



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

CQ-index Planbare Ambulancezorg

Ontwikkeling van een meetinstrument

Anouk Rozeboom
Maarten Krol
Nanne Bos
Anne Marie Plass

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-302-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
Managementsamenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Aanleiding	10
1.3 Doelstellingen	11
1.4 Onderzoeksplan en leeswijzer rapport	12
2 Ontwikkeling CQI Planbare Ambulancezorg	13
2.1 Diepte-interviews	13
2.2 Opstellen CQ-index Planbare Ambulancezorg versie 0.1	14
2.3 Cognitieve interviews	15
2.4 Opstellen CQI Planbare Ambulancezorg versie 0.5 (pilotversie)	16
2.4.1 Ervaringsvragen CQI Planbare Ambulancezorg	16
2.4.2 Belangvragen	17
3 Psychometrische test	19
3.1 Steekproeftrekking	19
3.2 Dataverzameling	19
3.2.1 Schoning	20
3.2.2 Respons en representativiteit	20
3.3 Methoden en resultaten psychometrische test	23
3.3.1 Itemanalyses	24
3.3.2 Inter-itemanalyses	29
3.3.3 Schaalconstructie	31
3.3.4 Face validity	38
4 Ervaringen van cliënten met planbare ambulancezorg	41
4.1 Kwaliteitsschalen	41
4.2 Achtergrond deelnemers	42
4.3 Planning	42
4.4 Vervoer	45
4.5 Ervaringen met het ambulancepersoneel	47
4.6 Algemeen oordeel	50
4.7 Verbeterscores en koesterpunten	50
4.8 Vergelijkingen ervaringen subgroepen	53
4.8.1 Ervaringen met ALS-ambulance en zorgambulance	53
4.8.2 Waardering respondenten en non-respondenten	54

5	Aanpassing vragenlijst	57
5.1	Introductie	58
5.2	Planning en organisatie	59
5.3	Vervoer	61
5.4	Ervaringen met het ambulancepersoneel	63
5.5	Algemeen oordeel	66
5.6	Gevolg aanpassingen vragenlijst voor kwaliteitsschalen	67
6	Samenvatting en discussie	71
6.1	Samenvatting ontwikkeltraject	71
6.1.1	Kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van patiënten	71
6.1.2	Vragenlijstontwikkeling en kleinschalige test	72
6.1.3	Ervaringen van cliënten met planbare ambulancezorg	72
6.1.4	Vaststelling vragenlijst CQI Planbare Ambulancezorg	73
6.2	Discussie	73
6.2.1	Aandachtspunten uitvoering onderzoek	73
6.2.2	Duiding resultaten	74
6.2.3	Representativiteit en (non-)respons	75
6.3	Implementatie en toekomst	76
6.3.1	Implementatie	76
6.3.2	Mogelijkheden aanvullend onderzoek	77
6.3.3	(Inter)nationale aandacht	77
6.4	Tot slot	78
	Referenties	79
	Bijlage 1. Leden projectgroep en begeleidingscommissie	81
	Bijlage 2. Topiclijst diepte-interviews inventarisatie kwaliteitsaspecten	83
	Bijlage 3. Kwaliteitsthema's diepte-interviews planbare ambulancezorg	85
	Bijlage 4. Cognitieve interviews	91
	Bijlage 5. Pilotversie CQI Planbare Ambulancezorg (ervaringen en belang)	95
	Bijlage 6. Definitieve versie CQI Planbare Ambulancezorg	107

Voorwoord

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling van een vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van de ambulancezorg vanuit het perspectief van cliënten bij planbare ritten: de CQI Planbare Ambulancezorg. Het betreft de eerste drie fasen van een CQI ontwikkeltraject: (1) voorbereiding en constructie van de vragenlijst, (2) kleinschalige test en (3) onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van het meetinstrument. De CQI Planbare Ambulancezorg liet overwegend positieve ervaringen zien van cliënten van de twee deelnemende ambulancevoorzieningen (IJsselland en Utrecht). Op basis van de resultaten en inhoudelijk overleg met de begeleidingscommissie is er een beknopte vragenlijst ontwikkeld voor gebruik in de ambulancesector.

Dit project was een samenwerking van het NIVEL en Ambulancezorg Nederland. Graag danken de onderzoekers Margreet Hoogeveen van AZN en de RAV's IJsselland en Utrecht, specifiek Gerard Berendschot en Carolien Fledderus, voor hun onmisbare inbreng bij de uitvoer van het onderzoek.

Managementsamenvatting

- Het doel van dit project was het ontwikkelen van een valide vragenlijst om de ervaringen van mensen met planbare ambulancezorgverlening te meten: de Consumer Quality Index (CQI) voor planbare ambulancezorg (B-vervoer).
- Uit het onderzoek bij dit project bleek dat de ervaringen van cliënten met de planbare ambulancezorg van de twee deelnemende regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) zeer positief zijn. Het enige verbeterpotentieel ligt op het gebied van informatievoorziening.

Ontwikkeling CQI Planbare Ambulancezorg

Ambulancezorg Nederland heeft de afgelopen jaren sterk ingezet op het verbeteren van de kwaliteit van ambulancezorg, waarbij ook ruime aandacht is voor het meten van het perspectief van patiënten en cliënten. Naast de in 2013 ontwikkelde CQI Spoedeisende Ambulancezorg is nu ook de Consumer Quality Index (CQI) Planbare Ambulancezorg ontwikkeld. Hierdoor kunnen patiëntervaringen met ambulancezorg onafhankelijk van de urgentie van de rit (A-urgentie/B-urgentie) in kaart worden gebracht.

Bij de ontwikkeling van de CQI Planbare Ambulancezorg stond het perspectief van cliënten centraal. Middels uitgebreid vooronderzoek en diepte-interviews zijn onderwerpen voor de vragenlijst geselecteerd die relevant zijn voor de doelgroep. De eerste versie van de CQI ambulancezorg is ter verbetering van de begrijpelijkheid en duidelijkheid cognitief getest onder cliënten van twee RAV's. Vervolgens is de aangepaste vragenlijst in een pilotonderzoek uitgezet onder 1.600 cliënten van deze twee RAV's. Aan de hand van de resultaten zijn de psychometrische eigenschappen van de CQI ambulancezorg vastgesteld.

De vier belangrijkste kwaliteitsthema's die werden vastgesteld (Vervoer, Bejegening, Handelen en Communicatie van het ambulancepersoneel), komen overeen met die van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg. Hierdoor is het mogelijk om de ervaringen van cliënten met de spoedeisende en de planbare ambulancezorg te vergelijken.

Ervaringen van cliënten met planbare ambulancezorg

Cliënten bleken erg positieve ervaringen te hebben met de gepland ambulancevervoer. Het ambulancepersoneel werd door de respondenten gewaardeerd met een gemiddeld cijfer van 8,9. Dit is hoog in vergelijking met andere CQI vragenlijsten, maar net iets lager in vergelijking met de CQI Spoedeisende Ambulancezorg. De persoonlijke aandacht, professionaliteit en rust van het ambulancepersoneel werden hoog gewaardeerd. De ervaringen met het vervoer, ten aanzien van de bejegening en handelen van het personeel waren zeer positief, met nauwelijks ruimte voor verbetering. Ook de ervaringen op het gebied van communicatie lieten een gemiddeld hoge score zien. Echter, hier lijkt hier ook ruimte voor verbetering te zijn. Specifiek gaat het dan om vertellen wat er bij aankomst van de ambulance gaat gebeuren en het geven van begrijpelijke uitleg. Er waren ook enkele verschillen tussen de ervaringen van diverse cliëntengroepen. Het tijdstip van ophalen door de ambulance schikte ouderen

doorgaans beter dan jongeren. Cliënten die vaker waren vervoerd gaven relatief vaker aan dat een ambulance niet op tijd kwam en dat men niet op tijd was voor de afspraak in het ziekenhuis. Tot slot waren cliënten die met een zorgambulance vervoerd waren positiever over de zorgzaamheid van het ambulancepersoneel dan cliënten die met een reguliere Advanced Life Support (ALS) ambulance vervoerd waren. De verschillen zijn echter klein.

Aandachtspunten

De planbare ambulancezorg vervoert veel kwetsbare ouderen. Daarom is het belangrijk om het tijdsbestek tussen de ambulancerit en vragenlijstonderzoek te beperken en uitleg te geven in het begeleidend schrijven bij de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek.

Uit de gegevensverzameling kwam duidelijk naar voren hoe belangrijk het is om schriftelijke vragenlijsten te hanteren naast online vragenlijsten; 56% van de vragenlijsten werd op papier ingevuld.

De respons op zichzelf geeft enige reden tot bezorgdheid; de respons op de lijst was met 25% slecht te noemen. Aandacht voor mogelijkheden om de respons te verhogen is daarom hard nodig voor alle cliënten, maar vooral voor de oudste groep cliënten (75 jaar en ouder).

Implementatie en toekomst

AZN wil graag met zowel de CQI Spoedeisende Ambulancezorg als de CQI Planbare Ambulancezorg periodiek landelijke metingen uit (laten) voeren bij alle aangesloten RAV's. Om extern verantwoording af te kunnen leggen, maar ook om de kwaliteit van de ambulancezorg te onderzoeken en te verbeteren. Landelijk onderzoek met de CQI Planbare Ambulancezorg zal duidelijk maken wat de ervaringen van cliënten van andere RAV's zijn en in hoeverre deze verschillen tussen RAV's. Dit biedt de sector mogelijk nog meer aanknopingspunten voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van hun cliënten.

AZN is voornemens om zowel de CQI Spoedeisende Ambulancezorg als de CQI Planbare Ambulancezorg aan te melden voor het register van het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut, 2015). De CQI Planbare Ambulancezorg moet daarvoor nog verder worden ontwikkeld.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Naast spoedeisende zorg verzorgen ambulancediensten in Nederland ook planbare ambulancezorg, in de dagelijkse praktijk ook wel besteld vervoer, B-vervoer of B-ritten genoemd (zie box 1.1). In 2013 bedroeg het besteld vervoer ongeveer 329.000 ritten, bijna 30% van het totale aantal ritten (AZN, 2014a).

Bij planbare ambulancezorg worden afspraken gemaakt met de cliënt/patiënt c.q. de aanvrager over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming. Het betreft zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie of opname en vice versa. B-inzetten zijn in principe planbaar, maar vaak tijdgebonden in verband met gemaakte afspraken.

De aard van de zorghandelingen is afhankelijk van de situatie. Het kan gaan om hoog complexe zorg, bijvoorbeeld bij vervoer bijvoorbeeld het vervoer van IC-patiënten met een mobiele intensive care unit (MICU). Het kan ook gaan om regulier en laag complexe zorg, bijvoorbeeld in het geval van de patiënt die van het ziekenhuis naar het verpleeghuis wordt vervoerd. Voor deze ritten wordt een zorgambulance ingezet of wordt gebruik gemaakt van een reguliere (Advanced Life Support, of ALS) ambulance. Zorgambulances worden alleen ingezet voor besteld vervoer en bevatten minder medische apparatuur. In plaats van medische en verpleegkundige taken gaat het vooral om verzorging en psychosociale hulpverlening (AZN, 2014b). Het verschilt per regionale ambulancevoorziening (RAV) of het besteld vervoer alleen door zorgambulances wordt uitgevoerd of ook met ALS-ambulances. Bij inzet van ALS-ambulances voor besteld vervoer is het mogelijk dat deze wordt weggeroepen voor een spoedeisende gebeurtenis (A1- of A2-urgentie). Voor zorgambulances is dit niet aan de orde.¹

¹ Als in dit rapport gesproken wordt van 'ambulance(s)', heeft dit betrekking op zowel zorg- als ALS-ambulances. Indien het specifiek om één van deze twee typen gaat, is dit expliciet vermeld.

Box 1.1 Planbare ambulancezorg (B-inzet)

“B-urgentie: een inzet in opdracht van de centralist naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen.”

Uit: *Uniform Begrippenkader Ambulancezorg* (AZN, 2013)

“Een B-inzet betreft het planbare vervoer van patiënten naar of tussen ziekenhuizen voor opname, onderzoek of behandeling, vervoer van patiënten die na ontslag uit het ziekenhuis naar huis gebracht worden of vervoer van patiënten en bewoners van en naar verzorgings-, verpleeg- en revalidatiecentra. Kenmerkend voor de planbare ambulancezorg is dat patiënten liggend vervoerd moeten worden en onderweg zorg nodig kunnen hebben. Er wordt geen gebruik gemaakt van optische en geluidssignalen. Een voorbeeld van een inzet met B-urgentie is een patiënt die voor een bestraling naar een radiotherapeutisch centrum wordt gebracht of een oudere patiënt die met een gebroken heup in het verpleeghuis wordt opgenomen. Vanuit het oogpunt van zorg is het niet wenselijk dat een patiënt lang op vervoer moet wachten. In de praktijk is het plannen van B-inzetten echter niet altijd even gemakkelijk. Zo is het vooraf niet altijd duidelijk wanneer een patiënt klaar is voor vervoer. B-inzetten zijn echter voor een deel ook tijdgebonden omdat sommige patiënten op een bepaald moment in een ziekenhuis moeten zijn, bijvoorbeeld voor MRI-onderzoek. Bovendien is de beschikbaarheid van ambulances afhankelijk van de onvoorspelbare, variërende vraag om spoedeisende ambulancezorg. De spoedeisende ambulancezorg gaat bij onvoldoende beschikbare paraatheid voor op de planbare ambulancezorg.”

Uit: *Ambulances in-zicht 2013* (AZN, 2014a)

1.2 Aanleiding

Bij Ambulancezorg Nederland (AZN) speelt de vraag hoe cliënten de planbare ambulancezorg in Nederland ervaren. Om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van zorggebruikers op een gestandaardiseerde manier te meten wordt in Nederland gebruik gemaakt van Consumer Quality Index vragenlijsten (CQI) (zie box 1.2). In 2013 is al een CQI-vragenlijst gepubliceerd om de ervaringen van cliënten met spoedeisende ambulancezorg (A1- en A2-ritten) te meten (Sixma *et al.*, 2010; Krol, Sixma en Plass, 2013). Deze vragenlijst heeft niet alleen betrekking op spoedeisende ambulancezorg met vervoer naar het ziekenhuis, maar bevat ook vragen voor cliënten waarbij wel eerste hulp ter plaatse is verleend, maar de cliënt niet is vervoerd naar het ziekenhuis (Eerste Hulp, Geen Vervoer; EHGv).

Een vragenlijst om de ervaringen van cliënten met gepland vervoer te meten was nog niet beschikbaar. Gelet op het planbare karakter van B-ritten en de specifieke patiëntendoelgroepen mag verwacht worden dat andere kwaliteitsaspecten van de ambulancezorg bij deze ritten (vanuit patiëntperspectief) van belang zijn dan bij spoedeisende zorg. Dit onderzoek richtte zich daarom op de ontwikkeling van een nieuwe CQI vragenlijst om de kwaliteit van de ambulancezorg en dienstverlening bij planbare ambulancezorg inzichtelijk te maken.

Box 1.2 De ontwikkeling van een CQI

Het overheidsbeleid voor de Nederlandse gezondheidszorg is gericht op kwaliteitsverbetering, kwaliteitsborging en het creëren van meer vraagsturing. Om deze doelen te bereiken is inzicht in de prestaties van zorgaanbieders noodzakelijk; zowel via objectieve prestatie-indicatoren (bijvoorbeeld effectiviteit, veiligheid en kosten), als via ervaringen van gebruikers van zorgvoorzieningen (bijvoorbeeld patiëntgerichtheid). Om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van zorggebruikers op een gestandaardiseerde manier te meten wordt in Nederland gebruik gemaakt van de Consumer Quality index (CQI) (Delnoij *et al.*, 2006; Delnoij, Rademakers en Groenewegen, 2010).

CQI-index vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerde vragenlijsten en meten ervaringen van consumenten met de zorg. Dat is een belangrijke verbetering ten opzichte van vragenlijsten uit de jaren '80, waarin alleen naar tevredenheid van patiënten/consumenten werd gevraagd (Cleary en Edgman-Leviton, 1997). Daarnaast wordt via CQI vragenlijsten ook het belang gemeten dat door patiënten wordt toegekend aan kwaliteitsaspecten van zorg. CQI-index vragenlijsten richten zich bijvoorbeeld op groepen patiënten met een specifieke aandoening (bijv. reumapatiënten), specifieke procedures (bijv. staaroperaties), instellingen of sectoren (bijv. ziekenhuizen, GGZ).

De ontwikkeling van CQI meetinstrumenten bestaat uit vier fasen:

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

1.3 Doelstellingen

Bij de ontwikkeling van de CQI Planbare Ambulancezorg was het perspectief van cliënten die gebruik maakten van planbare ambulancezorg het uitgangspunt. Voor het opstellen van items voor een dergelijke vragenlijst is het van het grootste belang dat de onderwerpen relevant zijn voor deze doelgroep. Diepte-interviews met de doelgroep en literatuuronderzoek kunnen hierin voorzien, waarmee vervolgens een vragenlijst kan worden opgesteld. Deze vragenlijst dient dan vooraf grondig getest te worden (cognitieve interviews), alvorens er een (kleinschalig) pilotonderzoek mee gedaan kan worden. Aan de hand van de antwoorden van cliënten op de uiteindelijke vragenlijst in het pilotonderzoek kan worden bepaald welke onderwerpen uit de planbare ambulancezorg vatbaar waren voor verbetering, maar ook wat er al goed gaat. Het onderzoek kende daarmee de volgende drie doelstellingen:

1. Het verkrijgen van inzicht in de kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van patiënten die met een B-urgentie door de RAV's worden vervoerd;
2. Het ontwikkelen en op kleine schaal uittesten van de CQI Planbare Ambulancezorg;
3. Het verkrijgen van (een eerste) inzicht in de concrete ervaringen van cliënten en eventuele knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van zorg- en dienstverlening bij ambulancezorg met een B-urgentie.

