er binnen 30 minuten. De ambulance gebruikt dan meestal geen zwaailichten en geluidssignalen.

Terwijl de ambulance onderweg is, geeft de centralist advies en instructies aan de beller als dat nodig is. Het is meestal niet nodig dat de centralist aan de lijn blijft tot de ambulance arriveert. De verbinding met de meldkamer wordt dan eerder verbroken, zodat de centralist weer beschikbaar is voor andere bellers naar het noodnummer 112. Bij aankomst van de ambulance starten de ambulanceprofessionals de zorgverlening. De ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur werken hierbij samen.

Elke patiënt is anders: de één is niet bij kennis, de ander ernstig ziek en weer een ander is gewond. De ambulanceverpleegkundige wil snel weten wat er aan de hand is. Daarom stelt de verpleegkundige veel vragen. Hij of zij doet vaak onderzoek en metingen. Als de verpleegkundige vaststelt dat vervoer naar een ziekenhuis nodig is dan wordt de patiënt daarop voorbereid. Als blijkt dat er geen vervoer naar een ziekenhuis nodig is dan wordt dit ook wel eerste hulp geen vervoer genoemd.

Naast de gewone ambulance kan ook een solo verpleegkundige ofwel een 'rapid responder' worden ingezet. De rapid responder komt met een auto of motor en kan geen patiënten vervoeren. De rapid responder, kan patiënten soms nóg sneller helpen. Welke ambulanceprofessional wordt gestuurd wordt bepaald door de meldkamer centralist.

