

# VAN DIVERGENTIE NAAR CONVERGENTIE

Resultaten Delphi studie naar urgentie-indeling in de ambulancezorg  
en de eerstelijns acute zorg in Nederland

Dr. Remco Ebben  
Dr. Gijs Hesselink  
Dr. Sivera Berben  
Dr. Lilian Vloet

Datum: 26 September 2019

© 2019 Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Lectoraat Acute Intensieve Zorg

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
1. Achtergrond .....	3
2. Methode .....	4
3. Resultaten - periode 1 .....	5
4. Resultaten - periode 2 .....	8
Bijlage 1. Een vergelijking van de beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête tussen subgroepen .....	10
Bijlage 2. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête op basis van aantal respondenten (n=41) t/m 24-08-2019.....	13
Bijlage 3. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête op basis van totaal aantal respondenten (n=49) t/m 06-09-2019.....	15
Bijlage 4. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête voor respondenten afkomstig uit de ambulancesector (n=17).....	17
Bijlage 5. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête voor respondenten afkomstig buiten de ambulancesector (n=32).....	19

## 1. Achtergrond

In deze rapportage staan de opbrengsten beschreven van een Delphi studie naar de urgentie-indeling in de ambulancezorg en de eerstelijns acute zorg in Nederland. Deze Delphi studie is uitgevoerd door het Lectoraat Acute Intensieve Zorg (LAIZ) van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

De ledenvergadering van Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft een opdracht geformuleerd aan de Taskforce urgenties om uit enkele geselecteerde landen/regio's de motivatie bij gehanteerde urgentieclassificaties van de ambulancezorg en huisartsenzorg te onderzoeken. Deze inventarisatie is uitgevoerd door het NIVEL en gerapporteerd in het rapport '*Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen. Een verantwoording voor de urgentie-indeling*' (2019). De Taskforce zal mede op basis van dit rapport een advies uit brengen om urgenties in de ambulancezorg en eerstelijns acute zorg binnen Nederland met elkaar op één lijn te brengen.

Aansluitend aan het Nivel-onderzoek heeft de Taskforce urgenties van AZN een opdracht gesteld aan het LAIZ om hen te ondersteunen en adviseren bij het opstellen van het uiteindelijke advies om urgenties in de ambulancezorg en eerstelijns acute zorg binnen Nederland te optimaliseren en zo mogelijk op een lijn te brengen. Het LAIZ heeft deze opdracht uitgevoerd door te onderzoeken wat het draagvlak onder experts/stakeholders in de acute zorgketen is uitgaande van de bevindingen van het Nivel-onderzoek (2019).

## 2. Methode

Het draagvlak is onderzocht aan de hand van een Delphi studie volgens de RAND-UCLA Appropriateness methode<sup>1</sup>. Een Delphi studie is een geschikte methode om op systematische wijze draagvlak te onderzoeken onder een groep van deskundigen/betrokkenen over een onderwerp. De Delphi bestond uit drie stappen:

### Stap 1: Bijeenkomst 'Wanneer is spoed goed?' (maart 2019)

Tijdens deze bijeenkomst is met de aanwezige stakeholders in diverse werkvormen gediscussieerd over hoe het urgentiesysteem in de ambulancezorg en de eerstelijns acute zorg in Nederland zou moeten worden doorontwikkeld. De uitkomsten van deze bijeenkomst zijn gebruikt als opmaat voor de ontwikkeling van de enquête/Delphi (stap 2).

### Stap 2: Enquête (juli-september 2019)

- a) Uit het Nivel-rapport zijn de bevindingen over het (door)ontwikkelen van het urgentiesysteem gedestilleerd.
- b) De bevindingen van het Nivel-rapport en de uitkomsten van de bijeenkomst 'Wanneer is spoed goed?' (stap 1) zijn verwerkt in 27 stellingen die gescoord konden worden op een range van: 1 (helemaal oneens) tot 9 (helemaal eens). De stellingen zijn voorgelegd aan enkele leden van de Taskforce urgentie en AZN om de expertvaliditeit te borgen. Een door AZN geselecteerde groep van deskundigen en stakeholders (vertegenwoordigers van brancheorganisaties, beroeps- en patiëntverenigingen en professionals werkzaam in het veld) is individueel gevraagd om anoniem deze 27 stellingen te scoren. Daarnaast werden de respondenten gevraagd hun opmerkingen over de stellingen op te schrijven alsmede hun mening te geven over de randvoorwaarden en verbeterpunten voor het (door)ontwikkelen van het urgentie-indelingssysteem.
- c) De stellingen zijn geanalyseerd op mate van draagvlak door te kijken naar: de groepsmediaan en de mate van onderlinge eensgezindheid ('disagreement index') binnen de groep van respondenten. Dit heeft geresulteerd in drie categorieën: 1) geaccepteerde stellingen; 2) stellingen die ter discussie staan; en 3) verworpen stellingen (zie bijlage 1). De opmerkingen van respondenten zijn op kwalitatieve wijze geanalyseerd en dienen ter verduidelijking op de uitkomsten van de stellingen.