Het ontwikkelde meetinstrument dient, net als alle CQI-meetinstrumenten, meerdere gebruiksdoelen. Om die reden is de ontwikkeling begeleid door een commissie waarin, naast AZN, ook vertegenwoordigers van andere partijen participeerden. Dit waren vertegenwoordigers uit de sector (RAV's), vertegenwoordiging van cliënten/patiënten (NPCF), zorgverzekeraars (Stichting Miletus), het ministerie van VWS en beroeps groepen betrokken bij het verlenen van ambulancezorg (zie bijlage 1). Deze

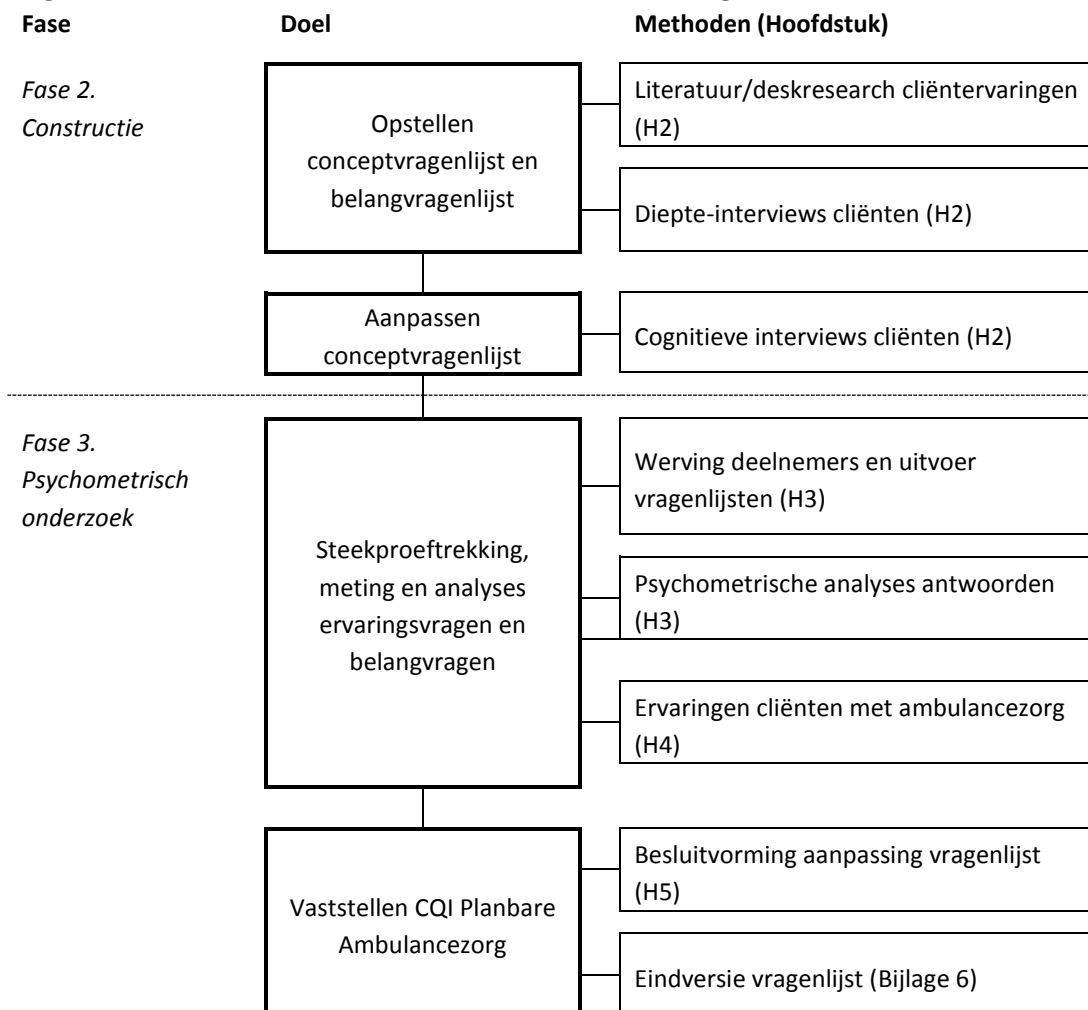
commissie begeleidde het project en besloot over de tussentijdse en de eindversie van de nieuwe vragenlijst.

In de uitvoer van het onderzoek heeft het NIVEL intensief samengewerkt met AZN en de regionale ambulancevoorzieningen Utrecht (RAVU) en IJsselland (RAV IJsselland). De onderzoekers van het NIVEL vormden met vertegenwoordigers van AZN en de twee RAV's de projectgroep (bijlage 1).

1.4 Onderzoeksplan en leeswijzer rapport

Het onderzoek omvatte drie van de vier fasen van een CQI-ontwikkeltraject en besloeg een periode van negen maanden. Fase 1 betreft het opstellen van het onderzoeksplan. Figuur 1.1 geeft de fasen van het onderzoek schematisch weer per hoofdstuk, om de drie hierboven genoemde doelstellingen te behalen. Hoofdstuk 6 geeft ten slotte een samenvatting van het onderzoek en bespreekt de discussiepunten met betrekking tot dit project. Daarnaast wordt de implementatie van de CQI Planbare Ambulancezorg besproken.

Figuur 1.1 Onderzoeksfasen CQI Planbare Ambulancezorg



2 Ontwikkeling CQI Planbare Ambulancezorg

In dit hoofdstuk worden allereerst de resultaten van de diepte-interviews met cliënten van de twee RAV's gepresenteerd. Vervolgens wordt kort beschreven hoe de conceptversie van de vragenlijst is opgesteld. Deze conceptvragenlijst is vervolgens getest aan de hand van cognitieve interviews met cliënten van de RAV's.

Bij het ontwikkelen van de CQI Planbare Ambulancezorg (pilotversie) is gebruik gemaakt van de resultaten van diepte-interviews met cliënten en de bestaande CQI-vragenlijst over spoedeisende ambulancezorg. Evenals bij het literatuuronderzoek rond de CQI Spoedeisende Ambulancezorg, leverde een inventarisatie van (inter)nationaal onderzoek naar ervaringen van patiënten met planbare ambulancezorg namelijk geen resultaten op (Krol, Sixma en Plass, 2013). Wel is er gekeken naar geschikte vragen in de CQI Spoedeisende Ambulancezorg, en in bestaande B-inzetten protocollen over B-vervoer (Landelijk Protocol Ambulancezorg, Ambulancezorg in zicht) om aanknopingspunten te vinden voor de te ontwikkelen CQI (Planbare) Ambulancezorg.

2.1 Diepte-interviews

Parallel aan dit bureauonderzoek zijn interviews gehouden met patiënten die recent door een ambulance zijn vervoerd via een B-inzet. De interviews beoogden specifieke kwaliteitsaspecten die juist bij planbare ambulancezorg een rol spelen in kaart te brengen. Voor deelname zijn uitnodigingen verzonden naar cliënten van de RAV IJsselland en RAV Utrecht, die in het eerste of tweede kwartaal van 2014 op afspraak met de ambulance waren vervoerd. Het ging om mensen die regulier en laag complexe planbare ambulancezorg hebben ontvangen.

De interviews werden bij de cliënt thuis gehouden. Als interviewleidraad werd mede op basis van de CQI Spoedeisende Ambulancezorg een topiclist of begrippenlijst samengesteld met de volgende onderwerpen: 1) reden vervoer, 2) planning, 3) comfort en rijstijl, 4) bejegening en persoonlijke aandacht, 5) afscheid, 6) verwachtingen en 7) positieve en negatieve punten (bijlage 2). De cliënten konden in deze interviews vrijuit vertellen over wat zij als goede kwaliteit van zorg bij ambulancevervoer ervaren en wat hun verwachtingen en ervaringen waren met betrekking tot de ambulancezorg. Na afloop van het interview is aan de cliënten gevraagd of zij bereid waren om in fase 2 van het project mee te werken aan een cognitief interview over de conceptversie van de vragenlijst.

In totaal hebben zestien diepte-interviews plaatsgevonden, waarvan zeven cliënten van RAVU en negen cliënten van RAV IJsselland. Met deze zestien interviews is naar het idee van de onderzoekers duidelijk verzadiging geweest wat betreft het inventariseren van kwaliteitsaspecten rond planbare ambulancezorg vanuit het perspectief van cliënten; in de laatste interviews werden door de deelnemers geen onderwerpen meer genoemd die nog niet in de eerdere interviews aan bod waren gekomen.

De interviews zijn met toestemming van de deelnemers op band opgenomen en volledig uitgetypt. Hierna is de inhoud met het softwareprogramma MAXQDA door twee

onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd. Hierbij werden alle ervaringen en verwachtingen met betrekking tot planbare ambulancezorg gemarkeerd en onderverdeeld in kwaliteitsthema's (zie ook bijlage 3). De vastgestelde kwaliteitsthema's zijn:

- 1) bejegening;
- 2) persoonlijke aandacht;
- 3) geruststellen;
- 4) professionaliteit;
- 5) communicatie;
- 6) informatievoorziening;
- 7) samenwerking.

Over het algemeen waren de cliënten positief over de planbare ambulancezorg, maar verbetering in de informatievoorziening lijkt mogelijk. Zo kwam uit de diepte-interviews naar voren dat de ambulance niet altijd op tijd kwam en dat daarover geen communicatie plaatsvond. Ook wisten de cliënten niet altijd wat men kon verwachten van het ambulancevervoer.

2.2 Opstellen CQ-index Planbare Ambulancezorg versie 0.1

Op basis van de resultaten van de persoonlijke interviews is een conceptversie van de CQI Planbare Ambulancezorg opgesteld (versie 0.1). Deze conceptversie is met de projectgroep en begeleidingscommissie besproken. Naar aanleiding van deze vergaderingen zijn enkele aanvullende vragen opgenomen in versie 0.2 van de vragenlijst, bijvoorbeeld over de aandacht voor ongemakken tijdens de rit, de zorgzaamheid van het ambulancepersoneel en omgang met medische apparatuur. Dit waren onderwerpen die voor de verschillende beroepsgroepen in de commissie van belang werden geacht. De CQI Planbare Ambulancezorg versie 0.2 bevatte de volgende onderdelen:

- *Algemeen*: vragen over de persoonlijke situatie en reden van ambulancevervoer;
- *Planning*: vragen over de afgesproken tijdsperiode, het op tijd komen van de ambulance en eventueel wachten op de ambulance;
- *Vervoer*: vragen over het comfort en de rijstijl van de ambulance;
- *Zorg van het ambulancepersoneel*: vragen over bejegening, persoonlijke aandacht, professionaliteit, informatievoorziening, communicatie, samenwerking, overdracht en afscheid;
- *Algemeen oordeel*: vragen over vergissingen, positieve punten en het geven van een oordeel;
- *Achtergrondinformatie*: vragen over achtergrondkenmerken van de cliënt.

2.3 Cognitieve interviews

De vragenlijst is getest door middel van cognitieve interviews met 13 cliënten van de twee RAV's; vijf met cliënten van RAVU en acht met cliënten van RAV IJsselland. De interviews zijn opgenomen op een geluidsband en waar nodig heeft de interviewer notities gemaakt.

Bij cognitieve interviews gaat de aandacht uit naar de begrijpelijkheid van de vragen, de geleiding door de vragenlijst en de volledigheid van de vragenlijst. Hiervoor wordt aan deelnemers gevraagd hardop na te denken bij het invullen van de vragenlijst ('thinking aloud') en als het nodig is, stelt de interviewer verdiepende vragen ('verbal probing') (Willis en Lessler, 1999; Willis, 2005).

De cognitieve interviews zijn gehouden in twee rondes, met tussentijdse aanpassingen naar aanleiding van de ondervonden problemen bij de eerste ronde. Deze problemen kwamen naar voren door bij de analyses de methode van Willis te volgen, waarbij alle vragen worden geïnventariseerd waarmee de patiënten problemen hadden of waarbij de interviewer problemen had geobserveerd (Willis en Lessler, 1999; Willis, 2005). Deze probleemvragen zijn vervolgens geïnclassificeerd in categorieën met de volgende indeling: 1) duidelijkheid, 2) kennis, 3) onderliggende assumpties, 4) antwoordcategorieën, 5) gevoelige inhoud, 6) instructies, 7) lay-out en 8) overig (zie bijlage 4).

De eerste ronde bestond uit zes cognitieve interviews waarbij versie 0.2 van de vragenlijst werd getest. Uit de interviews uit de eerste ronde bleek dat er met name problemen waren met de formulering van bepaalde vragen en de volgorde van de vragen. Ook zijn er een aantal antwoordcategorieën toegevoegd, die voor patiënten nodig waren om hun specifieke situatie te omschrijven. Een voorbeeld is de vraag "Wat was de reden dat u met de ambulance bent vervoerd?" Veel deelnemers wisten niet tot welke antwoordcategorie hun situatie behoorde. Een aantal patiënten had moeite met het invullen van vragen waarbij een matrix werd gehanteerd. Deze vragen hebben een andere indeling of weergave gekregen. Sommige deelnemers gaven aan het gevoel te hebben dat bepaalde bejegenvragen dubbel waren, zoals "Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?" en "Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn?". Deze vragen zijn bewust niet verwijderd om het resultaat bij de pilotmeting af te wachten. Ook waren er problemen met bepaalde vragen over de informatievoorziening. Een aantal deelnemers vonden deze onderwerpen zó vanzelfsprekend voor planbare ambulancezorg, dat zij ze 'niet van toepassing' vonden. Deze vragen zijn na aanpassing behouden gebleven.

Op basis van het commentaar uit de eerste ronde is de vragenlijst aangepast naar versie 0.3 en in de tweede ronde voorgelegd aan zeven personen. Op deze manier is gekeken of de aangepaste vragenlijst duidelijk genoeg was en of er geen problemen meer waren bij het invullen van de vragenlijst. Hierbij waren minder onduidelijkheden en problemen bij het invullen van de vragenlijst.

Een uitgebreid overzicht met de uitkomsten van de cognitieve interviews is te vinden in bijlage 4.

2.4 Opstellen CQI Planbare Ambulancezorg versie 0.5 (pilotversie)

Na de aanpassingen op basis van de cognitieve interviews is de conceptvragenlijst opnieuw met de projectgroep besproken, waarna vragen werden toegevoegd over het gebruik van een schoudergordel en over het afronden van de zorg door het ambulancepersoneel, indien de cliënt thuis wordt gebracht werden toegevoegd. Deze aanpassingen leidden tot versie 0.4 van de vragenlijst.

Na toevoeging van de belangvragen (zie 2.4.2) en het verzorgen van de lay-out, was de vragenlijst gereed voor de pilotmeting (versie 0.5). Deze versie van de CQI Planbare Ambulancezorg is te vinden in bijlage 5.

2.4.1 Ervaringsvragen CQI Planbare Ambulancezorg

De CQI Planbare Ambulancezorg bevat deels dezelfde kwaliteitsaspecten als de CQI Spoedeisende Ambulancezorg. De onderliggende vragen zijn indien mogelijk overgenomen, waardoor overeenstemming tussen beide vragenlijsten is ontstaan en desgewenst vergelijking tussen beide typen ambulancezorg mogelijk wordt. De volgorde en opbouw van de vragenlijsten is echter duidelijk verschillend. De kwaliteitsthema's en aspecten die daarnaast specifiek zijn voor planbare ambulancezorg worden hieronder beschreven.

Algemeen

De vragenlijst is getiteld 'CQ-index Planbare Ambulancezorg'. De eerste vraag "Heeft u de afgelopen 12 maanden ambulancezorg op afspraak gehad?" inventariseert of de juiste persoon is aangeschreven. Daarna volgt een vraag over de behandeling van de patiënt, om de diversiteit van de deelnemerspopulatie te bekijken en redenen voor het gebruik van planbare ambulancezorg te achterhalen.

Planning

Een belangrijk kwaliteitsaspect van planbare ambulancezorg is de planning. De planning bestaat uit vragen over het maken van de afspraak voor vervoer, communicatie over de ophaal- en brengtijd, wachttijd, duur van de rit, soort vervoer en de frequentie van het ambulancevervoer.

Sommige mensen hebben meerdere ritten op één dag. Hierbij is tevens van belang dat de patiënt verteld wordt dat de ambulance eventueel weggeroepen kan worden (dit geldt voor ALS-ambulances, niet voor zorgambulances). Daarom zijn er vragen in de CQI opgenomen over het tussentijds wachten tussen de ritten en het wegroepen van de ambulance.

Vervoer

Het vervoer heeft de volgende onderdelen: informatievoorziening over wat de cliënt kan verwachten tijdens de rit, aandacht voor pijn en eventuele andere ongemakken, omgang met medische apparatuur en comfort.

Er zijn vragen opgenomen over het meenemen van eigen medische apparatuur in de zorgambulance, zoals ademhalingsondersteuning. Uit de begeleidingscommissie en het rapport "Chronische beademing vereist betere afstemming" kwam namelijk naar voren

dat niet ieder ambulancepersoneel met de medische apparatuur weet om te gaan (IGZ, 2010). Ook zijn er vragen toegevoegd over aandacht voor eventuele ongemakken tijdens de rit.

Uit de persoonlijke interviews bleek dat niet elke patiënt op de hoogte was van het feit dat de patiënt liggend op een brancard wordt vervoerd in de ambulance, ook als het niet om een spoedrit gaat. Ook het achterstevoren liggen in de ambulance is voor sommigen nieuw. Hierover zijn nieuwe vragen toegevoegd.

Zorg en handelen van het ambulancepersoneel

De zorg van het ambulancepersoneel bestaat uit een aantal kwaliteitsaspecten, namelijk bejegening, persoonlijke aandacht, professionaliteit, communicatie, informatievoorziening, samenwerking en overdracht. Planbaar ambulancevervoer betreft naast overplaatsingen tussen zorgaanbieders tevens ritten naar huis of naar een verpleeghuis. Er zijn nieuwe vragen opgesteld over de overdracht thuis en het goed afronden van de zorg door het ambulancepersoneel. Ook is er een vraag toegevoegd over de zorgzaamheid van het ambulancepersoneel.

Achtergrondvragen

De CQI-vragen over taal en etniciteit van de cliënt zijn niet opgenomen in de vragenlijst, omdat er vanuit de ambulancesector geen behoefte bestond om deze kenmerken te relateren aan de ervaringen van cliënten.

2.4.2 Belangvragen

Bij de ontwikkeling van de CQI Planbare Ambulancezorg zijn er belangvragen opgesteld om te achterhalen welk belang cliënten hechten aan de onderwerpen uit de vragenlijst. Van (bijna) alle ervaringsvragen uit de vragenlijst is een belangvraag gemaakt. De belangvragen hebben de formulering “Vindt u het belangrijk dat...”. Voor de ervaringsvraag “Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?” is de bijbehorende belangvraag bijvoorbeeld “Vindt u het belangrijk dat het ambulancepersoneel afscheid neemt van u?”. Iedere belangvraag heeft de volgende antwoordcategorieën: niet belangrijk, een beetje belangrijk, belangrijk en heel erg belangrijk. Dit is conform het Handboek CQI-Ontwikkeling (Zorginstituut, 2014). De belangenlijst staat achter de ervaringsvragen in bijlage 5.

3 Psychometrische test

Het resultaat van fase 2 – de CQI Planbare Ambulancezorg versie 0.5 (pilotversie) – is in fase 3 onderworpen aan een serie psychometrische tests. In dit hoofdstuk worden de steekproeftrekking, dataverzameling en de psychometrische test van deze vragenlijst besproken.

3.1 Steekproeftrekking

Het onderzoek werd uitgevoerd onder cliënten van de RAV's IJsselland en Utrecht. Per RAV is gestreefd naar circa 300 ingevulde vragenlijsten, te verdelen over een groep van circa 150 cliënten die ambulancezorg met een zorgambulance hebben ontvangen en 150 cliënten met een reguliere (ALS) ambulance zijn vervoerd. Bij een verwachte respons van 35%, gebaseerd op de respons op de meting met de CQI Spoedeisende Ambulancezorg, zijn er per RAV 800 cliënten uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Er is gekozen om per RAV steekproeven te trekken onder cliënten die zo recent mogelijk met besteld vervoer te maken hebben gehad. Daarvoor zijn cliënten uit de meetperiode van 1 juli tot 1 oktober 2014 geïncludeerd. Vervolgens zijn per RAV steekproeven getrokken van 400 cliënten die met de zorgambulance zijn vervoerd en 400 cliënten die met de reguliere (ALS) ambulance zijn vervoerd. De steekproeftrekking en het aanleveren van het steekproefbestand werden uitgevoerd door de deelnemende RAV's zelf.

Patiënten die te maken hebben gehad met hoog-complexe zorg (MICU/PICU/NICU), cliënten die via besteld vervoer worden vervoerd naar een hospice en kinderen jonger dan 16 jaar zijn buiten de steekproeven gehouden. Ook is door de RAV's getracht om overleden patiënten niet mee te nemen in de steekproeven, maar hier was vaak geen informatie over bekend.

3.2 Dataverzameling

Dataverzameling heeft plaatsgevonden via de mixed-mode methode, waarbij men de vragenlijst online of op papier kon invullen. In een eerste brief werden de geselecteerde cliënten uitgenodigd om de vragenlijst via het internet in te vullen, met een eigen inlogcode. In deze brief werd ook duidelijk vermeld dat de RAV niet wist of de betreffende patiënt inmiddels was overleden of anderszins niet in staat was om deel te nemen. Bij de brief ontvingen de cliënten een antwoordkaart waarop men kon aangeven dat men afzag van deelname, inclusief de reden daarvan. Ook kon aangegeven worden dat men de vragenlijst liever op papier zou ontvangen. Reageerde men niet binnen twee weken (vragenlijst niet ingevuld en geen antwoordkaart teruggestuurd), dan volgde een herinneringsbrief met nogmaals de inloggegevens. Weer twee weken later ontving men

een tweede herinneringsbrief met de inloggegevens, maar ook een papieren versie van de vragenlijst.