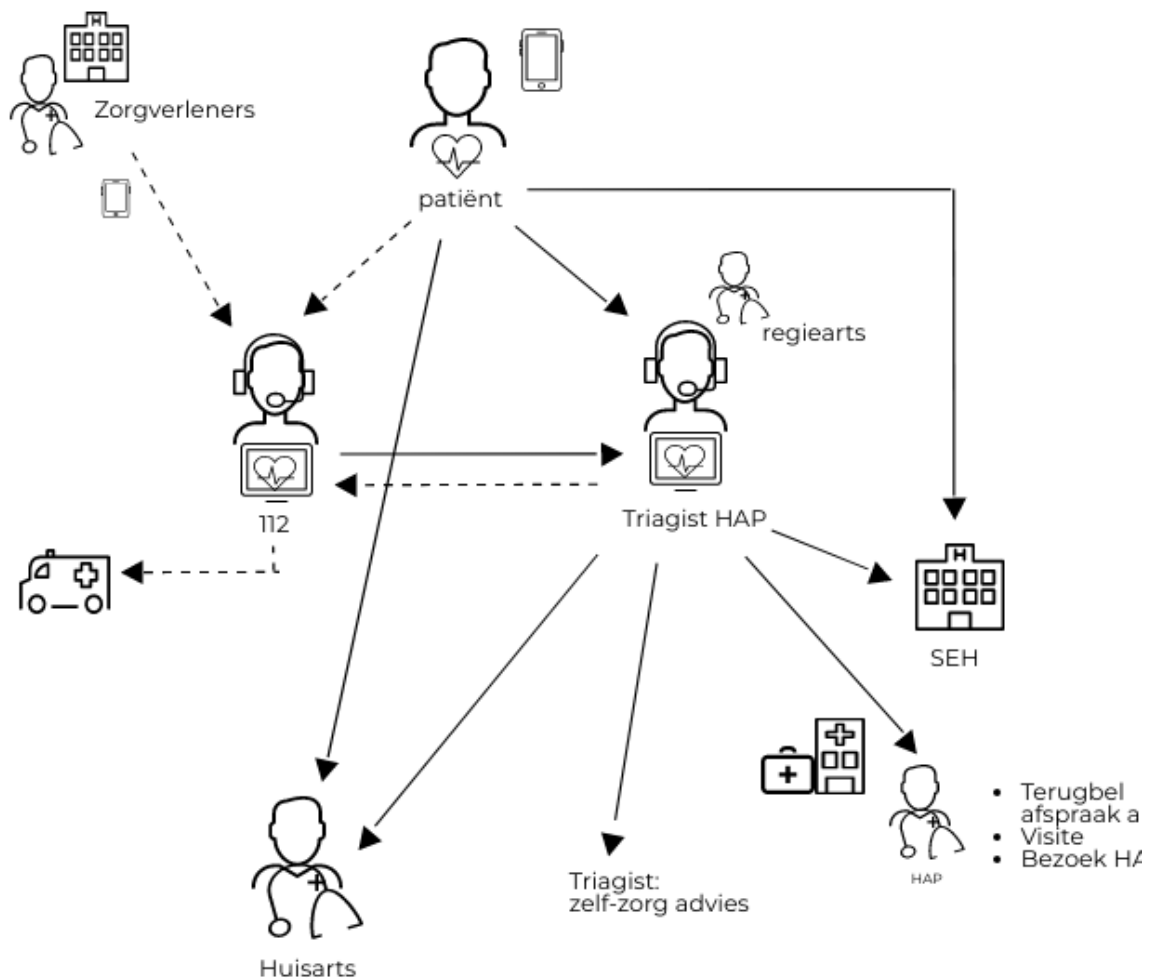
Planbare ambulancezorg



Ambulanceorganisaties zorgen ook voor gepland vervoer van patiënten, die niet in een taxi of auto vervoerd kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn ritten van huis naar het ziekenhuis en terug, ritten van het ene ziekenhuis naar het andere of ritten naar een polikliniek voor verder onderzoek. Die ritten worden gereden zonder zwaailichten en zonder sirene, waarbij de ambulance gewoon met het verkeer meerijdt. Dit vervoer van patiënten is vooraf geregeld, bijvoorbeeld als je

weet wanneer je naar een ziekenhuis of verpleeghuis moet. Meestal neemt een huisarts of medisch specialist contact op met de meldkamer ambulancezorg om deze ambulanceritten in te plannen.

Figuur 1 Overzicht van de organisatie van acute zorg



Meer informatie is te vinden via de onderstaande links:

Video's (De mensen van de ambulance):

- (U belt 112, wat gebeurt er dan) <https://www.youtube.com/watch?v=zO-d4VBVh1U>
- (Over ambulancezorg in Nederland) <https://www.youtube.com/watch?v=SE6tSy0Nxew>
- (Over het eerste contact met 112) <https://www.youtube.com/watch?v=a9BMmQOCbqw>
- (Wat doet de meldkamercentralist?) <https://www.youtube.com/watch?v=SsJ7c7Mrei0>

Websites:

- <https://www.ambulancezorg.nl/>
- <https://www.ravbrabantmwn.nl/>

Bijlage C Methode

C.1 Quiz en introductie

Quiz vragen:

1. Is ambulancezorg onderdeel van het ziekenhuis?
Nee, ambulancezorg is een zelfstandige organisatie
2. Hoeveel regionale ambulancevoorzieningen (organisaties) zijn er in Nederland?
25 RAV's
3. Hoeveel ambulances zijn er beschikbaar?
Ruim 800 ambulances
4. Hoeveel ritten doet de gehele ambulancesector in 1 jaar?
Ruim 1.3 miljoen inzetten
5. Wie bepaalt hoeveel ambulances er nodig zijn in Nederland?
RIVM
6. In hoeveel procent van alle ambulance inzetten wordt de patiënt thuisgelaten en niet naar het ziekenhuis vervoerd?
21 % EHG (2017)
7. Welk land is qua organisatie te vergelijken met de Nederlandse ambulancevoorzieningen?
Geen

Presentatie:

- Kort introductie van de ambulancezorg in Nederland.
- Toelichting geven op de voorbereidingsopdracht, overzicht van de organisatie van de acute zorg.
- Aangeven het doel en belang van het Burgerplatform is.
- Kort de resultaten uit de CQI meting bespreken.

C.2 Werkvormen

Werkvorm 1: Communicatie en de geïnformeerde patiënt

Duur: 65 minuten

Onderzoeksvraag:

- Op welk moment willen burgers waarover informatie ontvangen over de te leveren zorg van een zorgprofessional vanuit de ambulancezorg (bv. triagist of ambulanceverpleegkundige)?
- In hoeverre verschilt de informatiebehoefte tussen de spoedeisende en planbare zorg.