De analyse van de stellingen heeft op twee verschillende momenten plaats gevonden. De eerste analyse, ter voorbereiding op stap 3, vond plaats op basis van ingevulde enquêtes tot en met 24 augustus 2019. De tweede analyse heeft plaatsgevonden over de ingevulde enquêtes tot en met 6 september 2019.

### Stap 3: Bijeenkomst terugkoppeling enquête bevindingen (september 2019)

Tijdens een bijeenkomst op 4 september 2019 zijn de eerste bevindingen van de enquête (periode tot en met 24 augustus 2019) teruggekoppeld aan een groep van respondenten en leden van de Taskforce urgentie. Tijdens deze bijeenkomst is in het bijzonder ingegaan op de stellingen waarover geen draagvlak bestond (oftewel 'ter discussie').

---

<sup>1</sup> Fitch K, Bernstein S, Aguilar M: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, California: RAND; 2001.

### 3. Resultaten - periode 1

In de periode tot en met 24 augustus 2019 zijn van de 90 verzonden uitnodigingen 41 volledig ingevulde enquêtes teruggestuurd (respons: 46%). De zelf gerapporteerde achtergrond van de respondenten is weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1. Respondenten**

Achtergrond (zelf gerapporteerd)	N (%)
Lid van beroepsvereniging	10 (24)
Lid van brancheorganisatie	7 (18)
Lid van patiëntvereniging	1 (3)
Professional (op persoonlijke titel)	15 (35)
Overig (bv. MMA, kaderhuisarts)	8 (20)

Van de 27 stellingen hebben de respondenten er drie verworpen en 15 geaccepteerd. Negen stellingen staan ter discussie (zie bijlagen 1 en 2). Op basis hiervan zijn conclusies getrokken over urgentie-indelingsaspecten waarover draagvlak is en wat (nog) ter discussie staat. De conclusies zijn onderverdeeld in zes thema's: 1) Aantal urgentiecategorieën; 2) Onderbouwing urgentie-indeling; 3) Responstijden; 4) Indicatoren; 5) Juiste zorgverlener op het juiste moment; en 6) Urgentie-indeling in de keten. Hieronder beschrijven we per thema in het kort de conclusies. Deze zijn verder aangevuld met de belangrijkste uitkomsten (opmerkingen/nuanceringen) uit de groepsbijeenkomst van 4 september 2019.

#### **Thema 1      Aantal urgentie categorieën**

Draagvlak:

- De urgentie-indeling van de ambulancezorg moet minimaal 2 categorieën bevatten voor gepland vervoer.

Ter discussie:

- Hoeveel urgentiecategorieën moeten er voor de ambulancezorg zijn?

#### **Uitkomsten groepsbijeenkomst**

- Deelnemers variëren in hun voorkeuren tussen 4 en 7 urgentiecategorieën. Er is draagvlak voor >3 categorieën. Hoeveel categorieën het er precies moeten zijn blijft ter discussie staan. Belangrijk uitgangspunt voor het aantal categorieën is of dit eenzelfde of een op elkaar aansluitend systeem moet zijn voor de ambulance en huisarts.
- Er is behoefte aan meer differentiatie dan in de huidige indeling. Een ideaalbeeld werd geschetst waarbij binnen de huidige categorieën (A1, A2 en B) meer differentiatie mogelijk is gericht op basis van tijdigheid en zorgvragen. Bijvoorbeeld in de huidige A1 waarbij beter onderscheid wordt gemaakt tussen semi-spoed en echte (bloed)spoed. Dit waarborgt volgens deelnemers ook dat bij bloedspoed men sneller ter plaatse kan zijn, en bij semispoed nog zo spoedig mogelijk. Ook voor het besteld vervoer is er meer behoefte aan een differentiatie op basis van enerzijds de hulpvraag/zorgtoewijzing en anderzijds de tijdigheid van vervoer (bijvoorbeeld vervoer van patiënten voor een operatie en patiënten met/voor een bestraling, versus de overplaatsing naar huis of een zorginstelling).
- Echter, er is mogelijk wel een spanningsveld tussen wat men wil (uitbreiding van categorieën) en wat kan. Een verandering van 3 naar >4 categorieën kan voor de ambulancezorg misschien een te grote stap zijn in de implementatie.

## Thema 2 Onderbouwing urgentie-indeling

Draagvlak:

- De urgentie-indeling moet onderbouwd zijn met (een mix van) wetenschappelijk bewijs en een feedbackloop met (historische) gegevens.