De dataverzameling vond plaats van dinsdag 4 november (eerste verzending) tot en met 24 december 2014 (sluiting vragenlijst). Bij de dataverzameling is het volgende verzendschema gehanteerd:

Week 0: Uitnodiging met inlogcode om de vragenlijst online in te vullen en een antwoordkaartje;

Week 2: Eerste herinnering met inlogcode om vragenlijst online in te vullen;

Week 4: Tweede herinnering met inlogcode om vragenlijst online in te vullen en een papieren versie van de vragenlijst.

3.2.1 Schoning

Na afloop van de dataverzameling bleek dat 399 mensen begonnen waren met het invullen van de vragenlijst. Bij controle bleek dat vijf mensen de vragenlijst twee keer hadden ingevuld. Van elk van deze respondenten is de meest compleet ingevulde vragenlijst gehandhaafd. Daarnaast hadden negen respondenten aan het begin van de vragenlijst aangegeven toch niet mee te willen doen.

Voor het berekenen van de respons, zijn er om een aantal redenen (potentiële) respondenten niet meegerekend; mensen die ten onrechte waren aangeschreven en mensen die de vragenlijst onvoldoende of onjuist hadden ingevuld.

Verwijderen ten onrechte aangeschreven

Ongeveer 170 van de geadresseerden bleken ten tijde van het onderzoek te zijn overleden. Bij ongeveer 30 geadresseerden is de uitnodiging onbestelbaar geretourneerd, bijvoorbeeld vanwege verhuizing. Opvallend was dat 49 van de 385 overgebleven respondenten aangaven geen ambulancezorg op afspraak te hebben gehad in het afgelopen jaar, terwijl dit toch een belangrijk inclusiecriteria was. Het is helaas niet duidelijk wat hier de reden van is.

Verwijderen onvoldoende of onjuist ingevulde vragenlijsten

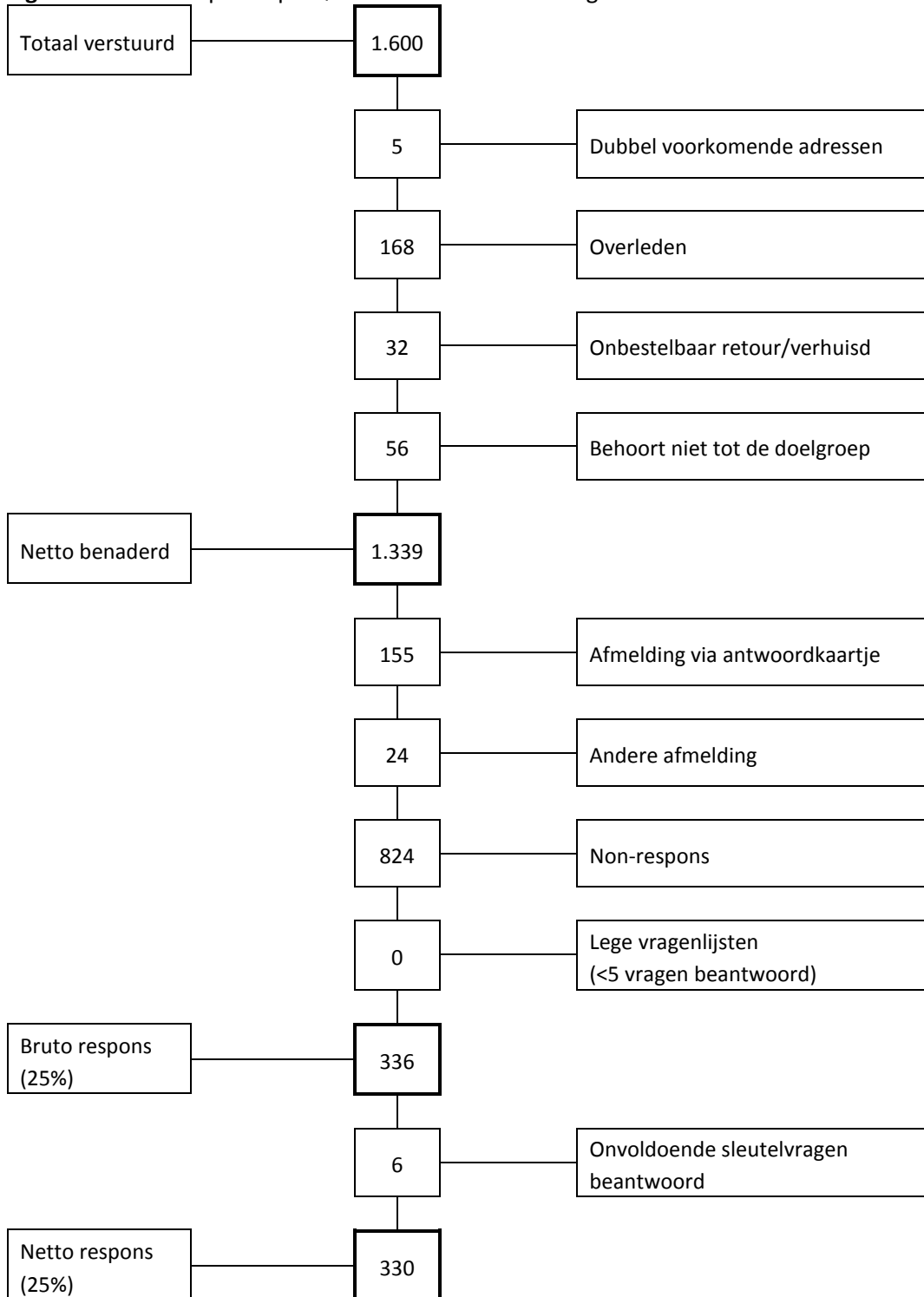
Voor de overige vragenlijsten is bekeken of er voldoende vragen waren beantwoord om deze mee te nemen in de analyses. Hiervoor is het minimum aantal beantwoorde vragen bij vijf gelegd, conform het Handboek CQI-ontwikkeling (Zorginstituut, 2014). Als dit zo was, volgde uitsluiting van de vragenlijst. Dit kwam echter niet voor. Zes respondenten hadden echter minder dan de helft van de zogenaamde sleutelvragen ingevuld; vragen die in principe door iedere respondent ingevuld zouden moeten worden. Vanwege deze onvolledigheid zijn de antwoorden van deze respondenten niet meegenomen in de analyses.

3.2.2 Respons en representativiteit

In figuur 3.1 staat de respons op de vragenlijst weergegeven. Na de schoningsstappen bleven 330 vragenlijsten over die zijn meegenomen in de analyses. De bruto- en de

netto respons kwamen daarmee uiteindelijk uit op 25%. 145 van deze vragenlijsten waren online ingevuld, 185 schriftelijk.

Figuur 3.1 Respons op CQI Planbare Ambulancezorg



In tabel 3.1 staan de achtergrondkenmerken weergegeven zoals ingevuld door cliënten in de vragenlijst. Het betreft voornamelijk oudere cliënten. Ongeveer de helft van de cliënten beoordeelde de eigen gezondheid als matig of slecht.

Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken respondenten

	N	%
<i>Leeftijd (n=330)</i>		
18-24 jaar	4	1,2
25-34 jaar	7	2,1
35-44 jaar	12	3,6
45-54 jaar	33	10,0
55-64 jaar	71	21,5
65-74 jaar	95	28,8
75-84 jaar	77	23,3
85 jaar of ouder	31	9,4
<i>Geslacht (n=330)</i>		
man	195	59,1
vrouw	135	40,9
<i>Opleiding (n=304)</i>		
geen opleiding	14	4,6
lager onderwijs	19	6,3
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	80	26,3
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	47	15,5
middelbaar beroepsonderwijs (MEAO, MTS)	54	17,8
hoger algemeen en voorbereidend wetensch. o.	16	5,3
hoger beroepsonderwijs (HBO, HEAO, HTS)	51	16,8
wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	16	5,3
Anders	7	2,3
<i>Ervaren gezondheid (n=313)</i>		
uitstekend	8	2,6
zeer goed	21	6,7
goed	127	40,6
matig	117	37,4
slecht	40	12,8
<i>Type ambulance (n=330)*</i>		
ALS-ambulance	164	49,7
Zorgambulance	166	50,3

* afgeleid uit respondentcode vragenlijst

Van de cliënten in de steekproeven was het geboortejaar, geslacht, type ambulance en de betreffende RAV bekend. Op basis hiervan kon worden nagegaan in hoeverre de cliënten die deel hebben genomen aan het onderzoek overeenkomen met de cliënten

die niet deel hebben genomen. Tabel 3.2 geeft deze vergelijking weer. De representativiteit van de deelnemers voor de totale steekproef is berekend met Chi-kwadraattoetsen en Cramér's V. Er zijn (zeer) kleine verschillen mogelijk met de bovenstaande tabel 3.1, die gebaseerd is op de gegevens uit de vragenlijst en niet op die van de steekproeven.

Over het geheel is te zien dat het bij B-vervoer, zoals reeds in hoofdstuk 1 beschreven, voornamelijk gaat om oudere cliënten; 70% van de cliënten in de steekproeven was 65 jaar of ouder. Er bleken significante verschillen te zijn tussen de respondenten en de non-respondenten wat betreft hun leeftijd ($\chi^2(7)=43,3$ ($p<0,001$); Cramér's $V=0,16$). Relatief veel cliënten tussen de 55 en de 74 jaar deden mee aan het onderzoek. In de leeftijdscategorieën van 75 jaar of ouder hebben relatief weinig cliënten deelgenomen. Verder vulden mannen de vragenlijst vaker in dan vrouwen, terwijl in de totale steekproef bijna net zo veel mannen als vrouwen waren vertegenwoordigd ($\chi^2(1)=9,55$ ($p=0,002$); Cramér's $V=0,08$).

Tabel 3.2 Vergelijking achtergrondkenmerken (non)respondenten o.b.v. steekproeven

	Respondenten (N=330)	Non-respondenten (N=1.270)	Totaal steekproeven (N=1.600)
	%	%	%
Leeftijd*			
18-24 jaar	1,2	1,3	1,3
25-34 jaar	2,4	2,8	2,8
35-44 jaar	3,3	4,2	4,0
45-54 jaar	10,0	9,1	9,3
55-64 jaar	20,3	11,8	13,6
65-74 jaar	29,4	21,2	22,9
75-84 jaar	23,6	28,3	27,3
85 jaar of ouder	9,7	21,3	18,9
Geslacht*			
man	59,7	50,2	52,1
vrouw	40,3	49,8	47,9
Type ambulance			
ALS	49,7	50,1	50,0
Zorgambulance	50,3	49,9	50,0
RAV			
IJsselland	47,6	50,6	50,0
Utrecht	52,4	49,4	50,0

* χ^2 $p<0,05$

3.3 Methoden en resultaten psychometrische test

De analyses in deze paragraaf dienden om de psychometrische kwaliteit van het CQI-meetinstrument vast te stellen. Mede op basis hiervan werd bepaald welke items in de

nieuwe versie van het meetinstrument opgenomen moesten worden en welke verwijderd. De items uit de vragenlijst zijn onderzocht op de volgende aspecten: scheefheid van de antwoorden op het betreffende item; non-respons per item; het belang dat respondenten hechten aan het item (3.3.1); samenhang tussen items (3.3.2); het feit of het item schaalbaar is (3.3.3).

Aan de deelnemers is gevraagd of er onduidelijke vragen in de vragenlijst voorkwamen of dat ze vragen hebben gemist ('face validity' of indrukvaliditeit). De opmerkingen van de deelnemers worden zo mogelijk meegenomen bij het aanpassen van de vragenlijst (3.3.5).

3.3.1 Itemanalyses

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

Scheefheid per item

Als op een item 90% of meer van de antwoorden in de meest positieve categorie (bijvoorbeeld 'ja, helemaal' of 'geen probleem') of in de meest negatieve categorie (bijvoorbeeld 'nee, helemaal niet' of 'groot probleem') valt, spreken we van een extreem scheve verdeling. De ervaringen zijn dan zo weinig verschillend dat deze geen onderscheid maken tussen verschillende groepen respondenten. De scheefheid van de frequentieverdelingen is conform het handboek CQI Ontwikkeling bekeken voor alle ervaringsvragen, probleemvragen, vragen naar algemene waardering en screenervragen (Zorginstituut, 2014). Hierbij zijn de ontbrekende waarden buiten beschouwing gelaten en ook de antwoordcategorieën 'niet van toepassing' en 'weet ik niet' zijn niet meegenomen bij het berekenen van de frequentieverdelingen. In tabel 3.3 staat een overzicht van de vragen die extreem scheef verdeeld zijn. Het betreft alleen extreem positieve ervaringen, voornamelijk over de omgang met het ambulancepersoneel.

Tabel 3.3 Items met een extreem scheve verdeling van antwoorden (>90%)

nr.	vraag	N	% extreme categorie	extreme categorie
14	Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?	280	92,1	Ja
27	Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?	50	98,0	Ja
28	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	307	90,6	Ja, helemaal
31	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	326	96,0	Ja, helemaal
32	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	322	94,7	Ja, helemaal
33	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	322	92,6	Ja, helemaal
34	Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	318	92,1	Ja, helemaal
35	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	156	91,7	Ja, helemaal
37	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	319	95,6	Ja, helemaal
38	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	309	95,8	Ja, helemaal
42	Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	234	93,6	Ja, helemaal
44	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	299	96,3	Ja, helemaal
46	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	299	94,7	Ja, helemaal
48	Wist het ambulancepersoneel dat zij u gerust thuis achter konden laten toen zij vertrokken?	57	98,3	Ja
49	Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?	59	98,3	Ja
50	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	302	90,7	Ja, zeker
51	Heeft u het idee dat er vergissingen of fouten zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?	313	98,1	Nee

Non-respons per item

De items in tabel 3.4 hadden elk in totaal meer dan 5% aan missende waarden. In de eerste kolom staat het percentage deelnemers dat geen antwoord heeft aangekruist bij de betreffende vraag. In de volgende kolommen staan achtereenvolgens het percentage deelnemers dat 'niet van toepassing' heeft aangekruist of 'weet ik niet (meer)'. De

percentages in deze tabel gaan alleen over de respondenten voor wie de vraag van toepassing zou kunnen zijn.

Er zijn veel vragen met relatief veel missende waarden. Een aantal dingen wisten veel cliënten niet of niet meer. Bijvoorbeeld of het ambulancepersoneel doorgaf dat de patiënt later zou zijn, in het geval van een afspraak. Ook waren er enkele vragen die voor een grote groep cliënten niet relevant waren. Bijvoorbeeld pijn of ongemakken tijdens het vervoer en uitleg over wat er bij aankomst zou gebeuren. Voor onderstaande vragen valt echter vooral op dat deze door veel cliënten niet waren ingevuld.

Tabel 3.4 Items met meer dan 5% missende waarden

nr.	vraag	% niet ingevuld	% niet van toepassing	% weet ik niet (meer)	% totaal
4.	Wie maakte de afspraak met de ambulance?	7,0	-	1,5	8,5
5.	Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance?	0,9	-	4,5	5,5
8.	Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?	1,8	-	8,5	10,3
9.	Kwam de ambulance eerder of later dan afgesproken?	10,0	-	3,3	13,3
11.	Was het een probleem dat de ambulance eerder of later dan afgesproken kwam?	6,7	-	-	6,7
12.	Is u verteld hoelang de rit met de ambulance zou gaan duren?	3,0	-	15,5	18,5
13.	Hoelang heeft de rit met de ambulance geduurd?	1,8	-	13,6	15,5
14.	Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?	4,8	10,3	-	15,2
15.	Heeft het ambulancepersoneel aan het ziekenhuis doorgegeven dat u later op uw afspraak kwam?	0,0	-	50,0	50,0
16.	Wat voor vervoer heeft u gehad?	6,1	-	0,9	7,0
17.	Bent u op dezelfde dag heen- en teruggebracht met de ambulance?	13,9	-	-	13,9
18.	Had u hetzelfde ambulancepersoneel op de heen- en de terugrit?	22,2	-	-	22,2
19.	Moest u voor de terugrit wachten op een ambulance?	23,3	-	6,7	30,0
20.	Wist u dat de ambulance (tussentijds) weggeroepen kon worden?	20,0	-	7,8	27,8
21.	Vertelde het ambulancepersoneel u waarom u op een brancard moest worden vervoerd?	1,2	-	12,7	13,9

- tabel 3.4 gaat verder -

- vervolg tabel 3.4 -

nr.	vraag	%	%	%	%
		niet ingevuld	Niet van toepassing	weet ik niet (meer)	totaal
22.	Vertelde het ambulancepersoneel u dat u achteruit rijdend in de ambulance moest worden vervoerd?	1,8	-	23,0	24,8
24.	Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?	3,3	33,0	-	36,4
25.	Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)	3,0	37,0	-	40,0
27.	Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?	11,5	-	6,6	18,0
29.	Droeg u tijdens de rit een schoudergordel?	2,4	-	39,1	41,5
35.	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	2,4	50,3	-	52,7
42.	Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	2,4	26,7	-	29,1
43.	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	6,6	-	-	6,6
44.	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	0,9	-	8,5	9,4
45.	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	1,8	26,1	13,9	41,8
46.	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	0,9	2,1	6,4	9,4
47.	Vroeg het ambulancepersoneel of er thuis iemand aanwezig was?	3,0	74,5	4,8	82,4
48.	Wist het ambulancepersoneel dat zij u gerust thuis achter konden laten toen zij vertrokken?	32,1	-	-	32,1
49.	Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?	29,8	-	-	29,8
50.	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	2,1	-	6,4	8,5
51.	Heeft u het idee dat er vergissingen of fouten zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?	5,2	-	-	5,2
52.	Heeft u positieve punten over het ambulancepersoneel?	9,4	-	-	9,4
53.	Heeft u verder nog opmerkingen over het ambulancepersoneel?	6,7	-	-	6,7

Belangscores

Aan de hand van belangscores werd duidelijk aan welke kwaliteitsaspecten patiënten veel belang hechtten in de planbare ambulancezorg en welke kwaliteitsaspecten minder belangrijk waren. Bij de belangvragen is het rekenkundig gemiddelde vastgesteld op een vierpuntsschaal (1=niet belangrijk; 2=beetje belangrijk; 3=belangrijk; 4=heel belangrijk). Tabel 3.5 geeft de top 10 weer van kwaliteitsaspecten waar respondenten het meeste belang aan hechtten. De belangscores uit deze tabel laten zien dat vertrouwen in het personeel en hun vakbekwaamheid het belangrijkste worden gevonden. Daarnaast is de overdracht naar andere zorgverleners van belang. Ook wordt de omgang met medische apparatuur belangrijk gevonden, evenals de communicatie.

Tabel 3.5 Top 10 items met de hoogste gemiddelde belangscores

nr.*	Vindt u het belangrijk dat...	belangscore	s.d.
38.	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	3,56	0,54
37.	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	3,47	0,55
46.	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	3,44	0,56
27.	Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?	3,42	0,71
43.	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	3,38	0,57
44.	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	3,37	0,53
32.	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	3,36	0,59
42.	Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	3,30	0,58
41.	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	3,27	0,56
48.	Wist het ambulancepersoneel dat zij u gerust thuis achter konden laten toen zij vertrokken?	3,27	0,63

N=271-315. *nummers overeenkomstig met ervaringenlijst

De tien kwaliteitsaspecten waar men het minste belang aan hechtte, zijn opgenomen in tabel 3.6. Allereerst is te zien dat ook in deze 'bodem tien' de meeste aspecten als belangrijk worden beschouwd, gezien hun score rond de 3. Minder belangrijk vonden cliënten uitleg over de manier waarop ze vervoerd zouden worden (op een brancard, achteruit liggend) en hoe lang de rit zou duren. Het minst belangrijk vond men om op bij een eventuele terugrit vervoerd te worden door hetzelfde ambulancepersoneel als bij de heenrit.