Opzet

1. De deelnemers werden ingedeeld in vier gemixte groepen: burgers zonder en met ambulancezorg ervaring. Elke groep werd begeleid door twee gespreksleiders (een onderzoeker vanuit het Nivel en een expert op het gebied van de ambulancezorg).
2. Iedere groep kreeg drie casussen voorgelegd die elk een ander deel van de acute spoedzorgketen belichten. Per casus werden de deelnemers gevraagd op welk moment ze waarover en door wie geïnformeerd zouden willen worden. Per casus was ongeveer 15 minuten beschikbaar voor de discussie.
3. Om de deelnemers te helpen bij het formuleren van de informatiebehoefte bij de verschillende stappen in het zorgproces, kreeg elke groep een flip-over met een stroomschema van de acute zorg. De gespreksleiders schreven de uitkomsten van de discussie op memo-briefjes en plakten de memo-briefjes op de flip-over bij de bijhorende stap in het zorgproces.
3. Aan het einde van de discussie werd gevraagd of de bevindingen ook gelden voor de planbare ambulancezorg, of dat er verschillen zijn.
4. Afsluitend werden de uitkomsten per groep samengevat en plenair besproken.

Casus 1: Meldkamer

Uw man wordt onwel en reageert niet meer op aanspreken. U belt 112, waar u te horen krijgt dat de ambulance onderweg is. In de tussentijd krijgt u via de telefoon instructies wat u moet doen. Hij moet plat op zijn rug op de grond, u moet starten met hartmassage en de centralist praat u hier doorheen. Intussen melden zich buurtbewoners om te helpen: zij zijn ook door de meldkamer gealarmeerd.

Casus 2: Patiënt blijft thuis (eerste hulp geen vervoer)

Patiënt is thuis en is flauw gevallen. Partner belt in paniek 112 en de meldkamer stuurt A1 (voor leek: met zwaailicht en sirene) een ambulance, omdat patiënt nog niet bij bewustzijn is. Na uitgebreid onderzoek van het ambulanceteam worden er geen afwijkingen gevonden, patiënt is ook weer wakker en mag (medisch verantwoord) thuisblijven.

Casus 3: vervoer ziekenhuis + overdracht

U voelt zich niet lekker en belt de huisartsenpost. U geeft aan grieperig te zijn, hoge koorts te hebben en erg ziek te voelen. Een huisarts van de huisartsenpost komt langs. Ze denkt aan sepsis (bloedvergiftiging). Ze vraagt een ambulance aan met spoed. In de ambulance krijgt u een infuus. In het ziekenhuis wordt u overgedragen aan de eerste hulp.

Werkvorm 2: Samen beslissen

Duur: 70 minuten

Onderzoeksvragen:

- Wat verstaan burgers onder samen beslissen in de ambulancezorg?
- Heeft samen beslissen een plek in de ambulancezorg of zijn er bepaalde momenten waarop of situaties waarin de zorgprofessional (bv. triagist of ambulancepersoneel) beter kan beslissen?
- In hoeverre verschilt samen beslissen in de geplande ambulancezorg met samen beslissen in een spoedeisende situatie?

Opzet

1. Deelnemers gingen in vier nieuwe groepen uiteen. Elke groep bestond net als bij de eerste opdracht uit burgers zonder en met ambulancezorg ervaring. Elke groep werd begeleid door twee gespreksleiders (een onderzoeker vanuit het Nivel en een expert op het gebied van ambulancezorg).
2. De deelnemers werden gevraagd om zich te verplaatsen in een patiënt of een omstander die belt voor een patiënt die zorg nodig heeft en om vanuit die rol na te denken welke rol samen beslissen binnen de ambulancezorg volgens hen heeft. Om de deelnemers te helpen bij het beantwoorden van deze vraag, stelden de gespreksleiders onderstaande hulpvragen:
 - Wat is samen beslissen in de acute zorg?
 - Waarover zou u willen beslissen?
 - Waarom vindt u samen beslissen belangrijk, of waarom niet?
 - In welke situaties is samen beslissen gewenst en in welke niet?
 - In hoeverre verschilt samen beslissen in de geplande ambulancezorg met samen beslissen in een spoedeisende situatie?
3. Afsluitend werden de uitkomsten per groep samengevat en plenair besproken.