### Uitkomsten groepsbijeenkomst

- Tijdens de discussie is benadrukt dat bij gebrek aan wetenschappelijk bewijs de urgentie-indeling practice-based moet worden
- Bij de implementatie moet aandacht zijn voor eenduidig definiëren en meten en het koppelen van gegevens

## Thema 3 Responstijden

Draagvlak:

- Responstijd is een belangrijke indicator om de kwaliteit van de ambulancezorg te meten.

Ter discussie:

- Hoe lang moet de responstijd zijn in de hoogste urgentiecategorie?
- Moeten responstijden in alle urgentiecategorieën worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te meten?
- Moet de registratie van de responstijd stoppen zodra de first responder (ambulance-eenheid, burgerhulpverlener, politie of brandweer) ter plaatse is?

### Uitkomsten groepsbijeenkomst

- Responstijden kunnen volgens deelnemers enkel een kwaliteitsindicator zijn in de hoogste urgentiecategorie vanwege de relatie tussen tijd en zorguitkomsten. De meningen zijn verdeeld over het gebruik van responstijden als kwaliteitsindicator voor overige categorieën en gepland vervoer.
- De deelnemers vinden het belangrijk om beter te bepalen wat het doel is van het meten van responstijden: is het een 'afrekeninstrument' of om een instrument om 'performance' in kaart te brengen en capaciteitsplanning te sturen. Dit laatste heeft de voorkeur. Ook vinden zij het belangrijk dat de maatschappelijke en politieke verwachtingen omtrent de responstijden in relatie tot urgentie van zorgvragen wordt bijgesteld. Bij alle categorieën blijft 'zo spoedig mogelijk' het uitgangspunt.
- Momenteel worden de startmomenten van de responstijden regionaal verschillend geregistreerd. Mogelijk gevolg is dat responstijden worden over- of onderschat.
- Deelnemers zijn het erover eens dat triagetijd moet worden meegenomen in de totale responstijd.
- Het bepalen van een optimale responstijd per categorie vinden de deelnemers lastig vanwege enkele tijdsgebonden ziektebeelden, zoals reanimatie, en het gebrek aan differentiatie in de huidige categorieën.
- Bij het bepalen van de responstijd in de hoogste urgentiecategorie kan het waardevol zijn om rekening te houden met (inter)nationale benchmark.
- Het stoppen van het meten van de responstijd zodra de first responder ter plaatse is, vinden de deelnemers alleen zinvol bij type aandoeningen/ziektebeelden (bijvoorbeeld bij circulatiestilstand en verbloeding) waarbij de first responder een adequate en significante bijdrage levert en als de first responder wordt gecoördineerd door de (MKA) ambulancezorg. Daarnaast moet ook de aankomsttijd van de ambulance worden geregistreerd.

## Thema 4      Indicatoren

Draagvlak:

- Om de kwaliteit van de ambulancezorg te meten moeten indicatoren worden gebruikt op de volgende gebieden:
  - Zorginhoudelijk
  - Patiëntuitkomsten
  - Tijd
  - Patiënttevredenheid en –ervaringen
- Indicatoren moeten breder zijn dan alleen de schakel van de ambulancezorg en beslaan de keten/het zorgpad dat een patiënt doorloopt.
- Indicatoren moeten waar mogelijk samen met patiënten worden ontwikkeld.

### Uitkomsten groepsbijeenkomst

- De deelnemers onderschrijven dat indicatoren breder moeten zijn dan alleen de schakel van de ambulancezorg, echter zien zij wel een zorgpunt dat de kwaliteit van de ambulancezorg dan mede afhankelijk wordt gemaakt van prestaties van ketenpartners
- Bij het ontwikkelen van de indicatoren moet een onderscheid worden gemaakt tussen urgentie en inhoud van zorg

## Thema 5      Juiste zorgverlener op het juiste moment

Draagvlak:

- Per urgentie categorie moet er een beschrijving zijn van het competentieniveau van de zorgverlener.
- De huidige urgentie-indeling ambulancezorg zorgt er *niet* voor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.
- De MKA-centralist moet (wanneer een levensbedreigende situatie is uitgesloten) extra uitvaartijd krijgen om de juiste zorgrespons met de juiste urgentie te kunnen vaststellen.

Ter discussie:

- Moet zittend taxivervoer met een EHBO-diploma een aparte categorie worden in de urgentie-indeling ambulancezorg?

### Uitkomsten groepsbijeenkomst

- Volgens deelnemers moet het competentieniveau van de zorgverleners zijn afgestemd op de (verwachte) complexiteit van de gevraagde zorg, in mindere mate op het urgentieniveau.
- Een aantal deelnemers sprak de voorkeur uit voor het hebben van “allrounders” op de ambulance in plaats van (teveel) differentiatie van competenties op basis van urgentie categorieën. Te veel differentiatie in functie zou kunnen leiden tot een afname van (tijdige) inzetbaarheid van ambulancezorg (bijvoorbeeld bij opgeschaalde zorg).