Bij vergelijking van de spreiding van de antwoorden, valt op te merken dat cliënten het meer met elkaar eens zijn over de hoogste belangscores dan over de laagste. De standaarddeviaties, een maat voor de spreiding van de belangscore, zijn namelijk duidelijk kleiner bij de hoogste tien.

Tabel 3.6 Bodem 10 items met de laagste gemiddelde belangcores

nr.*	Vindt u het belangrijk dat...	belangscore	s.d.
18.	Had u hetzelfde ambulancepersoneel op de heen- en de terugrit?	1,52	0,80
22.	Vertelde het ambulancepersoneel u dat u achteruit rijdend in de ambulance moest worden vervoerd?	2,11	0,90
12.	Is u verteld hoelang de rit met de ambulance zou gaan duren?	2,16	0,86
21.	Vertelde het ambulancepersoneel u waarom u op een brancard moest worden vervoerd?	2,37	0,87
19.	Moest u voor de terugrit wachten op een ambulance?	2,46	0,89
7.	Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit?	2,57	0,88
50.	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	2,94	0,64
5.	Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance?	2,99	0,72
35.	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	3,01	0,64
8.	Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?	3,02	0,72

N=291-304. *nummers overeenkomstig met ervaringenlijst

3.3.2 Inter-itemanalyses

Met behulp van inter-itemanalyses is de samenhang tussen verschillende items bekeken. Als er een sterke samenhang is tussen twee verschillende items en de items ook inhoudelijk over hetzelfde onderwerp gaan, betekent dit dat één van de twee betreffende items verwijderd zou kunnen worden. Een item levert dan geen eigen (unieke) bijdrage aan het begrip kwaliteit van ambulancezorg. De samenhang tussen de items is berekend aan de hand van Pearson's correlatiecoëfficiënten. De vuistregel is dat een Pearson's correlatiecoëfficiënt (r) groter dan 0,70 verdacht is. Als de coëfficiënt 0,85 of hoger is, dan komt één van beide items in aanmerking voor verwijdering uit het meetinstrument. Hierbij dient ook gekeken te worden naar het aantal cases per vraag en het aantal cases waarover de coëfficiënt berekend is.

In tabel 3.7 staan de items die onderling (te) sterk correleerden. Veel vragen over de bejegening door en zorg van het ambulancepersoneel hangen sterk met elkaar samen; de vragen over of het ambulancepersoneel beleefd was (31) en of ze de cliënt serieus namen (32) waren hierin het meest prominent. Maar ook 'genoeg tijd hebben' (33) en 'aandacht hebben' (34) bleken sterk met elkaar én met andere aspecten samen te hangen. Tot slot was er een sterke correlatie tussen de vragen over vertrouwen in het ambulancepersoneel (37) en of ze vakbekwaam te werk gingen (38). Het is duidelijk dat het aantal items hierbij ingeperkt zou kunnen en moeten worden.

Tabel 3.7 Items met een onderlinge Pearson's correlatiecoëfficiënt >0,70

nr.	items	Pearson's r*	N
7 & 49	Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit? Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?	0,70	58
31 & 32	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u? Nam het ambulancepersoneel u serieus?	0,92	322
31 & 33	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u? Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	0,86	322
31 & 34	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u? Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	0,80	318
31 & 35	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u? Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	0,70	156
31 & 37	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u? Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,92	317
31 & 38	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u? Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	0,89	307
32 & 33	Nam het ambulancepersoneel u serieus? Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	0,89	320
32 & 34	Nam het ambulancepersoneel u serieus? Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	0,81	316
32 & 37	Nam het ambulancepersoneel u serieus? Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,86	315
32 & 38	Nam het ambulancepersoneel u serieus? Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	0,86	306
33 & 34	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u? Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	0,85	316
33 & 37	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u? Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,81	314
33 & 38	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u? Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	0,83	305
33 & 39	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u? Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,73	315
34 & 37	Had het ambulancepersoneel aandacht voor u? Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,76	310
34 & 39	Had het ambulancepersoneel aandacht voor u? Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,78	312

- tabel 3.7 gaat verder -

- vervolg tabel 3.7 -

nr.	items	Pearson's r^*	N
35 & 42	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden) Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	0,73	122
36 & 39	Stelde het ambulancepersoneel u gerust? Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,71	318
37 & 38	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel? Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	0,92	309
38 & 39	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk? Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,71	306
38 & 46	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk? Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	0,71	285

* $p < 0,001$. Correlaties $\geq 0,85$ **vet** gedrukt.

3.3.3 Schaalconstructie

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

Factoranalyse

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

Volgens het handboek CQI Ontwikkeling dienen items met teveel scheefheid (>90% in één uiterste antwoordcategorie) en/of meer dan 5% missende waarden (bijvoorbeeld

leeg, niet van toepassing en/of weet niet) bij voorkeur buiten beschouwing te worden gelaten (Zorginstituut, 2014). Dit vanwege de toepasbaarheid van de resultaten en ook om voldoende respondenten te handhaven. In de voorgaande paragraaf was echter al te zien dat er in de huidige dataset veel items voorkomen met een scheve antwoordverdeling en/of missende waarden. Daarom is als vuistregel gehanteerd dat een item door minstens 100 deelnemers moest zijn beantwoord.

Bij het onderzoek naar de schaalstructuur is exploratieve factoranalyse uitgevoerd per onderdeel van de vragenlijst. Het initiële resultaat van de PCA staat in tabel 3.8.

Tabel 3.8 Overzicht exploratieve factoranalyse

onderwerp	vraagnummers ⁺	aantal vragen	N	KMO	Bartlett's test
1. Planning	(5,) 7, 8, (12,) 14	5	213	0,61	<0,000
2. Vervoer	21-25, 28, 29	7	70	0,82	<0,000
Aandacht/rijgedrag	23-25, 28	4	153	0,80	<0,000
Informatie	21, 22, 29	3	152	0,55	<0,000
3. Ambulancepersoneel	31-46, 50	18	68	-	-
Bejegening/Handelen	31-39, 41-44, 46	15	101	-	-
Communicatie	40, 45, 50	3	179	0,66	<0,000

⁺ items tussen haakjes pasten niet bij gevonden factoren

Planning

De vragen 7, 8 en 14 vormen een factor.

Vervoer

Er blijken twee factoren te zijn; één met de vragen over aandacht voor ongemakken en rijgedrag van de ambulancechauffeur en één met de informatievragen over de brancard, het liggend vervoer en de schoudergordel.

Ambulancepersoneel

Dit was het grootste onderdeel van de vragenlijst. Een aantal vragen was door hun aard (inventariserend; geen kwaliteitsoordeel), het aantal cases of (te) hoge onderlinge correlaties niet geschikt om mee te nemen. Vraag 18 paste bij geen van de drie gevonden factoren.

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

Schaalconstructie en betrouwbaarheid

Op de vijf hierboven gepresenteerde factoren is vervolgens een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. De betrouwbaarheid van de gevonden schalen, oftewel de interne consistentie, kan geanalyseerd worden door het berekenen van Cronbach's alpha coëfficiënt (α). Een schaal is voldoende betrouwbaar als de α -waarde

hoger is dan 0,70. Als de α -waarde tussen de 0,60 en 0,70 ligt, wordt de schaal voorlopig geaccepteerd, maar is in de toekomst wel aandacht voor deze schaal vereist. Om te bepalen of een item tot een schaal behoort, moet er gekeken naar de item-totaalcorrelatie (ITC) van het betreffende item. Dit is een maat die aangeeft in hoeverre items binnen een schaal correleren met de schaal in zijn geheel. Deze item-totaalcorrelatie moet groter zijn dan 0,40. In tabel 3.9 staan de schalen weergegeven die in eerste instantie gevonden zijn, inclusief de item-totaalcorrelaties. In deze tabel wordt ook de 'alpha if item deleted' weergegeven. Dit is een schatting van de betrouwbaarheid als het betreffende item verwijderd wordt uit de schaal.

Tabel 3.9 Overzicht factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse (eerste analyse)

nr.		Factor- lading	ITC	α if item deleted
Planning (N=309, $\alpha=0,65$)				
7	Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit?	0,58	0,59	0,77
8	Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?	0,84	0,88	0,36
14	Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?	0,87	0,83	0,37
Aandacht/rijgedrag (vervoer) (N=319, $\alpha=0,87$)				
23	Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	0,83	0,84	0,84
24	Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?	0,92	0,88	0,83
25	Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)	0,81	0,86	0,81
28	Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	0,82	0,82	0,87
Informatie (vervoer) (N=260, $\alpha=0,50$)				
21	Vertelde het ambulancepersoneel u waarom u op een brancard moest worden vervoerd?	0,76	0,72	0,39
22	Vertelde het ambulancepersoneel u dat u achteruit rijdend in de ambulance moest worden vervoerd?	0,80	0,79	0,22
29	Droeg u tijdens de rit een schoudergordel?	0,51	0,68	0,52
Bejegening/Handelen (N=101, $\alpha=0,94$)				
31	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	0,97	0,89	0,94
32	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	0,97	0,88	0,94

- tabel 3.9 gaat verder -

- vervolg tabel 3.9 -

nr.		Factor- lading	ITC	α if item deleted
33	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	0,93	0,90	0,94
34	Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	0,93	0,89	0,94
35	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	0,90	0,75	0,94
36	Stelde het ambulancepersoneel u gerust?	0,84	0,80	0,94
37	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,96	0,88	0,94
38	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	0,96	0,87	0,94
39	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,93	0,83	0,94
41	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	0,80	0,74	0,95
42	Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	0,90	0,66	0,95
43	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	0,78	0,78	0,94
44	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	0,72	0,64	0,95
46	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	0,69	0,75	0,94
Communicatie (N=309, $\alpha=0,77$)				
40	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	0,88	0,89	0,59
45	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	0,87	0,90	0,66
50	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	0,76	0,75	0,80

Van de vijf onderzochte factoren toonden drie een goede betrouwbaarheid, dat wil zeggen een Cronbach's alpha hoger dan 0,70: Aandacht/Rijgedrag, Bejegening/Handelen en Communicatie.

De factor Planning had een matige betrouwbaarheid (Cronbach's alpha 0,65). Deze betrouwbaarheid zou verhoogd kunnen worden door vraag 7 te verwijderen. Deze schaal bevat echter alleen vragen over de tijdigheid van het ophalen en afleveren door de ambulance en bovendien zijn het alle drie nee/ja-vragen. Het lijkt daarom informatiever om deze vragen niet als schaal, maar als losse items mee te nemen in de analyses. De schaal Informatie (vervoer) bleek niet betrouwbaar (Cronbach's alpha 0,50).

Naar aanleiding van de bovenstaande analyses is onderzocht of het mogelijk is om de items over het ambulancepersoneel meer te groeperen in duidelijker herkenbare onderwerpen. Het hanteren van een algemene schaal met maar liefst 14 items

(Ambulancepersoneel 1) is namelijk inhoudelijk niet interessant, omdat de schaal dan inhoudelijk niet te interpreteren is; het beslaat teveel verschillende processen en aspecten van de ambulancezorg. Ook statistisch gezien lijkt zo'n groot aantal items onnodig; de rechterkolom geeft aan dat de Cronbach's alpha gelijk blijft of zelfs licht kan toenemen als een aantal items uit verwijderd zou worden.

Voor de CQI Spoedeisende Ambulancezorg zijn voor het onderdeel over de zorg door het ambulancepersoneel schalen vastgesteld voor de onderwerpen Bejegening, Handelen door het ambulancepersoneel en Communicatie (Krol, Sixma & Plass, 2013). Aangezien veel items uit die vragenlijst ook in de vragenlijst voor planbare ambulancezorg voorkwamen, was het mogelijk om een meer confirmatieve principale componentenanalyse uit te voeren op deze items. Het principe van deze analyse is om te onderzoeken of de betreffende vragen voldoende gemeenschappelijk hebben om samen een kwaliteitsaspect te meten. Het gaat om de items 31 tot en met 50, behorende bij het onderdeel 'Ambulancepersoneel'. Deze aanvullende analyses leverden uiteindelijk de onderstaande schalen op (tabel 3.10), die niet alleen inhoudelijk meer informatief waren, maar ook elk betrouwbaar bleken.

Tabel 3.10 Overzicht factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse (tweede analyse)

nr.	Factor- lading	ITC	α if item deleted
Vervoer (N=319, $\alpha=0,87$)			
23	0,83	0,84	0,84
24	0,92	0,88	0,83
25	0,81	0,86	0,81
28	0,82	0,82	0,87
Bejegening (N=324, $\alpha=0,96$)			
31	0,95	0,94	0,94
32	0,96	0,96	0,94
33	0,96	0,96	0,94
34	0,91	0,92	0,96
Handelen (N=319, $\alpha=0,88$)			
35	0,76	0,78	0,88
36	0,82	0,85	0,87
37	0,94	0,88	0,85
38	0,94	0,88	0,85
39	0,82	0,86	0,86
44	0,70	0,65	0,89
46	0,67	0,79	0,87

- tabel 3.10 gaat verder -

- vervolg tabel 3.10 -

nr.	Factor- lading	ITC	α if item deleted
Communicatie (N=310, $\alpha=0,83$)			
40	0,82	0,86	0,77
41	0,79	0,86	0,77
42	0,52	0,65	0,84
43	0,70	0,76	0,82
45	0,79	0,83	0,81
50	0,56	0,72	0,81

Voor deze vier kwaliteitsschalen zijn schaalscores berekend voor alle deelnemers die de helft of meer van de vragen hebben beantwoord waarmee de betreffende schaal wordt gevormd. Bijvoorbeeld: een respondent kreeg een schaalscore voor 'Vervoer' als hij of zij van de vragen 23, 24, 25 en 28 er minstens twee beantwoord had. Omdat de antwoorden op alle items van 1 t/m 4 liepen, hebben de schalen voor iedere respondent een score tussen 1 en 4.

Samenhang van de schalen

Vervolgens is de samenhang tussen de vier kwaliteitsschalen onderzocht. Hiertoe zijn (Pearson) correlaties (ook wel interfactorcorrelaties genoemd) berekend met de gemiddelde scores van de respondenten per schaal. De correlaties dienen kleiner dan 0,70 te zijn, zodat de schalen die gevormd zijn als onafhankelijk beschouwd kunnen worden; elke schaal meet dan een unieke dimensie (Carey en Seibert, 1993).

De schalen bleken matig tot sterk met elkaar samen te hangen, zoals te zien is in tabel 3.11. Dit is niet verrassend, aangezien de meeste onderzochte items eerder al één schaal vormden. Het is zeer reëel dat een hoge dan wel een lage score op de ene schaal gepaard gaat met een overeenkomstige score op de andere schalen. Inhoudelijk betrof het echter voor het grootste deel andere onderwerpen. Alleen de correlatiecoëfficiënt van 0,89 tussen de schalen Bejegening en het Handelen door het ambulancepersoneel leek problematisch hoog te zijn. Omwille van de consistentie met de CQI Spoedeisende Ambulancezorg blijven de schalen voorlopig gehandhaafd.

Tabel 3.11 Interafactorcorrelaties kwaliteitsschalen

	Vervoer	Bejegening	Handelen
Bejegening	0,65	-	-
Handelen	0,74	0,89	-
Communicatie	0,64	0,68	0,77

N=305-317. Alle correlaties $p < 0,001$

Vergelijking met schalen CQI spoedeisend

Aangezien bij de schaalconstructie de aansluiting is gezocht bij de CQI Spoedeisende Ambulancezorg, is het interessant om te bekijken in hoeverre de kwaliteitsschalen van elkaar verschillen of juist overeenkomen. In tabel 3.12 is te zien dat de schaal 'Vervoer' een hogere betrouwbaarheid heeft in de CQI Planbare Ambulancezorg ($\alpha=0,87$ vs. $\alpha=0,68$). De vergelijkbare vraag over aandacht voor pijn viel in de CQI Spoedeisende Ambulancezorg echter onder een andere schaal (Handelen). Verder valt op dat de Cronbach's alfa van de schaal Bejegening veel hoger is in de CQI Planbare Ambulancezorg. Wellicht dat deze extreme score iets omlaag is te brengen door één of meer items te verwijderen. Zoals eerder te zien was, correleren de bijbehorende vragen (te) sterk met elkaar.

Wat betreft de schaal Handelen zijn er meer verschillen in de geselecteerde vragen. Diverse vragen kwamen alleen in de CQI Planbare Ambulancezorg voor of juist in de CQI Spoedeisende Ambulancezorg.

Tabel 3.12 Vergelijking kwaliteitsschalen CQI Planbare en CQI Spoedeisende Ambulancezorg

CQI Planbare Ambulancezorg	CQI Spoedeisende Ambulancezorg
Vervoer ($\alpha=0,87$)	Vervoer ($\alpha=0,68$)
23 Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	46 Paste de manier van rijden van de ambulancechauffeur bij uw situatie?
24 Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?*	- -
25 Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)	- -
28 Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	48 Maakte het ambulancepersoneel de rit naar het ziekenhuis zo comfortabel mogelijk?
Bejegening ($\alpha=0,96$)	Bejegening ($\alpha=0,79$)
31 Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	19 idem
32 Nam het ambulancepersoneel u serieus?	21 idem
33 Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	22 idem
34 Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	- -
Handelen ($\alpha=0,88$)	Handelen ($\alpha=0,80$)
35 Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	26 Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)
36 Stelde het ambulancepersoneel u gerust?	23 idem
37 Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	24 Had u vertrouwen in de behandeling van het ambulancepersoneel?

- tabel 3.12 gaat verder -

- vervolg tabel 3.12 -

CQI Planbare Ambulancezorg	CQI Spoedeisende Ambulancezorg
38 Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	- -
39 Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	- -
44 Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	35 idem
46 Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	- -
- -	25 Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?
- -	30 Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?
- -	31 Heeft het ambulancepersoneel voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?
Communicatie ($\alpha=0,83$)	Communicatie ($\alpha=0,80$)
40 Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	32 idem
41 Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	33 idem
42 Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	34 Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen als u iets wilde weten?
43 Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	- -
45 Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	- -
50 Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	- -

* viel bij CQI Spoedeisend onder 'Handelen'.

3.3.4 Face validity

Ter afsluiting van de testversie zijn respondenten gevraagd naar opmerkingen over de vragenlijst (vraag 61). Daarbij konden respondenten hun ideeën kwijt met betrekking tot zowel de vorm als de inhoud van de lijst. Dit gaf een impressie van de 'face validity' van de conceptvragenlijst. Hebben de deelnemers bijvoorbeeld het idee dat de vragenlijst vanuit patiëntenperspectief de juiste vragen bevatte over planbare ambulancezorg? Gingen er dingen mis, bijvoorbeeld bij het invullen op het internet? Of miste men bepaalde vragen?

Ruim 100 mensen hebben hier iets ingevuld. De meesten (bijna 60) gaven aan dat zij het een goede vragenlijst vonden en verder geen opmerkingen hadden. Hoewel het niet de

bedoeling was bij deze vraag, gebruikte een klein aantal respondenten (ongeveer 20) deze ruimte om suggesties of complimenten over de ambulancezorg zelf te noteren. Onze aandacht ging echter vooral uit naar de inhoudelijke en technische opmerkingen over de vragenlijst zelf. Deze konden namelijk mogelijk gebruikt worden om de vragenlijst te verbeteren. 35 respondenten plaatsten dergelijke opmerkingen, waarvan de meest voorkomende hieronder staan.