Werkvorm 3: Samenwerken in de keten

Duur: 60 minuten

Onderzoeksvraag:

Is er behoefte aan zorgcoördinatie/samenwerking in de acute zorg en wat betekent het voor de burger?

Deelvragen

- Hoe denken burgers over samenwerking in de spoedzorgketen (positieve punten en knelpunten).
- Hoe denk je over toegang tot de spoedzorgketen? (problemen of geen problemen).
- Hoe denk je over één centraal toegangsnummer (bijv. verbetering want duidelijk of beperking van vrijheid bij keuze voor een zorgverlener).
- Hoe denk je over zorgverlening door meerdere zorgverleners gezamenlijk? bijvoorbeeld als de zorg door andere zorgverleners wordt overgenomen?

Opzet

1. Start opdracht: Wereldcafé

Het Wereldcafé is een methode om deelnemers te activeren om kennis, ervaringen, meningen en inzichten uit te wisselen. Een grote groep mensen levert hierbij gemakkelijk inbreng, en onderzoeks- of besluitvormingsprocessen verlopen hierdoor soepeler. Het is geen debat, maar deelnemers gaan in een informele setting in gesprek met elkaar. De werkwijze tijdens het Burgerplatform Ambulancezorg was als volgt:

- a. De deelnemers verspreidden zich over vier tafels in één ruimte
 - b. Aan elke tafel bespraken de deelnemers een van de vier deelvragen (20 minuten)
 - c. Een vaste groepsleider noteerde de inbreng op een groot vel papier
 - d. Na ongeveer 20 minuten wisselden de deelnemers van tafel
 - e. De volgende groep deelnemers nam kennis van de deelvraag en de reacties daarop en vulde de reacties aan op het grote vel papier.
 - f. Elke groep beantwoorde twee vragen.
 - g. Na afloop ontstaat er inzicht in allerlei gedachten over de deelvragen.
2. Afsluitend werden de uitkomsten per deelvraag samengevat en plenair besproken.

C.3 Verslaglegging

De rapportage van het Burgerplatform is gebaseerd op de notulen van twee notulisten, aangevuld met de ervaringen van experts op het gebied van ambulancezorg en onderzoekers die deelnemers in subgroepen bij de opdrachten hebben begeleid. Ook zijn de materialen die zijn gebruikt tijdens de opdrachten (flipovers, post-its en geluidsmateriaal) gebruikt voor de verslaglegging van het Burgerplatform. De conceptversie van het verslag is daarnaast ter controle voorgelegd aan de deelnemers. Van de 27 deelnemers hadden negen deelnemers zich aangemeld voor de membercheck.

Bijlage D Dagprogramma

Datum : donderdag 6 februari 2020
Tijd : 10.30-15.30 uur
Plaats : zaal 0.09 op het Nivel
Voorzitter : Dolf de Boer (Nivel)
Notulist: : Yvonne Jorna (Nivel), Lilian van Tuyl (Nivel)

Hieronder volgt het programma van het Burgerplatform Kwaliteit van ambulancezorg vanuit patiënten perspectief

Tabel 2 Dagindeling en thema's

Tijd	Activiteit
10.00-10.30	Inloop & ontvangst
10.30-10.40	Opening en uitleg van het programma
10.40-11.15	Voorstelronde – activeren van de deelnemers (introductie en quiz)
11.15-12.15	Werkvorm 1: Communicatie en de geïnformeerde patiënt
12.15-12.45	Lunch
12.45-13.45	Werkvorm 2: Samen beslissen
13.45-14.00	Pauze
14.00-15.00	Werkvorm 3: Samenwerking in de keten
15.00-15.30	Afsluiting en evaluatie van de dag