## Thema 6      Urgentie-indeling in de keten

Draagvlak:

- Er moet een ketenbrede urgentie-indeling komen.

Ter discussie:

- Hoe moet deze ketenbrede urgentie-indeling eruitzien; moet het gebaseerd zijn op de indeling ambulancezorg, de NTS of een andere vorm?

### Uitkomsten groepsbijeenkomst

- Het ambitieniveau moet zijn dat er één systeem is, maar in één systeem moet niet het doel op zich zijn. Bij verschillende systemen voor de ambulancezorg en de eerstelijns acute zorg moeten deze op elkaar aansluiten, waarbij tijdens het triageproces de mogelijkheid bestaat om over te stappen tussen de systemen.
- Overeenstemming met ketenpartners over de hoge (spoed) categorieën is belangrijk.

#### 4. Resultaten - periode 2

Om meer respons te creëren heeft op verzoek van AZN de enquête open gestaan tot en met 6 september 2019. In de periode tot en met 6 september 2019 zijn van de 90 verzonden uitnodigingen 49 volledig ingevulde enquêtes teruggestuurd (respons: 54%).

De verlengde openstelling van de enquête heeft voor een verschuiving gezorgd in de groepsbeoordeling op drie stellingen (zie tabel 2 en bijlagen 1 en 3):

- Stelling 4: 'ter discussie' → 'geaccepteerd'
- Stelling 11: 'ter discussie' → 'geaccepteerd'
- Stelling 18: 'geaccepteerd' → 'ter discussie'

**Tabel 2. Classificatie van stellingen voor en na de aanvulling van 8 respondenten**

	Stellingen		
	Geaccepteerd	Ter discussie	Verworpen
Respondenten t/m 24082019 (n=41)	7; 10; 12; 14-19; 22-27	2; 4; 5; 8; 9; 11; 13; 20; 21	1; 3; 6
Respondenten t/m 06092019 (n=49)	4; 7; 10-12; 14- 17; 19; 22-27	2; 5; 8; 9; 13; 18; 20; 21	1; 3; 6

Verschillen in beoordeling van stellingen (wel/niet afkomstig uit ambulancesector)

Op verzoek van AZN is er in de analyse een onderscheid gemaakt tussen respondenten afkomstig uit de ambulancesector (n=17) en niet afkomstig uit de ambulancesector (n=32). De twee groepen verschillen in hun beoordeling op 12 van de 27 stellingen (zie tabellen 3 en 4, bijlagen 4 en 5).

In de beoordeling van de huidige urgentie-indeling in de ambulancezorg verschillen de respondenten afkomstig uit de ambulancesector en de overige groep van respondenten met name op twee vlakken:

- 1) Het differentiërend vermogen van de huidige categorieën  
Respondenten afkomstig uit de ambulancesector vinden als groep dat de huidige urgentie-indeling onvoldoende gedifferentieerd is: de huidige indeling bevat onvoldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden. Eén urgentiecategorie voor gepland vervoer is volgens deze groep tevens te weinig. Over deze twee aspecten bestaat geen draagvlak onder de groep van overige respondenten.
- 2) De waarde/ het gebruik van responstijden  
De respondenten afkomstig uit de ambulancesector als groep zijn duidelijk over de waarde en het huidige gebruik van responstijden: ze meten niet op juiste wijze de kwaliteit van ambulancezorg en zijn nu geen belangrijke uitkomstindicatoren om de kwaliteit van ambulancezorg te meten. Anderzijds vindt deze groep van respondenten wel, dat A1 en A2 urgentiecategorieën (spoedeisende ambulancezorg) allebei responstijden moeten hebben. Er is geen onderlinge eensgezindheid over de waarde en het huidige gebruik van responstijden binnen de groep van overige respondenten.