Inhoudelijk

- *Meerdere ritten gehad*
Veel deelnemers hebben vaker te maken (gehad) met ambulancevervoer. Sommigen vonden het daardoor lastig te bepalen waarover ze de vragenlijst invulden. Dit is helaas niet te voorkomen, behalve door in de vragenlijstinstructie de deelnemers te vragen om de vragen in te vullen over hun meest recente vervoer met de ambulance. Dit is in dit onderzoek ook gebeurd. Deze situatie kan dan nog onbevredigend zijn voor deelnemers, omdat men liever een oordeel geeft over alle gebeurtenissen. Zeker wanneer het de ene keer goed en de andere keer minder goed ging. Zo werd dit ook verwoord door enkele cliënten; de ervaringen wisselden soms.
- *Onderscheid ambulancepersoneel*
Een aantal cliënten gaf aan graag een onderscheid te zien in de ervaringen met de verschillende ambulancemedewerkers. Iemand gaf bijvoorbeeld aan dat de omgang met de begeleider heel anders was dan de ervaring met de ambulancechauffeur.
- *De vragenlijst is te lang /vragen overbodig*
Een aantal respondenten gaf aan dat ze de vragenlijst te lang vonden. Bovendien vonden enkelen van hen dat er veel vragen op elkaar leken en daardoor overbodig waren.

Technisch

- *Ontbreken van antwoordcategorie 'Niet van toepassing'*
Helaas was hierbij niet duidelijk om welke vragen het ging.
- *Moeilijk deel te nemen vanwege geheugen*
Voor sommige cliënten was deelname aan de vragenlijst moeilijk vanwege geheugenproblemen. Men herinnerde zich niet alles meer. Dit hangt ook samen met de volgende opmerking die een aantal respondenten maakte:
- *Ontbreken van antwoordcategorie 'Weet ik niet (meer)'*
Niet alles wist men zich nog te herinneren. Hoewel de meeste ervaringsvragen waren voorzien van deze antwoordcategorie, mist deze dan mogelijk toch bij andere vragen. Helaas viel niet op te maken om welke vraag of vragen het ging.

4 Ervaringen van cliënten met planbare ambulancezorg

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van cliënten uit de CQI Planbare Ambulancezorg gepresenteerd. Met de vragen zijn vier kwaliteitsschalen gevormd, zoals beschreven in hoofdstuk 3. De ervaringen en oordelen bij deze vier kwaliteitsschalen worden hieronder besproken (paragraaf 4.1). In de daarop volgende paragrafen worden alle ervaringen van cliënten met de planbare ambulancezorg gepresenteerd (4.2 t/m 4.5). In paragraaf 4.6 worden de items besproken met de hoogste verbeterscores en de 'koesterpunten'; onderdelen van de ambulancezorg die cliënten belangrijk vinden en die zij positief beoordelen. Tot slot is onderzocht in hoeverre de scores op de kwaliteitsschalen verschillen voor wat betreft bepaalde groepen cliënten en tussen respondenten en non-respondenten (paragraaf 4.7).

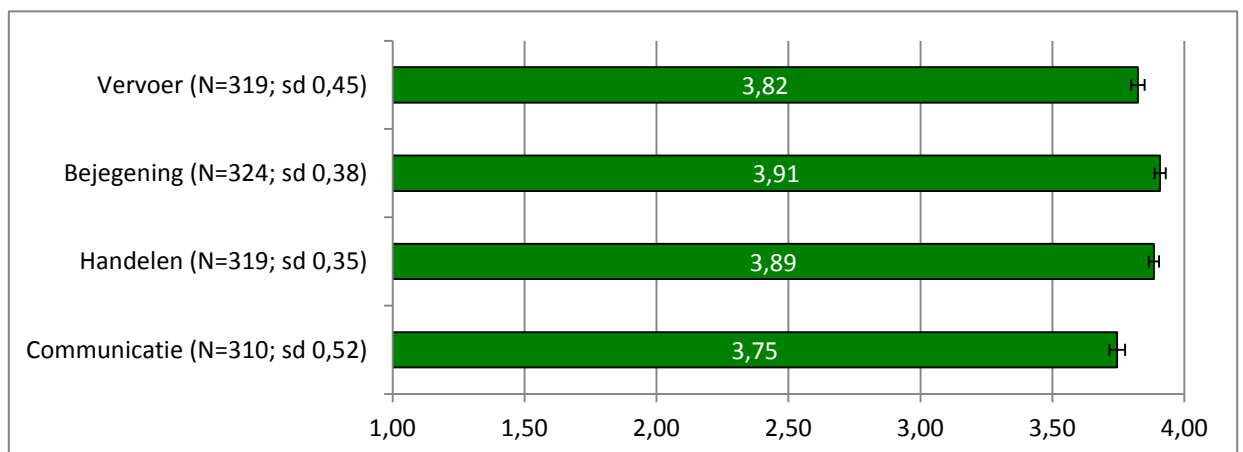
Belangrijk om te vermelden is dat bij al deze resultaten de antwoordcategorieën 'weet ik niet (meer)' en 'niet van toepassing' buiten beschouwing zijn gelaten.

4.1 Kwaliteitsschalen

Op basis van de onderdelen van de vragenlijst zijn vier kwaliteitsschalen vastgesteld, die minimaal de score 1 en maximaal de score 4 kunnen hebben. Deze schalen zijn berekend door de antwoorden van een aantal vragen die over hetzelfde onderwerp gaan bij elkaar te nemen en het gemiddelde te berekenen.

In figuur 4.1 is staan de gemiddelde scores per kwaliteitsschaal voor alle respondenten weergegeven. Alle kwaliteitsschalen hebben gemiddeld (zeer) hoge scores.

Figuur 4.1 Kwaliteitsschalen CQI Planbare Ambulancezorg



4.2 Achtergrond deelnemers

In tabel 4.1 staat weergegeven om welke reden(en) mensen besteld ambulancevervoer nodig hadden en hoe vaak men met de ambulance vervoerd is in het afgelopen jaar.

Het is duidelijk dat de antwoordcategorieën de lading niet geheel dekken bij de vraag voor welke behandeling men vervoerd moest worden. Veel cliënten kruisten 'Anders, namelijk' aan bij de vraag Een groot deel daarvan noteerde in het opmerkingenveld echter niet de behandeling of het gezondheidsprobleem waarvoor men vervoer nodig had, maar de aard van het vervoer. Bijvoorbeeld van huis naar het ziekenhuis, of overplaatsing naar ander ziekenhuis. Daarmee is duidelijk dat deze vraag voor veel deelnemers niet duidelijk was.

De grootste groep deelnemers heeft in het afgelopen jaar twee tot vijf keer gebruik moeten maken van ambulancevervoer. Een derde is het afgelopen jaar één keer met de ambulance vervoerd.

Tabel 4.1 Reden en frequentie ambulancevervoer

	N	%
2. Reden vervoer (meer antwoorden mogelijk) (N=327)		
Operatie	92	28,1
Dialyse	0	0,0
Dotteren	42	12,8
Radiotherapie	15	4,6
Revalidatie	27	8,3
Controle	40	12,2
Anders, namelijk:	113	34,6
Type vervoer (van/naar huis of ziekenhuis)	35	10,7
Hartaandoening	8	0,2
Hersenvloeding/-infarct	4	0,1
Overig	66	20,2
3. Aantal ambulanceritten afgelopen jaar (N=327)		
Eén keer	123	37,6
Twee tot vijf keer	167	51,1
Vijf tot tien keer	24	7,3
Meer dan tien keer	13	4,0

4.3 Planning

Er zijn diverse vragen gesteld over het maken van de afspraak, of men op tijd werd opgehaald door de ambulance en of men op tijd op de afspraak was. In tabel 4.2 is te zien dat in de meeste gevallen (61%) het ziekenhuispersoneel de afspraak had gemaakt om de cliënt met de ambulance te laten vervoeren. In ruim een kwart van de gevallen werd dit door iemand uit de huisartsenpraktijk gedaan.

De meeste cliënten wisten hoe laat ze ongeveer met de ambulance vervoerd zouden worden. Van degenen die dat niet wisten vonden de meesten dit echter geen of slechts een klein probleem.

In 9 op de 10 gevallen werden cliënten bijtijds opgehaald door de ambulance. Van de 10% waarbij dit niet het geval was, was de ambulance meestal een half uur of langer te laat. Hoewel dit voor de meeste cliënten geen of slechts een klein probleem was, waren er ook mensen die het als een groot probleem hebben ervaren.

Tabel 4.2 Planning en organisatie ambulancevervoer (1)

	N	%
4. Wie maakte de afspraak met de ambulance? (N=302)		
De huisarts-assistent(e) of de huisarts	82	27,2
De thuiszorgverpleegkundige	4	1,3
Het ziekenhuispersoneel	183	60,6
Het ambulancepersoneel	3	1,0
Anders, namelijk:	30	9,9
5. Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance? (N=312)		
Ja	224	71,8
Nee →*	88	28,2
6. Vond u het een probleem dat u niet wist wanneer u zou worden opgehaald? (N=87)		
Geen probleem	57	65,5
Klein probleem	25	28,7
Groot probleem	5	5,8
7. Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit? (N=314)		
Nee	13	4,1
Ja	301	95,9
8. Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance? (N=296)		
Ja	266	89,9
Nee →	30	10,1
9. Kwam de ambulance eerder of later dan afgesproken? (N=26)		
Meer dan een uur eerder	1	3,9
Een half uur tot een uur eerder	2	7,7
Binnen een half uur eerder	1	3,9
Binnen een half uur later	3	11,5
Een half uur tot een uur later	11	42,3
Meer dan een uur later	8	30,8
10. Wist u dat de ambulance eerder of later kwam dan afgesproken? (N=30)		
Nee	23	76,67
Ja	7	23,33
11. Was het een probleem dat de ambulance eerder of later dan afgesproken kwam? (N=28)		
Geen probleem	15	53,6
Klein probleem	9	32,1
Groot probleem	4	14,3

* bij een antwoordcategorie met '→' gaat respondent door naar volgende weergegeven vraag, anders wordt deze overgeslagen. Bijvoorbeeld: bij antwoord 'ja' op vraag 5 ging respondent door naar vraag 7, bij 'nee' werd eerst vraag 6 beantwoord. Idem voor vraag 8 bij vraag 9 t/m 11.

In tabel 4.3 staan enkele andere vragen over de planning van het ambulancevervoer. In de helft van de gevallen is aan cliënten niet verteld hoe lang de rit zou duren. Veel mensen wisten overigens niet (meer) of dit gebeurd was. Een belangrijke vraag bij het planbare vervoer is of de cliënt op tijd was voor de afspraak. De grootste groep cliënten maakt namelijk gebruik van ambulancevervoer om vervoerd te worden voor onderzoek of behandeling in het ziekenhuis of andere zorginstelling. In 92% van de gevallen was de cliënt op tijd hiervoor.

Tabel 4.3 Planning en organisatie ambulancevervoer (2)

	N	%
12. Is u verteld hoelang de rit met de ambulance zou gaan duren? (N=269)		
Nee	138	51,3
Ja	131	48,7
13. Hoelang heeft de rit met de ambulance geduurd? (N=279)		
Korter dan verwacht	27	9,7
Net zolang als verwacht	244	87,5
Langer dan verwacht	8	2,9
14. Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis? (N=280)		
Ja	258	92,1
Nee →	22	7,9
15. Heeft het ambulancepersoneel aan het ziekenhuis doorgegeven dat u later op uw afspraak kwam? (N=11)		
Nee	4	36,4
Ja	7	63,6

In tabel 4.4 staan de overige vragen rond de planning en organisatie van het ambulancevervoer. Verreweg de meeste cliënten hebben te maken gehad met planbare ambulancezorg om van de ene zorginstelling naar de andere te worden vervoerd; ongeveer 60%. Daarvan ging een deel vervolgens met de ambulance weer terug naar de eerste zorginstelling.

Bij de cliënten die heen en terug zijn vervoerd met de ambulance (van huis naar zorginstelling of terug, of vanuit een andere zorginstelling) is de helft op dezelfde dag vervoerd. Daarover valt op te merken dat 38% van hen langer dan een uur moest wachten om terug te worden gebracht met de ambulance.

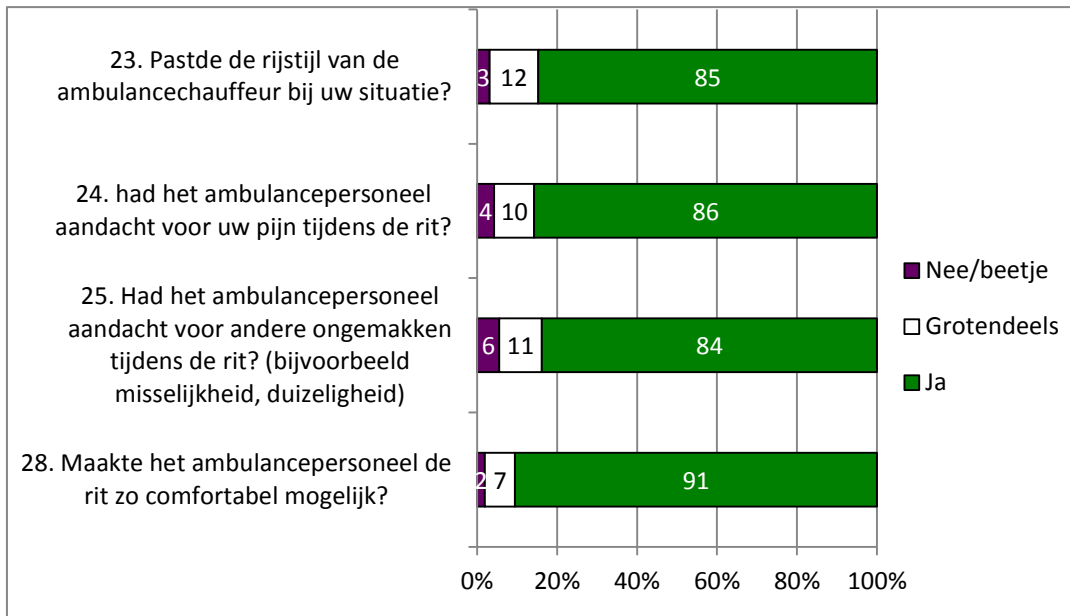
Tabel 4.4 Planning en organisatie ambulancevervoer (3)

	N	%
16. Wat voor vervoer heeft u gehad? (N=307)		
Van huis naar het ziekenhuis of zorginstelling	52	16,9
Van het ziekenhuis of zorginstelling naar huis	8	2,6
Van het ziekenhuis of zorginstelling naar een ander ziekenhuis of zorginstelling (overplaatsing)	123	40,1
Anders →	12	3,9
Van huis naar het ziekenhuis of zorginstelling en terug →	53	17,3
Van het ziekenhuis of zorginstelling naar een ander ziekenhuis of zorginstelling en terug →	59	19,2
17. Bent u op dezelfde dag heen- en teruggebracht met de ambulance? (N=124)		
Nee	54	43,6
Ja →	70	54,5
18. Had u hetzelfde ambulancepersoneel op de heen- en de terugrit? (N=70)		
Nee	54	77,1
Ja	16	22,9
19. Moest u voor de terugrit wachten op een ambulance? (N=63)		
Nee	4	6,4
Ja, korter dan een half uur	13	20,6
Ja, een halfuur tot een uur	22	34,9
Ja, meer dan een uur	24	38,1
20. Wist u dat de ambulance (tussentijds) weggeroepen kon worden? (N=65)		
Nee	27	41,5
Ja	38	58,5

4.4 Vervoer

Na de vragen over de reden, planning en aard van het vervoer, zijn vragen gesteld over het verloop van de rit zelf. In figuur 4.2 staan de antwoorden op de vragen waarmee de schaal 'Vervoer' is berekend. Er zijn duidelijk positieve ervaringen van cliënten. De meesten vonden dat het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk maakte, slechts 5% gaf aan dat er een beetje of geen aandacht was voor ongemakken tijdens de rit zoals pijn, misselijkheid of duizeligheid.

Figuur 4.2 Vervoer (Schaalitems) in %



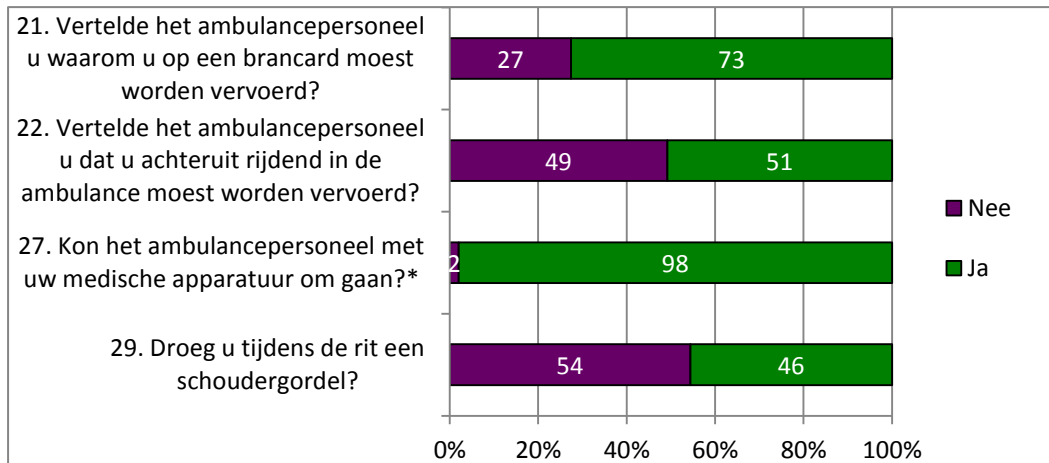
N=198-321

De overige vragen bij het onderdeel 'Vervoer' staan in figuur 4.3. Een kwart van de cliënten gaf aan dat het ambulancepersoneel niet heeft verteld dat men op een brancard moest liggen in de ambulance en de helft is niet verteld dat men achterstevoren zou liggen.

Een klein aantal cliënten (n=61) had medische apparatuur in de ambulance. Daarbij ging het om een infuus (n=24), een hartmonitor (n=17), een morfinepomp (n=4), een voedingssonde (n=3), ademhalingsondersteuning (n=8) en/of om iets anders (n=6). Vrijwel allen vonden dat het personeel goed omging met de apparatuur (vraag 27).

Hoewel het beleid is, gaf slechts de helft van de cliënten aan een schoudergordel te hebben gedragen tijdens de rit (vraag 29). Hierbij moet opgemerkt worden dat veel cliënten hier 'weet ik niet (meer)' of helemaal geen antwoord invulden (ruim 40%, niet opgenomen in de figuur).

Figuur 4.3 Overige items Vervoer in %



N=193-284; * N=50

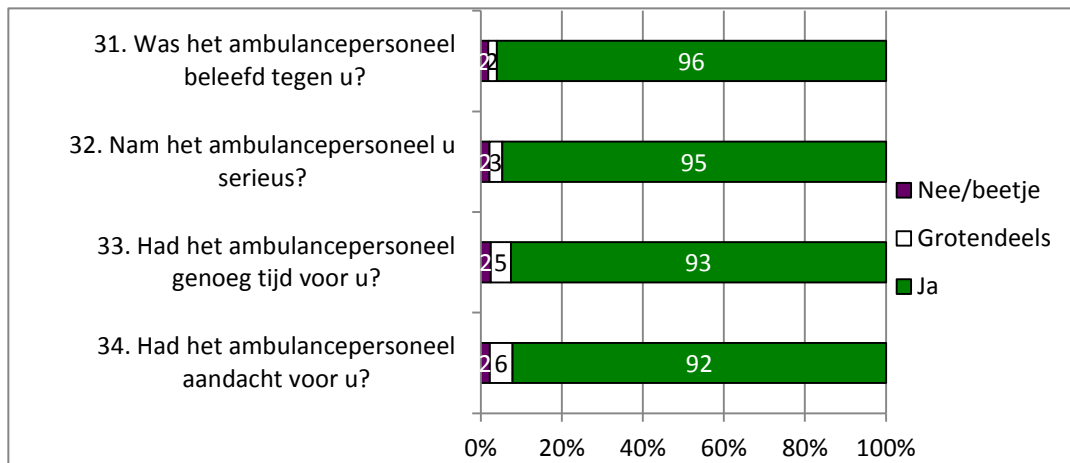
Tot slot kon men nog eigen opmerkingen plaatsen, specifiek over het vervoer met de ambulance. Ongeveer 15% van de cliënten heeft dit gedaan, waarbij de meesten het ambulancepersoneel complimenteerden met de goede zorg. Een paar mensen hadden op zichzelf staande problemen (incidenten). Bijvoorbeeld problemen met de brancard ('kon niet op brancard door de deur'), dat er onderweg geen mogelijkheid was om te plassen, dat de ambulance erg schokte tijdens het rijden, of dat er eerst naar een verkeerd ziekenhuis werd gereden. Er waren echter geen structurele problemen die vaker voor zijn gekomen.

4.5 Ervaringen met het ambulancepersoneel

Het grootste deel van de vragenlijst bestond uit vragen over de omgang met en zorgverlening door het ambulancepersoneel. Hiervoor zijn in hoofdstuk 3 drie kwaliteitsschalen onderscheiden. Hieronder staan per schaal de antwoordverdelingen op de bijbehorende vragen weergegeven.

Figuur 4.4 toont de vragen die bij de schaal Bejegening horen. Evenals bij de vragenlijst over spoedeisende zorg wordt de bejegening van het ambulancepersoneel bij de planbare zorg als zeer goed ervaren. Er lijkt dan ook amper ruimte voor verbetering te zijn.

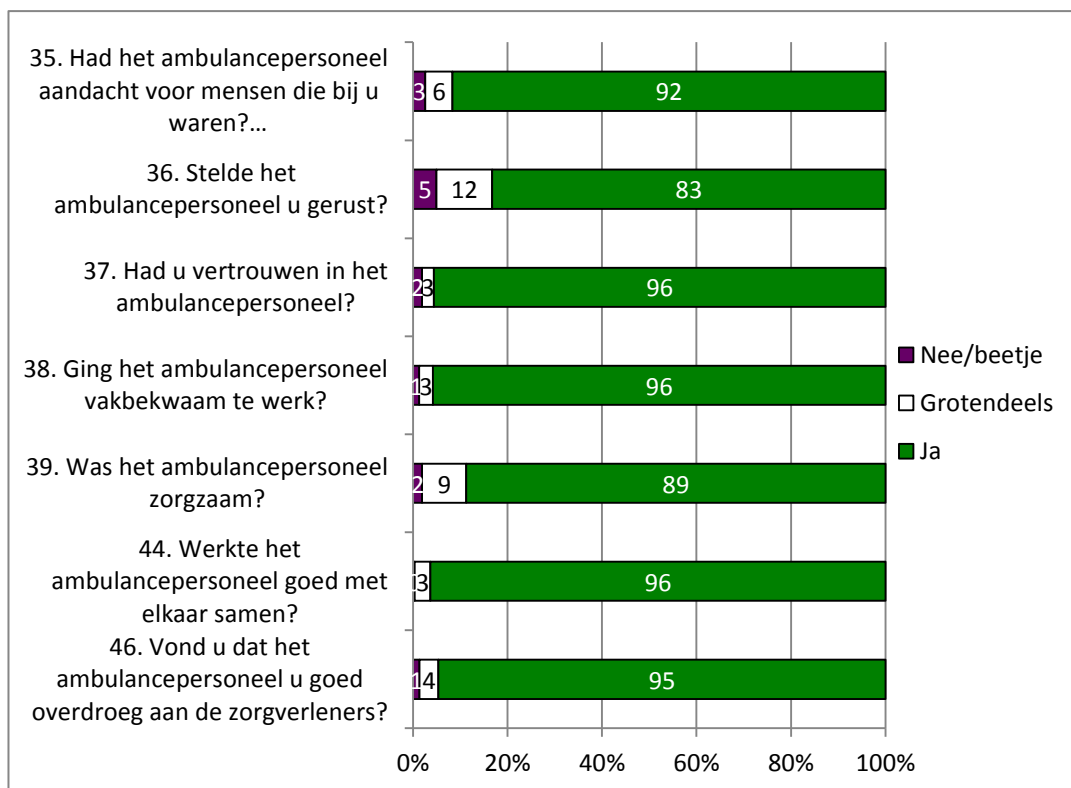
Figuur 4.4 Bejegening (Schaalitems) in %



N=318-326

Een tweede schaal over de omgang met het ambulancepersoneel ging over het handelen. Bijvoorbeeld de cliënt geruststellen, aandacht hebben voor de sociale omgeving en een goede overdracht. In figuur 4.5 staan de bijbehorende vragen. Ook hier blijkt dat de ervaringen van cliënten zeer positief zijn. Geruststellen zou wellicht iets verbeterd kunnen worden.

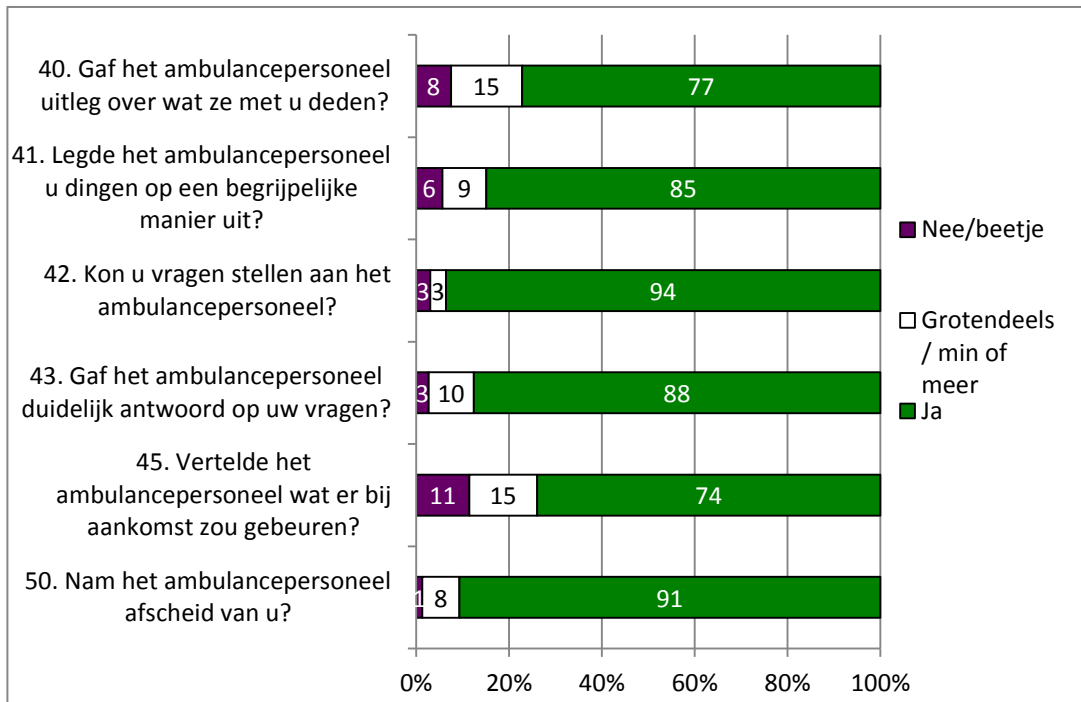
Figuur 4.5 Handelen (Schaalitems) in %



N=299-323; * N=156

Een derde schaal ging over de communicatie met en door het ambulancepersoneel. Bijvoorbeeld uitleg, antwoord geven op vragen en afscheid nemen. De ervaringen hiermee staan in figuur 4.6 weergegeven. Hoewel ook hier goede ervaringen worden gerapporteerd door cliënten, zou het ambulancepersoneel in sommige gevallen meer uitleg kunnen geven, zo is te zien aan vraag 40. Daarnaast wordt er niet altijd verteld wat er bij aankomst zou gebeuren. Dit zal mogelijk vooral gelden voor cliënten die nog nooit (besteld) ambulancevervoer hebben meegemaakt.

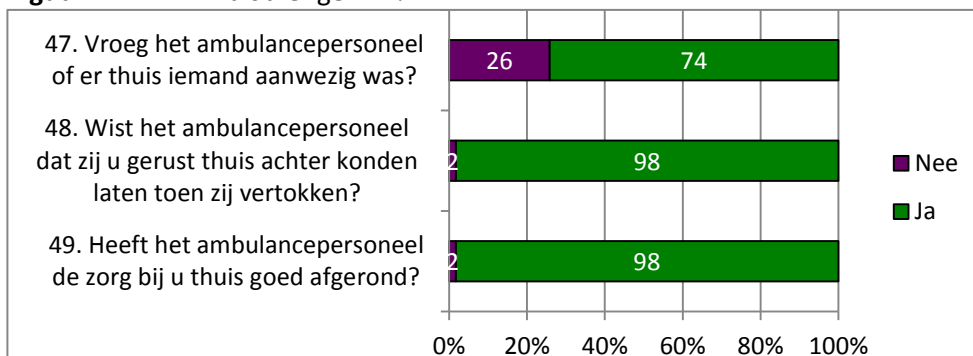
Figuur 4.6 Communicatie (Schaalitems) in %



N=192-320

Een drietal vragen gold alleen voor cliënten die met de ambulance thuis waren gebracht. Deze vragen staan in figuur 4.7. Dit betreft ongeveer 60 mensen, wat nog geen 20% van de respondenten is. Hoewel door het ambulancepersoneel niet aan iedereen is gevraagd of er iemand thuis was, vonden vrijwel alle cliënten dat het ambulancepersoneel hen netjes thuis heeft achtergelaten.

Figuur 4.7 Thuisbrengen in %



(N57-59)

4.6 Algemeen oordeel

De vragen over het algemene oordeel over het ambulancepersoneel maken ook duidelijk dat cliënten overwegend (zeer) positieve ervaringen hebben met het bestelde vervoer.

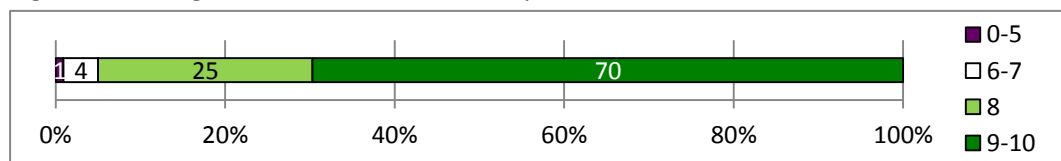
Op de vraag of respondenten het idee hadden dat het ambulancepersoneel fouten of vergissingen had gemaakt (vraag 51), antwoordde 98% 'nee'. Slechts 6 cliënten antwoordden 'ja'. In dat geval werd een toelichting gevraagd, waarop vier van hen iets invulden. Het bleek om verschillende dingen te gaan: te laat vertrekken, onbekwaam personeel, een brancard die losschoot door 'lomp rijgedrag' en dat de cliënt naar het verkeerde ziekenhuis was gebracht.

Vervolgens is cliënten gevraagd of zij nog positieve punten konden noemen over het ambulancepersoneel (vraag 52). Ongeveer 80% van de respondenten antwoordde 'ja' en vulde een opmerking in. Veelgehoorde woorden zijn bijvoorbeeld 'prima', 'vriendelijk', 'behelpzaam', 'professioneel', 'zorgzaam', 'vriendelijk', 'attent', 'correct' en 'beleefd'.

Een derde vraag bij dit onderdeel was of men verder nog opmerkingen had (vraag 53). 26 cliënten hebben hier iets ingevuld, waarbij het voornamelijk om nog meer loftuitingen ging wat betreft het ambulancepersoneel. Enkelens plaatsten echter aandachtspunten. Zo vond een cliënt het hinderlijk dat de radio erg hard aanstond. Een ander vond dat de ambulance voorzichtiger over drempels moest rijden. Een derde cliënt gaf aan het niet prettig te vinden dat het ambulancepersoneel nog aanwezig was toen zij zich moest uitkleden voor radiotherapie.

Tot slot konden cliënten een waarderingcijfer geven aan het ambulancepersoneel, op een schaal van '0' (*heel erg slecht*) tot en met '10' (*uitstekend*) (vraag 54). Hieronder is in figuur 4.8 te zien hoe deze vraag beantwoord is. Wederom zijn er zeer positieve beoordelingen te zien; 36% van de cliënten gaf het ambulancepersoneel een 9 en 34% gaf een 10. Gemiddeld gaven de cliënten een 8,9. Slechts één procent van de vervoerde mensen gaf een onvoldoende. Dit waren slechts drie respondenten, die ook eerder bij vraag 51 een mogelijke fout of vergissing hadden gemeld.

Figuur 4.8 Algemeen oordeel ambulancepersoneel in %



(N=320)

4.7 Verbeterscores en koesterpunten

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

De verbeterscores zijn berekend door de gemiddelde belangscore van het kwaliteitsaspect te vermenigvuldigen met het percentage respondenten dat een negatieve ervaring had, en dit getal te delen door 100. Daarmee komt er een getal uit tussen de 0 en de 4. Hoe hoger het getal, des te meer verbetering is er mogelijk en waarschijnlijk ook nodig.

In tabel 4.5 staan de elf items met de hoogste verbeterscores: kwaliteitsaspecten die door patiënten zeer belangrijk worden gevonden en/of waar veel patiënten een negatieve ervaring mee hebben. Uit deze tabel wordt op basis van het percentage negatieve ervaringen duidelijk dat een aantal zaken voor verbetering vatbaar zijn. Vooral het informeren van de cliënt door het ambulancepersoneel, Bijvoorbeeld hoe lang de rit duurt, hoe men vervoerd wordt en wat er bij aankomst gaat gebeuren. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de hoogste verbeterscores te zien zijn bij punten die door cliënten van weinig belang worden geacht: hetzelfde ambulancepersoneel hebben bij heen- en terugrit, informatie over hoe men in de ambulance ligt en moeten wachten op een terugrit. Wanneer er wordt gekeken naar een combinatie van hoge belangscores en negatieve ervaringen, blijken de schuingedrukte punten in tabel 4.5 het meest om verbetering te vragen. Het gaat dan vooral over of de cliënt weet hoe laat hij/zij wordt opgehaald, of dit op tijd gebeurt en of men op tijd is voor de afspraak. Verder ook informatie van het ambulancepersoneel over wat er bij aankomst gaat gebeuren en wat ze met de cliënt deden.

Tabel 4.5 Top 11 verbeterscores planbare ambulancezorg

Nr* Vindt u het belangrijk dat...	N	gemiddelde belangscore	% negatieve ervaring	Verbeterscore
18. ... u op de heen- en de terugrit hetzelfde ambulancepersoneel heeft?	70	1,52	77,1	1,17
12. ... u wordt verteld hoelang de rit met de ambulance gaat duren?	269	2,16	51,3	1,11
22. ... het ambulancepersoneel u vertelt dat u achteruit rijdend in de ambulance vervoerd moet worden?	248	2,11	49,2	1,04
5. ... u weet hoe laat u wordt opgehaald door de ambulance?	312	2,99	28,2	0,84
47. ... het ambulancepersoneel vraagt of er iemand thuis aanwezig is?	58	3,11	25,9	0,80
19. ... u niet hoeft te wachten op een ambulance voor de terugrit?	63	2,46	27,0	0,66
21. ... het ambulancepersoneel u vertelt waarom u op een brancard vervoerd moet worden?	284	2,37	27,5	0,65
45. ... het ambulancepersoneel vertelt wat er bij aankomst gaat gebeuren?	192	3,02	11,5	0,35

- tabel 4.5 gaat verder -

- vervolg tabel 4.5 -

Nr*	Vindt u het belangrijk dat...	N	gemiddelde belang- score	% negatieve ervaring	Verbeter- score
8.	... u binnen de afgesproken tijdsperiode wordt opgehaald door de ambulance?	296	3,02	10,1	0,31
14.	... u op tijd bent voor uw afspraak in het ziekenhuis?	280	3,19	7,9	0,25
40.	... het ambulancepersoneel uitleg geeft over wat ze met u doen?	320	3,24	7,5	0,24

*Vraagnummer overeenkomstig met ervaringenlijst

Tabel 4.6 laat de tien items zien met weinig negatieve ervaringen, maar met (relatief) hoge belangsscores. Dit zijn de aspecten waar patiënten positief over zijn en die in hun ogen ook belangrijk zijn; dingen of processen om te koesteren door de ambulancevoorzieningen.

Deze tabel toont grote gelijkens met tabel 3.5, waarin de hoogste tien belangsscores werden getoond; de meeste punten die van belang zijn volgens cliënten, worden ook positief door hen ervaren. Dit is uiteraard een positief signaal richting de ambulancevoorzieningen en hun personeel. Samenwerking (onderling en bij overdracht) worden zeer positief ervaren, maar ook bejegening door het ambulancepersoneel (afscheid nemen, beleefdheid) en vakbekwaamheid komen duidelijk naar voren.

Tabel 4.6 Top 10 koesterpunten planbare ambulancezorg

Nr*	Vindt u het belangrijk dat...	N	gemiddelde belang- score	% negatieve ervaring	Verbeter- score
44.	... het ambulancepersoneel goed met elkaar samenwerkt?	299	3,37	0,3	0,01
38.	... het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk gaat?	309	3,56	1,3	0,05
50.	... het ambulancepersoneel afscheid neemt van u?	302	2,94	1,3	0,04
46.	... het ambulancepersoneel u goed overdraagt aan de zorgverleners?	299	3,44	1,3	0,05
49.	... het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afrondt?	59	3,26	1,7	0,06
48.	... het ambulancepersoneel weet dat ze u gerust thuis kunnen achterlaten als ze vertrekken?	57	3,27	1,8	0,06
31.	... het ambulancepersoneel beleefd is tegen u?	326	3,15	1,8	0,06
37.	... u vertrouwen heeft in het ambulancepersoneel?	319	3,47	1,9	0,07
39.	... het ambulancepersoneel zorgzaam is?	320	3,27	1,9	0,06
28.	... het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk maakt?	307	3,25	2,0	0,06

*Vraagnummer overeenkomstig met ervaringenlijst

4.8 Vergelijkingen ervaringen subgroepen

4.8.1 Ervaringen met ALS-ambulance en zorgambulance

Om de resultaten beter te kunnen duiden, is onderzocht of er verschillen in scores bestonden tussen cliënten, op basis van de volgende respondentkenmerken:

- Ervaren gezondheid (vraag 55)
- Opleidingsniveau (vraag 56)
- Leeftijd (vraag 57)
- Geslacht (vraag 58)
- Aantal maal vervoerd met de ambulance (vraag 3)
- Type ambulance (zorgambulance of ALS)²

Met multivariate lineaire regressieanalyse is nagegaan in hoeverre de bovenstaande kenmerken samenhangen met item- en schaalcores ($p < 0,05$). De volgende vragen en kwaliteitsschalen zijn onderzocht:

- Vragen 5, 7, 8 en 14 (Planning);
- Schaal Vervoer en vragen 23 t/m 25 en 28;
- Schaal Bejegening en vragen 31 t/m 34;
- Schaal Handelen en vragen 35 t/m 39, 44 en 46;
- Schaal Communicatie en vragen 40 t/m 43, 45 en 50
- Waarderingscijfer (vraag 54).

Voor een zeer gering aantal vragen (en voor geen van de schalen) werden verschillen gevonden in de scores tussen respondentgroepen. De vijf vragen waarvoor wel invloeden werden gevonden staan hieronder. In de voorgaande paragrafen is de inhoud van de overige vragen en schalen te vinden, maar ook in tabel 3.10 en in bijlage 5 (pilotversie vragenlijst).