**Tabel 3. Classificatie van stellingen per type respondent**

Type respondent	Stellingen		
	Geaccepteerd	Ter discussie	Verworpen
Respondenten afkomstig uit ambulancesector (n=17)	4; 10-12; 15-17; 22- 24; 26; 27	5; 7-9; 13; 14; 19-21; 25	1-3; 6; 18
Respondenten <i>niet</i> afkomstig uit ambulancesector (n=32)	7; 11; 12; 14-17; 19; 22; 24-27	1-6; 8-10; 13; 18; 20; 21; 23;	-



**Tabel 4. Verschillen in groepsbeoordeling per stelling**

Stelling	Respondenten afkomstig uit ambulancesector	Respondenten <i>niet</i> afkomstig uit ambulancesector
1	Verworpen	Ter discussie
2	Verworpen	Ter discussie
3	Verworpen	Ter discussie
4	Geaccepteerd	Ter discussie
6	Verworpen	Ter discussie
7	Ter discussie	Geaccepteerd
10	Geaccepteerd	Ter discussie
14	Ter discussie	Geaccepteerd
18	Verworpen	Ter discussie
19	Ter discussie	Geaccepteerd
23	Geaccepteerd	Ter discussie
25	Ter discussie	Geaccepteerd

### Bijlage 1. Een vergelijking van de beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête tussen subgroepen

#	Stelling	Categorisering van stellingen**			
		Respondenten 1 <sup>e</sup> ronde (n=41) tot 24 augustus 2019	Respondenten 2 <sup>e</sup> ronde (n=49) tot 6 september 2019	Respondenten ambulancesector (n=17)	Overige respondenten (n=32)
1	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg meet aan de hand van responstijden op juiste wijze de kwaliteit van de ambulancezorg.				
2	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.				
3	Eén urgentiecategorie voor gepland vervoer (B-ritten) is voldoende.				
4	A-1 en A-2 urgentiecategorieën (spoedeisende ambulancezorg) moeten allebei responstijden hebben.				
5	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.				
6	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.				
7	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.				
8	De huidige urgentie-indeling voor de huisartsenzorg (NTS) moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.				
9	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.				
10	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.				
11	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet meer dan de huidige drie urgentie-categorieën (A-1, A-2 en B-urgenties) bevatten om (acute) zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.				
12	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet minimaal twee urgentie-categorieën voor planbare ambulancezorg bevatten waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inzet van ambulances en overig zorgvervoer.				
13	Zittend taxivervoer door personen met een EHBO-diploma (inclusief reanimatie/AED) moet een aparte urgentie-categorie worden in de urgentie-indeling voor ambulancezorg.				

14	Er moet één dezelfde urgentie-indeling zijn voor de gehele acute zorgketen (ambulance-HAP-SEH).				
15	In de ambulancezorg moet per urgentie-indeling worden vastgesteld wat de meest passende (competentieniveau) zorgverlener is om in te zetten.				
16	In de ambulancezorg moet per urgentie-categorie worden bepaald welk competentieniveau de zorgverlener(s) moet hebben.				
17	De meldkamercentralist moet (wanneer een levensbedreigende situatie is uitgesloten) extra uitvaartijd krijgen om de juiste zorgrespons met de juiste urgentie te kunnen vaststellen.				
18	Responstijden zijn belangrijke indicatoren om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.				
19	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moeten responstijden worden gebruikt om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.				
20	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moet een responstijd van 8 minuten worden gehanteerd.				
21	Registratie van de responstijd van de ambulancezorg moet stoppen zodra de eerste responder (ambulance-eenheid, burgerhulpverlener, politie of brandweer) ter plaatse is.				
22	Naast responstijden zijn andere indicatoren nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.				
23	Patiënttevredenheid/-ervaringen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.				
24	Indicatoren die het gehele zorgpad beoordelen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.				
25	Patiëntuitkomsten (bijvoorbeeld: overleving en kwaliteit van leven) zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.				
26	Het ontwikkelen van indicatoren samen met patiënten is belangrijk om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.				
27	De urgentie-indelingen voor de ambulancezorg moeten continu worden bijgesteld op basis van een feedbackloop met (historische) gegevens.				

\* Op basis van een 9-puntschaal: 1 (helemaal mee oneens) t/m 9 (helemaal mee eens).

\*\* Categorie-indeling:

1. Geaccepteerd (groen): mediaan 7–9 & disagreement index < 1 (draagvlak in groep);
2. Ter discussie (geel): mediaan 7–9 & disagreement index > 1 (geen draagvlak in groep) of mediaan: 4–6 & disagreement index > 1 of < 1;

3. Verworpen (rood): mediaan 1–3 & disagreement index  $> 1$  of  $< -1$ .

## Bijlage 2. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête op basis van aantal respondenten (n=41) t/m 24-08-2019

#	Stelling	Mediaan*	Disagr. index	Categorie**
1	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg meet aan de hand van responstijden op juiste wijze de kwaliteit van de ambulancezorg.	3	0,37	
2	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	4	0,97	
3	Eén urgentiecategorie voor gepland vervoer (B-ritten) is voldoende.	3	0,65	
4	A-1 en A-2 urgentiecategorieën (spoedeisende ambulancezorg) moeten allebei responstijden hebben.	6	0,65	
5	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	4	1,04	
6	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	3	0,65	
7	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	7	0,65	
8	De huidige urgentie-indeling voor de huisartsenzorg (NTS) moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	5	0,88	
9	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	5	0,85	
10	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.	7	0,65	
11	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet meer dan de huidige drie urgentie-categorieën (A-1, A-2 en B-urgenties) bevatten om (acute) zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	7	1,04	
12	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet minimaal twee urgentie-categorieën voor planbare ambulancezorg bevatten waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inzet van ambulances en overig zorgvervoer.	7	0,37	
13	Zittend taxivervoer door personen met een EHBO-diploma (inclusief reanimatie/AED) moet een aparte urgentie-categorie worden in de urgentie-indeling voor ambulancezorg.	6	0,59	
14	Er moet één dezelfde urgentie-indeling zijn voor de gehele acute zorgketen (ambulance-HAP-SEH).	8	0,49	
15	In de ambulancezorg moet per urgentie-indeling worden vastgesteld wat de meest passende (competentieniveau) zorgverlener is om in te zetten.	7	0,52	
16	In de ambulancezorg moet per urgentie-categorie worden bepaald welk competentieniveau de zorgverlener(s) moet hebben.	7	0,52	
17	De meldkamercentralist moet (wanneer een levensbedreigende situatie is uitgesloten) extra uitvaartijd krijgen om de juiste zorgrespons met de juiste urgentie te kunnen vaststellen.	8	0,29	
18	Responstijden zijn belangrijke indicatoren om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	4	0,86	
19	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moeten responstijden worden gebruikt om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	7	0,65	

20	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moet een responstijd van 8 minuten worden gehanteerd.	5	0,86	
21	Registratie van de responstijd van de ambulancezorg moet stoppen zodra de eerste responder (ambulance-eenheid, burgerhulpverlener, politie of brandweer) ter plaatse is.	4	0,65	
22	Naast responstijden zijn andere indicatoren nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	9	0,13	
23	Patiënttevredenheid/-ervaringen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,37	
24	Indicatoren die het gehele zorgpad beoordelen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	8	0,16	
25	Patiëntuitkomsten (bijvoorbeeld: overleving en kwaliteit van leven) zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,37	
26	Het ontwikkelen van indicatoren samen met patiënten is belangrijk om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,54	
27	De urgentie-indelingen voor de ambulancezorg moeten continu worden bijgesteld op basis van een feedbackloop met (historische) gegevens.	7	0,16	

\* op basis van een 9-puntschaal: 1 (helemaal mee oneens) t/m 9 (helemaal mee eens).

\*\* Categorie-indeling:

1. Geaccepteerd (groen): mediaan 7–9 & disagreement index < 1 (draagvlak in groep);
2. Ter discussie (geel): mediaan 7–9 & disagreement index > 1 (geen draagvlak in groep) of mediaan: 4–6 & disagreement index > 1 of < 1;
3. Verworpen (rood): mediaan 1–3 & disagreement index > 1 of < 1.

### Bijlage 3. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête op basis van totaal aantal respondenten (n=49) t/m 06-09-2019

#	Stelling	Mediaan*	Disagr. index	Categorie**
1	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg meet aan de hand van responstijden op juiste wijze de kwaliteit van de ambulancezorg.	3	0,53	
2	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	4	1,01	
3	Eén urgentiecategorie voor gepland vervoer (B-ritten) is voldoende.	3	0,65	
4	A-1 en A-2 urgentiecategorieën (spoedeisende ambulancezorg) moeten allebei responstijden hebben.	7	0,65	
5	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	4	1,04	
6	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	3	0,53	
7	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	7	0,65	
8	De huidige urgentie-indeling voor de huisartsenzorg (NTS) moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	5	0,85	
9	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	5	0,32	
10	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.	7	0,59	
11	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet meer dan de huidige drie urgentie-categorieën (A-1, A-2 en B-urgenties) bevatten om (acute) zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	7	0,65	
12	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet minimaal twee urgentie-categorieën voor planbare ambulancezorg bevatten waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inzet van ambulances en overig zorgvervoer.	8	0,37	
13	Zittend taxivervoer door personen met een EHBO-diploma (inclusief reanimatie/AED) moet een aparte urgentie-categorie worden in de urgentie-indeling voor ambulancezorg.	6	0,65	
14	Er moet één dezelfde urgentie-indeling zijn voor de gehele acute zorgketen (ambulance-HAP-SEH).	8	0,33	
15	In de ambulancezorg moet per urgentie-indeling worden vastgesteld wat de meest passende (competentieniveau) zorgverlener is om in te zetten.	7	0,65	
16	In de ambulancezorg moet per urgentie-categorie worden bepaald welk competentieniveau de zorgverlener(s) moet hebben.	7	0,52	
17	De meldkamercentralist moet (wanneer een levensbedreigende situatie is uitgesloten) extra uitvaartijd krijgen om de juiste zorgrespons met de juiste urgentie te kunnen vaststellen.	8	0,29	
18	Responstijden zijn belangrijke indicatoren om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	4	0,52	
19	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moeten responstijden worden gebruikt om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	7	0,65	