- *Vraag 7: Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit?*

Oudere cliënten gaven vaker aan dat het moment van ophalen door de ambulance gelegen kwam. De gemiddelden fluctueren per leeftijdsgroep. Het laagst scoorde de groep 35 t/m 44 jaar (3,5). Bij de groepen 65 t/m 74 jaar en 75 t/m 84 jaar kwam het vrijwel altijd goed uit (gemiddeld 4,0).

- *Vraag 8: Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?*

- *Vraag 14: Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?*

Mensen die vaker met de ambulance zijn vervoerd gaven vaker aan dat de ambulance hen niet op tijd had opgehaald en/of dat zij niet op tijd in het ziekenhuis waren voor hun afspraak. Dit verschil neemt toe naarmate men vaker vervoerd is.

² Zoals in hoofdstuk 3 beschreven stond, zijn er aparte steekproeven aangeleverd door de RAV's van cliënten die vervoerd zijn met een ALS-ambulance en met een zorgambulance. Het is dan echter nog steeds mogelijk dat cliënten met beide typen ambulances besteld vervoer hebben gehad. Op basis van de laatste keer dat zij vervoerd zijn, zijn cliënten ingedeeld in de steekproeven.

- *Vraag 39: Was het ambulancepersoneel zorgzaam?*
Bij deze vraag werd een significant verschil gevonden tussen cliënten op basis van het type-ambulance waarmee zij vervoerd waren. De zorgambulance scoort iets hoger dan de ALS-ambulance (3,9 vs. 3,8). Dit kan mogelijk toegeschreven worden aan de andere aard van het vervoer en de functie en competenties van het personeel; op zorgambulances is meer aandacht voor psychisch welbevinden, terwijl in ALS-auto's vooral het medisch (soms levensreddend) handelen centraal staat.
- *Vraag 41: Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?*
Naarmate cliënten hoger opgeleid waren, gaven ze vaker aan dat het ambulancepersoneel dingen op begrijpelijke manier uitlegde. Dit loopt van 3,4 (geen opleiding), 3,7 (lager onderwijs of lbo) en 3,8 (mbo) naar 3,9 (havo of hoger). Hoewel de scores positief zijn voor al deze groepen, geeft dit aan dat informatie voor lager opgeleide cliënten minder vaak begrijpelijk is.

4.8.2 Waardering respondenten en non-respondenten

In paragraaf 3.3.2 is beschreven dat er enkele verschillen zijn tussen de cliënten die deel hebben genomen aan het onderzoek en degenen die dat niet hebben gedaan. Zo bleken met name de oudste cliënten minder vaak mee te doen en mannen vaker mee te doen dan vrouwen.

Mede door deze verschillen is het mogelijk dat de antwoorden van de deelnemers niet geheel representatief zijn voor de totale steekproef van cliënten. Een belangrijk aspect hiervan is dat de cliënten die niet deelnamen mogelijk andere ervaringen hebben met de ambulancezorg dan cliënten die de vragenlijst wel invulden. Voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten is het vooral van belang om te weten of de ervaringen van deze twee groepen structureel verschillen; zijn non-respondenten tevreden en vinden zij deelname daarom niet nodig? Of zijn ze juist ontevreden en willen ze daarom niet meedoen aan het onderzoek? Zulke hypothesen worden vaak geformuleerd, maar zelden getoetst.

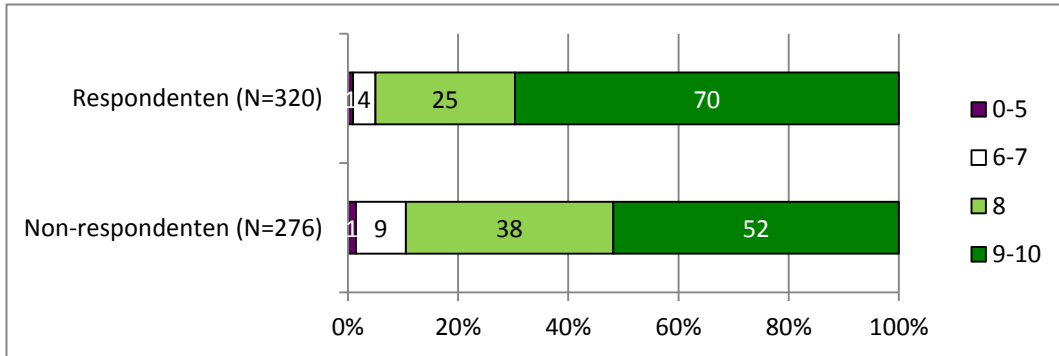
Hoewel we van een grote groep cliënten uit de steekproef geen enkele reactie hebben, hebben bijna 300 non-respondenten het antwoordkaartje teruggestuurd (met of zonder reden om niet mee te doen) en daarop een waarderingscijfer gegeven aan het ambulancepersoneel. Deze cijfers konden vergeleken worden met de waarderingscijfers uit de vragenlijst (vraag 54, zie boven). Hoewel dit een (zeer) grove manier is om verschillen te onderzoeken tussen de twee groepen, geeft het mogelijk een beeld van de verschillen in ervaring.

Er bleken significante verschillen te zijn tussen de twee groepen in het waarderingscijfer, zowel in de antwoordverdeling ($\chi^2(7)=26,08$ ($p=0,000$); Cramér's $V=0,21$) als in het gemiddelde ($p=0,001$). Respondenten gaven het ambulancepersoneel gemiddeld een 8,9, non-respondenten gemiddeld een 8,6. In figuur 4.9 staan de antwoordverdelingen weergegeven. Non-respondenten gaven relatief vaker een 7 of een 8 en minder vaak een 9 of een 10, vergeleken met respondenten. Het aandeel dat een onvoldoende geeft is echter gelijk tussen de twee groepen.

Kort samengevat blijkt dus dat ook non-respondenten het ambulancepersoneel positief

beoordelen, maar dat zij daarin duidelijk minder uitgesproken zijn dan respondenten. Dit zou kunnen betekenen dat er bij non-respondenten wellicht meer ruimte voor verbetering kan worden verwacht dan bij de deelnemers aan het huidige onderzoek.

Figuur 4.9 Vergelijking waarderingscijfers respondenten en non-respondenten



5 Aanpassing vragenlijst

Bij de analyses is gekeken naar de eigenschappen van de vragen, het belang dat door patiënten aan verschillende onderwerpen werd gehecht en naar de eventuele samenhang tussen vragen die eenzelfde onderwerp beslaan. In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe de statistische resultaten, gecombineerd met de overwegingen van de onderzoekers en de begeleidingscommissie, zijn verwerkt tot een definitieve versie van de CQI Planbare Ambulancezorg.

In de tabellen 5.1 tot en met 5.5 staan per onderdeel van de vragenlijst de bijbehorende items. Daarachter staan in de kolommen de methodologische selectiecriteria om vragen al dan niet op te nemen in de definitieve CQI Planbare Ambulancezorg. Deze criteria zijn deels in hoofdstuk 4 al aan bod gekomen en beschreven in het handboek voor CQI-ontwikkeling (Zorginstituut, 2014). De criteria vormden een hulpmiddel bij de selectie van vragen voor de module, maar waren niet doorslaggevend. De volgende selectiecriteria werden gehanteerd:

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

Het besluit van de begeleidingscommissie staat per vraag in de laatste kolom van de tabellen vermeld: handhaven (H), aangepast handhaven (A), verwijderen (V). Ook zijn er enkele items toegevoegd. Een toelichting op elk besluit wordt onder de tabellen gegeven. De definitieve CQI Planbare Ambulancezorg (versie 1.0), na doorvoering van deze aanpassingen, staat in bijlage 6.

5.1 Introductie

Tabel 5.1 Introductie

	N (geldig)	Scheefheid >90%	% missing	Inter-item correlatie >0,7	Belang	Schaalbaar	Perc. negatief	Verbeter	Besluit
1 Heeft u de afgelopen 12 maanden ambulancezorg op afspraak gehad?	306		7,3						H
2 Voor welke behandeling bent u met de ambulance vervoerd?	327		0,9						A
3 Hoe vaak bent u het afgelopen jaar vervoerd met de ambulance?	327		0,9						H

Vraag 1

Standaard om vast te stellen of iemand de vragenlijst terecht invult.

Vraag 2

Veel cliënten gebruikten de ‘anders, namelijk’-categorie. De onderzoekers bekijken welke antwoorden hier veel gegeven werden om extra antwoordcategorieën toe te voegen. Dat blijken niet veel grote groepen te zijn: alleen ‘onderzoek’ wordt relatief vaak genoemd. Deze is toegevoegd als antwoordcategorie, evenals ‘chemotherapie’, op initiatief van de commissie.

Verreweg de meeste deelnemers hebben hier echter geen behandeling genoemd, maar het soort vervoer: van huis naar ziekenhuis, of tussen ziekenhuizen bijvoorbeeld. Deze antwoorden horen eigenlijk thuis bij vraag 16. Door die vraag naar voren te halen, zullen cliënten vraag 2 waarschijnlijk beter begrijpen en beantwoorden.

Vraag 3

Geeft aanvullende informatie over de ‘ervaringsdeskundigheid’ van de cliënten. Op basis hiervan kan worden onderzocht of er verschillen zijn.

5.2 Planning en organisatie

Tabel 5.2 Planning

	N (geldig)	Scheefheid >90%	% missing	Inter-item correlatie >0,7	Belang	Schaalbaar	Perc. negatief	Verbeter	Besluit
4	302		8,5						V
5	312		5,5		2,99		28,2	0,84	H
6	87		1,1		2,99		5,8	0,17	H
7	314		4,8	vr49	2,57		4,1	0,11	V
8	296		10,3		3,02		10,1	0,31	H
9	26		13,3						V
10	30		0,0				76,7		V
11	28		6,7				14,3		?
12	269		18,5		2,16		51,3	1,11	V
13	279		15,5				2,9		V
14	280	X	15,2		3,19		7,9	0,25	H
15	11		50,0				36,4		V
16	307		7,0						H
17	124		13,9						V
18	70		22,2		1,52		77,1	1,17	V
19	63		30,0		2,46		27,0	0,66	V
20	65		27,8						V

Grijs gearceerde items worden verwijderd

Vraag 4

Biedt beperkte informatie.

Vragen 5 en 6

Ruim een kwart van de cliënten wist niet hoe laat zij opgehaald zouden worden. Hoewel de belangscore bij de bodem-10 hoort, is deze met gemiddeld 3,0 nog steeds 'belangrijk'. Voor de meeste cliënten die niet wisten hoe laat zij opgehaald moesten worden was dit geen groot probleem. Inhoudelijk vindt de commissie dit echter belangrijke informatie.

Vraag 7

Cliënten vonden dit aspect minder belangrijk en bijna alle cliënten waren hier positief over.

Vragen 8 en 11

Bij slechts 10% van de cliënten kwam de ambulance later of eerder dan afgesproken. De commissie vindt het echter wel een belangrijk onderwerp om cliënten naar te vragen. Vervolgens wordt met een vraag 11 nagegaan of het een probleem was voor cliënten.

Vragen 9 en 10

Bieden weinig bruikbare informatie naar het idee van de commissie.

Vragen 12 en 13

Cliënten vonden het niet heel erg belangrijk om te weten hoe lang de rit zou duren. Het is ook maar de helft van de cliënten verteld door het ambulancepersoneel. Bij slechts een zeer klein aantal cliënten duurde de rit langer dan verwacht. Aangezien er ook weinig op te sturen valt door de ambulances (bij B-ritten worden in principe geen bijzondere signalen gevoerd), vervallen deze vragen.

Vraag 14

Hoge belangscore, maar lage verbeterscore. Wel belangrijk om te handhaven.

Vraag 15

Bij zeer weinig cliënten kwam het voor dat men niet op tijd was voor een afspraak (vraag 14). Daarnaast konden veel van de cliënten om wie het ging niet aangeven of het ambulancepersoneel hier het ziekenhuis of de zorginstelling van op de hoogte had gesteld. Daarom verwijderen; niet informatief.

Vraag 16

Deze vraag biedt inzicht in de aard van het vervoer; enkele rit, retourrit, vanaf waar en met welke bestemming(en). Deze vraag werd gebruikt als selectievraag voor de vragen 17 t/m 20, maar aangezien die vervallen, kan deze vraag verplaatst naar het begin van de vragenlijst.

Vragen 17 t/m 20

Deze vragen zijn maar voor een kleine groep cliënten relevant. Vraag 17 wordt hiervoor

als selectievraag gebruikt. Hetzelfde ambulancepersoneel hebben op verschillende ritten vinden cliënten weinig belangrijk en deze vraag (18) kan worden verwijderd. De overige vragen (19 en 20) worden minder relevant geacht door de commissie.

5.3 Vervoer

Tabel 5.3 Vervoer

	N (geldig)	Scheefheid >90%	% missing	Inter-item correlatie >0,7	Belang	Schaalbaar	Perc. negatief	Verbeter	Besluit
21 Vertelde het ambulancepersoneel u waarom u op een brancard moest worden vervoerd?	284		13,9		2,37		27,5	0,65	V
22 Vertelde het ambulancepersoneel u dat u achteruit rijdend in de ambulance moest worden vervoerd?	248		24,8		2,11		49,2	1,04	V
23 Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?	321		2,7		3,06	S1	3,1	0,10	H
24 Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?	210		36,4		3,25	S1	4,3	0,14	H
25 Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)	198		40,0		3,15	S1	5,6	0,17	H
26 Had u eigen medische apparatuur die mee moest in de ambulance?	330		0,0						H/A
27 Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?	50	X	18,0		3,42		2,0	0,07	H
28 Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?	307	X	7,0		3,25	S1	2,0	0,06	H
29 Droeg u tijdens de rit een schoudergordel?	193		41,5				54,4		V
30 Heeft u nog opmerkingen over het vervoer met de ambulance?	322		2,4						H

Grijs gearceerde items worden verwijderd

Vragen 21 en 22

De wijze van vervoer was niet voor iedere cliënt duidelijk, zo bleek uit de interviews in

een eerder stadium. Er is gevraagd of het ambulancepersoneel informatie gaf over de brancard en de lighouding en dit is voor veel cliënten onbekend. Uit de belangscores bleek echter dat cliënten deze informatie niet erg belangrijk vinden. Om deze redenen vervallen deze vragen.

Vragen 23, 24 en 25

Deze vragen, die te maken hebben met het comfort van het vervoer, zijn opgenomen in een schaal. Echter, bijna 40% van de cliënten kruiste aan dat zij niet te maken hadden met pijn, duizeligheid of misselijkheid. De commissie acht deze vragen echter wel belangrijk om te handhaven.

Vragen 26 en 27

Slechts weinig cliënten gaven aan medische apparatuur mee te hebben in de ambulance. En als zij dat hadden, dan vond men vrijwel unaniem dat het personeel er goed mee om kon gaan. Aangezien dit onderwerp in de komende jaren mogelijk vaker aan de orde komt is besloten deze vragen te handhaven. Vanuit de begeleidingscommissie wordt aangegeven dat er met het vergrijzen van de bevolking en de toename van chronische ziekten steeds meer mensen eigen medische apparatuur (zullen) hebben. De antwoordcategorieën lijken de lading te dekken; er wordt amper andere eigen apparatuur vermeld; alleen eenmalig een insulinepomp.

Vraag 29

Dit was een vraag naar aanleiding van een recente beleidsverandering. Er zijn echter veel missende waarden; men weet het niet meer of vulde de vraag niet in. De vraag wordt verwijderd.

Vraag 30

Mensen konden specifieke opmerkingen plaatsen over het vervoer met de ambulance. Deze ruimte ziet de commissie graag behouden blijven.

5.4 Ervaringen met het ambulancepersoneel

Tabel 5.4 Ervaringen met het ambulancepersoneel

Ervaringen met personeel	N (geldig)	Scheefheid >90%	% missing	Inter-item correlatie >0,7	Belang	Schaalbaar	Perc. negatief	Verbeter	Besluit
31 Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	326	X	1,2	32, 33, 34, 35, 37, 38	3,15	S2	1,8	0,06	V
32 Nam het ambulancepersoneel u serieus?	322	X	2,4	31, 33, 34, 37, 38	3,36	S2	2,2	0,07	H
33 Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	322	X	2,4	31, 32, 34, 37, 38, 39	3,21	S2	2,5	0,08	H
34 Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	318	X	3,6	31, 32, 33, 37, 39	3,21	S2	2,2	0,07	V
35 Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	156	X	52,7	31, 42	3,01	S3	2,6	0,08	H
36 Stelde het ambulancepersoneel u gerust?	323		2,1	39	3,21	S3	5,0	0,16	V

- tabel 5.4 gaat verder -

- vervolg tabel 5.4 -

Ervaringen met personeel		N (geldig)	Scheefheid	% missing	Inter-item		Ervaringen	N (geldig)	Scheefheid >90%	% missing
37	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	319	X	3,3	31, 32, 33, 34, 38	3,47	S3	1,9	0,07	H
38	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	309	X	6,4	31, 32, 33, 37, 39, 46	3,56	S3	1,3	0,05	V
39	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	320		3,0	33, 34, 36, 38	3,27	S3	1,9	0,06	H
40	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	320		3,0		3,24	S4	7,5	0,24	H
41	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	318		3,6		3,27	S4	5,7	0,19	H
42	Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	234	X	29,1	35	3,30	S4	3,0	0,10	V
43	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	226		6,6		3,38	S4	2,7	0,09	A
44	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	299	X	9,4		3,37	S3	0,3	0,01	H
45	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	192		41,8		3,02	S4	11,5	0,35	H
46	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	299	X	9,4	38	3,44	S3	1,3	0,05	H
47	Vroeg het ambulancepersoneel of er thuis iemand aanwezig was?	58		82,4		3,11		25,9	0,80	H
48	Wist het ambulancepersoneel dat zij u gerust thuis achter konden laten toen zij vertrokken?	57	X	32,1		3,27		1,8	0,06	V
49	Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?	59	X	29,8	7	3,26		1,7	0,06	H
50	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	302	X	8,5		2,94	S4	1,3	0,04	H

Grijs gearceerde items worden verwijderd

Vragen 31 en 32

Vraag 31 wordt verwijderd en vraag 32 gehandhaafd; er is een te sterke samenhang met elkaar en met andere items. Vraag 32 wordt belangrijker gevonden en is ook een standaard CQI-vraag (vraag 31 is optioneel).

Vragen 33 en 34

Hiervoor geldt hetzelfde als voor vraag 31 en 32. Vraag 33 wordt gehandhaafd; net iets concreter, minder missende antwoorden, meer verbetering mogelijk. Deze verschillen blijven echter minimaal.

Vraag 35

Hoewel er veel missende antwoorden zijn (53%, vooral 'niet van toepassing') en het de laagste belangscore heeft van de schaal S3, wil de commissie deze vraag graag behouden. Het gaat om een specifiek onderwerp; aandacht voor de sociale omgeving.

Vraag 36

De commissie vindt 'geruststellen' dicht in de buurt komen van 'zorgzaam' (vraag 39). Daarnaast dekt het de lading van de ambulancezorg niet helemaal; is het wel altijd nodig? En, in het geval van ernstige problematiek, kan de cliënt dan überhaupt gerust worden gesteld?

Vragen 37 en 38

Verwijderen één van de twee; teveel samenhang met elkaar en met andere items. 'Vakbekwaam' kwam in CQI Spoedeisende Ambulancezorg niet voor en de commissie acht het voor cliënten erg moeilijk om te bepalen of het personeel vakbekwaam werkt. 'Vertrouwen' vindt men bovendien een sleutelbegrip en verdient mede daarom de voorkeur.