20	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moet een responstijd van 8 minuten worden gehanteerd.	5	0,52	
21	Registratie van de responstijd van de ambulancezorg moet stoppen zodra de eerste responder (ambulance-eenheid, burgerhulpverlener, politie of brandweer) ter plaatse is.	4	0,65	
22	Naast responstijden zijn andere indicatoren nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	8	0,13	
23	Patiënttevredenheid/-ervaringen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,37	
24	Indicatoren die het gehele zorgpad beoordelen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	8	0,16	
25	Patiëntuitkomsten (bijvoorbeeld: overleving en kwaliteit van leven) zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,37	
26	Het ontwikkelen van indicatoren samen met patiënten is belangrijk om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,56	
27	De urgentie-indelingen voor de ambulancezorg moeten continu worden bijgesteld op basis van een feedbackloop met (historische) gegevens.	7	0,16	

\* op basis van een 9-puntschaal: 1 (helemaal mee oneens) t/m 9 (helemaal mee eens).

\*\* Categorie-indeling:

1. Geaccepteerd (groen): mediaan 7–9 & disagreement index < 1 (draagvlak in groep);
2. Ter discussie (geel): mediaan 7–9 & disagreement index > 1 (geen draagvlak in groep) of mediaan: 4–6 & disagreement index > 1 of < 1;
3. Verworpen (rood): mediaan 1–3 & disagreement index > 1 of < 1.



#### Bijlage 4. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête voor respondenten afkomstig uit de ambulancesector (n=17)

#	Stelling	Mediaan*	Disagr. index	Categorie**
1	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg meet aan de hand van responstijden op juiste wijze de kwaliteit van de ambulancezorg.	2	0,16	
2	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	3	1,05	
3	Eén urgentiecategorie voor gepland vervoer (B-ritten) is voldoende.	2	0,29	
4	A-1 en A-2 urgentiecategorieën (spoedeisende ambulancezorg) moeten allebei responstijden hebben.	7	0,65	
5	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	5	1,66	
6	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	3	0,40	
7	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	6	0,65	
8	De huidige urgentie-indeling voor de huisartsenzorg (NTS) moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	4	1,04	
9	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	5	0,45	
10	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.	7	0,16	
11	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet meer dan de huidige drie urgentie-categorieën (A-1, A-2 en B-urgenties) bevatten om (acute) zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	8	0,33	
12	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet minimaal twee urgentie-categorieën voor planbare ambulancezorg bevatten waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inzet van ambulances en overig zorgvervoer.	8	0,42	
13	Zittend taxivervoer door personen met een EHBO-diploma (inclusief reanimatie/AED) moet een aparte urgentie-categorie worden in de urgentie-indeling voor ambulancezorg.	6	0,65	
14	Er moet één dezelfde urgentie-indeling zijn voor de gehele acute zorgketen (ambulance-HAP-SEH).	8	1,09	
15	In de ambulancezorg moet per urgentie-indeling worden vastgesteld wat de meest passende (competentieniveau) zorgverlener is om in te zetten.	7	0,65	
16	In de ambulancezorg moet per urgentie-categorie worden bepaald welk competentieniveau de zorgverlener(s) moet hebben.	7	0,52	
17	De meldkamercentralist moet (wanneer een levensbedreigende situatie is uitgesloten) extra uitvaartijd krijgen om de juiste zorgrespons met de juiste urgentie te kunnen vaststellen.	9	0,13	
18	Responstijden zijn belangrijke indicatoren om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	3	0,59	
19	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moeten responstijden worden gebruikt om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	6	0,59	

20	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moet een responstijd van 8 minuten worden gehanteerd.	6	0,72	
21	Registratie van de responstijd van de ambulancezorg moet stoppen zodra de eerste responder (ambulance-eenheid, burgerhulpverlener, politie of brandweer) ter plaatse is.	4	0,98	
22	Naast responstijden zijn andere indicatoren nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	9	0,13	
23	Patiënttevredenheid/-ervaringen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	8	0,23	
24	Indicatoren die het gehele zorgpad beoordelen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	8	0,08	
25	Patiëntuitkomsten (bijvoorbeeld: overleving en kwaliteit van leven) zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	6,5	0,37	
26	Het ontwikkelen van indicatoren samen met patiënten is belangrijk om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,43	
27	De urgentie-indelingen voor de ambulancezorg moeten continu worden bijgesteld op basis van een feedbackloop met (historische) gegevens.	8,5	0,21	

\* op basis van een 9-puntschaal: 1 (helemaal mee oneens) t/m 9 (helemaal mee eens).

\*\* Categorie-indeling:

1. Geaccepteerd (groen): mediaan 7–9 & disagreement index < 1 (draagvlak in groep);
2. Ter discussie (geel): mediaan 7–9 & disagreement index > 1 (geen draagvlak in groep) of mediaan: 4–6 & disagreement index > 1 of < 1;
3. Verworpen (rood): mediaan 1–3 & disagreement index > 1 of < 1.

## Bijlage 5. Beoordeling en categorisering van 27 stellingen uit de enquête voor respondenten afkomstig buiten de ambulancesector (n=32)

#	Stelling	Mediaan*	Disagr. index	Categorie**
1	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg meet aan de hand van responstijden op juiste wijze de kwaliteit van de ambulancezorg.	4	0,52	
2	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	4,5	0,77	
3	Eén urgentiecategorie voor gepland vervoer (B-ritten) is voldoende.	4	0,52	
4	A-1 en A-2 urgentiecategorieën (spoedeisende ambulancezorg) moeten allebei responstijden hebben.	6	0,65	
5	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	4	0,91	
6	De huidige urgentie-indeling voor ambulancezorg zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	3,5	0,65	
7	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) bevat voldoende urgentiecategorieën om zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	7	0,37	
8	De huidige urgentie-indeling voor de huisartsenzorg (NTS) moet geïmplementeerd worden in de gehele keten van de acute eerstelijns en ambulancezorg.	5	0,52	
9	De huidige urgentie-indeling voor huisartsenzorg (NTS) zorgt ervoor dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt.	5,5	0,50	
10	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.	6,5	0,52	
11	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet meer dan de huidige drie urgentie-categorieën (A-1, A-2 en B-urgenties) bevatten om (acute) zorgvragen goed te kunnen onderscheiden.	7	0,72	
12	De urgentie-indeling voor ambulancezorg moet minimaal twee urgentie-categorieën voor planbare ambulancezorg bevatten waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen inzet van ambulances en overig zorgvervoer.	8	0,20	
13	Zittend taxivervoer door personen met een EHBO-diploma (inclusief reanimatie/AED) moet een aparte urgentie-categorie worden in de urgentie-indeling voor ambulancezorg.	6	0,65	
14	Er moet één dezelfde urgentie-indeling zijn voor de gehele acute zorgketen (ambulance-HAP-SEH).	8	0,29	
15	In de ambulancezorg moet per urgentie-indeling worden vastgesteld wat de meest passende (competentieniveau) zorgverlener is om in te zetten.	7	0,65	
16	In de ambulancezorg moet per urgentie-categorie worden bepaald welk competentieniveau de zorgverlener(s) moet hebben.	7	0,55	
17	De meldkamercentralist moet (wanneer een levensbedreigende situatie is uitgesloten) extra uitvaartijd krijgen om de juiste zorgrespons met de juiste urgentie te kunnen vaststellen.	8	0,29	
18	Responstijden zijn belangrijke indicatoren om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	4,5	0,52	
19	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moeten responstijden worden gebruikt om de kwaliteit van ambulancezorg te meten.	7	0,37	

20	Alleen voor de hoogste urgentie (tijdkritische aandoeningen zoals circulatiestilstand en verstikking) moet een responstijd van 8 minuten worden gehanteerd.	5	0,52	
21	Registratie van de responstijd van de ambulancezorg moet stoppen zodra de eerste responder (ambulance-eenheid, burgerhulpverlener, politie of brandweer) ter plaatse is.	4,5	0,65	
22	Naast responstijden zijn andere indicatoren nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	8	0,13	
23	Patiënttevredenheid/-ervaringen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	6	0,37	
24	Indicatoren die het gehele zorgpad beoordelen zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7,5	0,16	
25	Patiëntuitkomsten (bijvoorbeeld: overleving en kwaliteit van leven) zijn nodig om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,37	
26	Het ontwikkelen van indicatoren samen met patiënten is belangrijk om de kwaliteit van ambulancezorg goed te kunnen monitoren.	7	0,50	
27	De urgentie-indelingen voor de ambulancezorg moeten continu worden bijgesteld op basis van een feedbackloop met (historische) gegevens.	7	0,30	

\* op basis van een 9-puntschaal: 1 (helemaal mee oneens) t/m 9 (helemaal mee eens).

\*\* Categorie-indeling:

1. Geaccepteerd (groen): mediaan 7–9 & disagreement index < 1 (draagvlak in groep);
2. Ter discussie (geel): mediaan 7–9 & disagreement index > 1 (geen draagvlak in groep) of mediaan: 4–6 & disagreement index > 1 of < 1;
3. Verworpen (rood): mediaan 1–3 & disagreement index > 1 of < 1.