Vraag 39

Geen bijzonderheden

Nieuwe vragen

Tussen de huidige vragen 39 en 40 komen twee nieuwe vragen, die ook in de CQI Spoedeisende Ambulancezorg staan: 'Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?'. En zo ja, de vraag: 'Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?' Omdat er nog geen vragen over dit onderwerp in zaten, maar het wel belangrijk werd geacht, worden deze toegevoegd. Er is geopperd om specifiek te vragen naar het gebruik van apparatuur (zoals tilliften of glijmatten) bij de overplaatsing van de cliënten, maar de commissie acht dit te specifiek en moeilijk om te bepalen door cliënten.

Vraag 42

Deze vraag kan verwijderd worden, zie vraag 43.

Vraag 43

Vervangt vraag 42, met toevoeging van antwoordcategorie 'Niet van toepassing: ik heb geen vragen gesteld'.

Vraag 44

Onderdeel S3; geen bijzonderheden

Vraag 45

42% missende waarden; veel cliënten antwoordden 'niet van toepassing; het was niet nodig'. Men vindt dit onderwerp echter wel belangrijk. De categorie 'niet van toepassing' vervalt bij deze vraag en er wordt bij 'nee' een vervolgvraag gesteld:

Nieuwe vraag

'Was het een probleem voor de cliënt, indien het ambulancepersoneel niet had verteld wat er bij aankomst zou gebeuren?' Bij 'Groot probleem' kunnen cliënten ook toelichten wat precies een probleem was voor hen.

Vraag 46

Onderdeel van S3; staat ook in top 10 van belangscores.

Vraag 47

Groot aantal missende antwoorden is 'niet van toepassing'; mensen die niet naar huis zijn vervoerd. Voor de mensen om wie het gaat vindt de commissie het echter een belangrijke vraag.

Vraag 48

Wordt verwijderd omdat het een ingewikkelde vraag is. Hoewel er statistisch geen samenhang is met vraag 49 (correlatiecoëfficiënt -0,02, niet significant), vertonen ze wel overeenkomsten: de belangscores en percentage negatieve ervaringen zijn vrijwel gelijk.

Vraag 50

Onderdeel van S4, maar relatief lage belangscore. Wel een belangrijke afsluitende vraag, volgens de commissie.

5.5 Algemeen oordeel

Tabel 5.5 Algemeen oordeel

Algemeen oordeel		N (geldig)	Scheefheid >90%	% missing	Inter-item correlatie >0,7	Belang	Schaalbaar	Perc. negatief	Verbeter	Besluit
51	Heeft u het idee dat er vergissingen of fouten zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?	313	X	5,2				1,9		A
52	Heeft u positieve punten over het ambulancepersoneel?	299		9,4						A
53	Heeft u verder nog opmerkingen over het ambulancepersoneel?	308	X	6,7						A
54	Welk cijfer geeft u het ambulancepersoneel? Een 0 betekent: heel erg slecht.	320		3,0						H

Vragen 51 en 53

Vraag 51 en 53 kunnen aanknopingspunten geven voor verbetering, vraag 52 is prettig om complimenten te kunnen ontvangen. Voor beknoptheid en ook om het een meer positieve richting te geven, is besloten vragen 51 en 53 te combineren met de vraag 'Als u iets zou mogen veranderen aan de ambulancezorg, wat zou dat dan zijn?'

Vraag 52

De vraag wordt iets algemener: 'ambulancepersoneel' wordt 'ambulancezorg'

Vraag 54

Eindoordeel over ambulancepersoneel.

5.6 Gevolg aanpassingen vragenlijst voor kwaliteitsschalen

De aanpassingen in de vragenlijst hebben enkele gevolgen voor de kwaliteitsschalen die in hoofdstuk 4 zijn vastgesteld. De items bij de schaal Vervoer zijn alle gehandhaafd; hieraan verandert niets. Van de schalen Bejegening, Handelen en Communicatie zijn echter enkele vragen komen te vervallen.

De meest ingrijpende aanpassing is het verwijderen van de vragen 31 en 34. Hierdoor bevat de schaal Bejegening nog slechts twee vragen. Dit in tegenstelling tot de schaal Bejegening uit de CQI Spoedeisende Ambulancezorg, waarbij vraag 31 ('beleefd tegen u') wel in deze schaal is opgenomen. Hoewel kwaliteitsschalen volgens de vuistregel bij voorkeur toch minstens drie items bevatten, is het uit onze analyses duidelijk dat vraag 31 (of vraag 34) nauwelijks informatie toevoegt aan deze schaal; het verandert vrijwel niets aan de uitkomsten of aan de betrouwbaarheid van de schaal. Om deze reden is gekozen om de schaal Bejegening met twee items te handhaven. Tabel 5.6 geeft de aanpassingen van de schalen weer en de betrouwbaarheid die daaruit volgt. Hieruit valt op te maken dat de schalen alle drie betrouwbaar blijven.

Samenhang van de schalen

Vervolgens zijn wederom de correlaties tussen de vier gevormde schalen berekend met Pearson's correlatiecoëfficiënten, zoals eerder in hoofdstuk 4 beschreven (interfactorcorrelaties; tabel 3.11). De samenhang tussen de schalen bleek na de aanpassingen van de vragenlijst iets lager te zijn (tabel 5.7). Dit betekent dat de schalen minder overlap vertonen. Dit geldt ook voor de samenhang tussen de schalen Bejegening en het Handelen door het ambulancepersoneel, al is deze nog zeer hoog met 0,86 (eerder 0,89). Omwille van de consistentie met de CQI Spoedeisende Ambulancezorg worden deze schalen echter gehandhaafd.

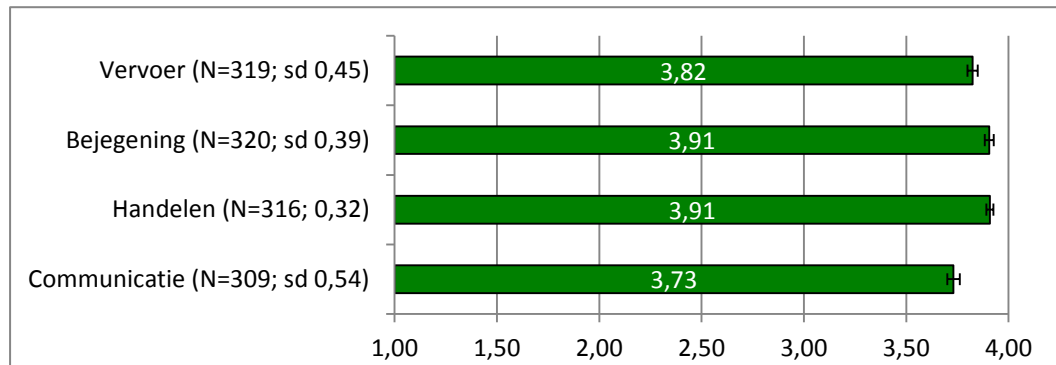
Tabel 5.7 Interafactorcorrelaties kwaliteitsschalen

	Vervoer	Bejegening	Handelen
Bejegening	0,65	-	-
Handelen	0,69	0,86	-
Communicatie	0,64	0,65	0,74

N=302-319. Alle correlaties $p < 0,0001$

Vergeleken met de resultaten in figuur 5.1 blijken er kleine veranderingen te zijn in de scores van de drie aangepaste kwaliteitsschalen ('Vervoer' is immers onveranderd). De gemiddelde score van de schaal 'Handelen' gaat iets omhoog (van 3,89 naar 3,91) en die van de schaal 'Communicatie' iets omlaag (van 3,75 naar 3,73). De spreiding in de scores wordt bij alle drie de aangepaste schalen iets groter.

Figuur 5.1 Kwaliteitsschalen CQI Planbare Ambulancezorg na aanpassing (versie 1.0)



Tabel 5.6 Overzicht factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse kwaliteitsschalen CQI Planbare Ambulancezorg

nr.		Vóór aanpassing (versie 0.5)			Na aanpassing (versie 1.0)		
		factorlading	ITC α if item deleted		factorlading	ITC	α if item deleted
<i>Schaal Bejegening (N=324, $\alpha=0,96$)</i>					<i>(N=320, $\alpha=0,94$)</i>		
31	Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?	0,95	0,94	0,94			
32	Nam het ambulancepersoneel u serieus?	0,96	0,96	0,94	0,97	-	-
33	Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?	0,96	0,96	0,94	0,97	-	-
34	Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?	0,91	0,92	0,96			
<i>Schaal Handelen (N=319, $\alpha=0,88$)</i>					<i>(N=316, $\alpha=0,83$)</i>		
35	Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)	0,76	0,78	0,88	0,77	0,83	0,83
36	Stelde het ambulancepersoneel u gerust?	0,82	0,85	0,87			
37	Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?	0,94	0,88	0,85	0,87	0,87	0,72
38	Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?	0,94	0,88	0,85			
39	Was het ambulancepersoneel zorgzaam?	0,82	0,86	0,86	0,78	0,86	0,79
44	Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?	0,70	0,65	0,89	0,72	0,71	0,83
46	Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?	0,67	0,79	0,87	0,69	0,84	0,78
<i>Schaal Communicatie (N=310, $\alpha=0,83$)</i>					<i>(N=309, $\alpha=0,84$)</i>		
40	Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?	0,82	0,86	0,77	0,85	0,88	0,76
41	Legde het ambulancepersoneel u dingen op een begrijpelijke manier uit?	0,79	0,86	0,77	0,77	0,86	0,77
42	Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?	0,52	0,65	0,84			
43	Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?	0,70	0,76	0,82	0,66	0,74	0,84
45	Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?	0,79	0,83	0,81	0,83	0,85	0,81
50	Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?	0,56	0,72	0,81	0,61	0,72	0,83

De schaal vervoer is ongewijzigd overgenomen van versie 0.5 naar 1.0

6 Samenvatting en discussie

Ambulancezorg Nederland heeft de afgelopen jaren ingezet op het meten en verbeteren van de kwaliteit van de ambulancezorg, waarbij ook ruime aandacht is voor het perspectief van patiënten en cliënten. In 2013 is reeds de CQI-vragenlijst Spoedeisende Ambulancezorg vastgesteld voor het meten van patiëntervaringen bij spoedeisende zorg. Er was echter ook behoefte aan het verkennen van de verwachtingen en ervaringen van cliënten die besteld vervoer hebben gehad.

Het huidige rapport beschrijft de ontwikkeling van de CQI-vragenlijst Planbare Ambulancezorg (ambulancezorg met een B-urgentie). Het onderzoek kende drie doelstellingen, zoals beschreven in hoofdstuk 1:

1. Het verkrijgen van inzicht in de kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van patiënten die met een B-urgentie door de RAV's worden vervoerd;
2. Het ontwikkelen en op kleine schaal uittesten van de CQI Planbare Ambulancezorg;
3. Het verkrijgen van (een eerste) inzicht in de concrete ervaringen van cliënten en eventuele knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van zorg- en dienstverlening bij ambulancezorg met een B-urgentie.

Middels bureauonderzoek en diepte-interviews met cliënten zijn kwaliteitsaspecten verzameld die vooral vanuit het perspectief van cliënten van belang zijn bij de kwaliteit van de planbare ambulancezorg. Deze kwaliteitsaspecten zijn vervat in een conceptvragenlijst, die is uitgezet onder de cliënten van twee RAV's (Utrecht en IJsselland). Op basis van deze meting zijn de ervaringen van cliënten in beeld gebracht, maar is ook de vragenlijst, de CQI Planbare Ambulancezorg, aangepast tot een definitieve versie.

6.1 Samenvatting ontwikkeltraject

6.1.1 *Kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van patiënten*

Aan de hand van diepte-interviews met cliënten en de CQI Spoedeisende Ambulancezorg zijn kwaliteitsaspecten verzameld die cliënten bij besteld ambulancevervoer belangrijk vinden bij het beoordelen van de zorg.

De onderwerpen uit de CQI Spoedeisende Ambulancezorg lagen aan de basis van de topiclijst die gebruikt is in de diepte-interviews met 16 cliënten van de twee deelnemende RAV's. Deze topiclijst is aangevuld met aspecten die specifiek voor de planbare ambulancezorg gelden, bijvoorbeeld het maken van een ophaalafpraak, op tijd komen voor een behandelaafpraak en het terugbrengen van de cliënt. De aspecten die door cliënten genoemd werden konden door de onderzoekers in de volgende thema's worden ingedeeld (elk voorzien van een voorbeeld):

- | | |
|--------------------------|---|
| 1) bejegening | (als volwaardig worden beschouwd) |
| 2) persoonlijke aandacht | (de situatie van de cliënt goed inschatten) |
| 3) geruststellen | (cliënt op gemak stellen) |
| 4) professionaliteit | (rust uitstralen) |

- 5) communicatie (duidelijk antwoord geven op vragen van de cliënt)
- 6) informatievoorziening (uitleg geven over wat het vervoer inhield)
- 7) samenwerking (ambulancepersoneel onderling)

Het is duidelijk dat deze zeven thema's veel overeenkomsten vertonen; sommige aspecten zijn onder meerdere categorieën te scharen. De meest genoemde onderwerpen in de interviews waren: de cliënt serieus nemen, de situatie goed inschatten (zowel vooraf als in de ambulance), eventueel geruststellen en vertellen wat er ging gebeuren.

6.1.2 Vragenlijstontwikkeling en kleinschalige test

Vanuit de onderwerpen die door cliënten zijn genoemd en de bestaande CQI Spoedeisende Ambulancezorg is een nieuwe conceptvragenlijst opgesteld. Hoewel er veel overlap is met de vragenlijst over spoedeisende ambulancezorg, verschilt de CQI Planbare Ambulancezorg duidelijk aan het begin en het einde van de vragenlijst; het maken van afspraken, het ophalen van de cliënt, afleveren van de cliënt en eventueel het terugbrengen. In overleg met de sector (AZN en RAV's) zijn er items toegevoegd die voor de beroepsgroep aanvullende informatie kon opleveren en die niet door cliënten zijn genoemd in de interviews. Aan deze ervaringsvragenlijst is vervolgens een belangenlijst toegevoegd. Daarin werd van (bijna) alle items in de vragenlijst gevraagd hoe belangrijk de cliënt het vindt. Dit gaf een indicatie van welke items vanuit het perspectief van cliënten echt van belang zijn en welke eventueel verwijderd konden worden.

Via twee rondes van in totaal 13 cognitieve interviews is bepaald of de vragenlijst in de optiek van cliënten compleet was, of de vragenlijst begrijpelijk was en of de antwoordcategorieën de ervaringen van de cliënten dekten. Waar nodig is de vragenlijst aangepast.

De conceptvragenlijst (bestaande uit ervaringen en belangvragen) is vervolgens toegestuurd aan 1.600 cliënten van de twee RAV's (800 per RAV). Cliënten konden de vragenlijst online of op papier invullen. Van ongeveer 10% van hen werd het meegestuurde antwoordkaartje teruggestuurd met de aanduiding dat de cliënt inmiddels was overleden. Ook gaf 10% via het antwoordkaartje aan dat zij niet mee wilden doen aan het onderzoek. Van meer dan de helft van de aangeschreven cliënten is geen enkele reactie ontvangen. Uiteindelijk konden de ingevulde vragenlijsten van 330 cliënten mee worden genomen in het onderzoek. Dit betekende een netto respons van 25%.

6.1.3 Ervaringen van cliënten met planbare ambulancezorg

De deelnemers bleken zeer positieve ervaringen te hebben met de planbare ambulancezorg. De persoonlijke aandacht, professionaliteit en rust van het ambulancepersoneel werden geroemd. Het ambulancepersoneel werd door de respondenten gewaardeerd met een gemiddeld cijfer van 8,9. Dat is ongeveer net zo hoog als de cliënten het ambulancepersoneel waardeerden bij spoedeisende zorg (9,0);

ook hier gaf 70% van de respondenten het ambulancepersoneel een 9 of een 10 (Krol, Sixma en Plass, 2013).

Er zijn vier kwaliteitsthema's vastgesteld, waarmee de ervaringen van cliënten op een aantal aspecten kunnen worden samengevat: vervoer, bejegening, handelen en communicatie. Wat betreft de eerste drie schalen lijkt het plafond bereikt; alle drie tonen ze zeer hoge gemiddelde scores, waardoor er vrijwel geen ruimte voor verbetering is. Dit is uiteraard een zeer positief resultaat voor de sector en de betrokken medewerkers. Hoewel ook de schaal 'communicatie' gemiddeld hoog scoort, lijkt hier wel enige verbetering mogelijk. Specifiek gaat het dan om vertellen wat er bij aankomst van de ambulance zou gaan gebeuren en het geven van begrijpelijke uitleg.

Er werden slechts enkele verschillen gevonden in de ervaringen van diverse cliëntengroepen, zoals in paragraaf 4.7.1 werd vermeld. Of het tijdstip van ophalen door de ambulance uitkwam hing deels af van de leeftijd van de patiënt. Het kwam ouderen vaak beter uit dan jongeren. Cliënten die vaker waren vervoerd gaven vaker aan dat een ambulance niet op tijd kwam en dat men niet op tijd was voor de afspraak in het ziekenhuis. Tot slot waren cliënten die met een zorgambulance vervoerd waren positiever over de zorgzaamheid van het ambulancepersoneel dan cliënten die met een ALS-ambulance vervoerd waren. Al deze verschillen zijn echter (zeer) klein.

In de belangenlijst bleek de bejegening door het ambulancepersoneel (serieus nemen, aandacht hebben) zeer hoog te scoren, evenals de samenwerking van het ambulancepersoneel onderling en in de overdracht naar andere zorgverleners. Informatie over hoe men vervoerd wordt (brancard, achterstevoren liggend) en of men bij een eventuele terugrit hetzelfde ambulancepersoneel heeft, worden het minst belangrijk gevonden. Dit laatste geeft mogelijk aan dat de meeste cliënten in het algemeen vertrouwen hebben in ambulancepersoneel en geen voorkeur hebben voor individuele zorgverleners op de ambulance in het bijzonder.

6.1.4 Vaststelling vragenlijst CQI Planbare Ambulancezorg

Op basis van de psychometrische analyses is in overleg met de begeleidingscommissie besloten om diverse vragen uit de conceptvragenlijst te schrappen. Dit ging veelal om vragen die sterk met elkaar samenhangen, zowel statistisch als inhoudelijk. Een paar vragen zijn aangepast en er zijn enkele vragen toegevoegd. Dit is in hoofdstuk 5 in detail beschreven. Uiteindelijk is er een beknopte vragenlijst, bestaande uit 41 vragen, vastgesteld voor het meten van patiëntervaringen met besteld ambulancevervoer.

6.2 Discussie

6.2.1 Aandachtspunten uitvoering onderzoek

Interviews

Voor de cognitieve interviews zijn hoofdzakelijk cliënten bezocht die ook aan de diepte-interviews hadden deelgenomen. Daarnaast zijn voor de werving voor cognitieve interviews cliënten benaderd die aan hadden gegeven deel te willen nemen aan een diepte-interview, maar waarbij dat niet gelukt was. Dit was een pragmatische oplossing,

aangezien er geen tijd was om opnieuw uitnodigingen te versturen voor deelname aan cognitieve interviews onder de cliënten van de twee RAV's. Het bleek echter een goede manier om een gemotiveerde groep cliënten optimaal te (blijven) betrekken bij het onderzoek.

Steekproeftrekking vragenlijst

Idealiter worden patiënten uitgenodigd voor deelname aan ervaringsonderzoek korte tijd nadat de zorg is verleend. Uiteraard geldt dit ook voor ambulancezorg. Dat dit tijdig moet gebeuren blijkt wel uit de ruim 150 cliënten (10% van de steekproef) die in de vijf maanden voorafgaand aan het onderzoek overleden waren. Evenals bij de vragenlijst over spoedeisende ambulancezorg maakt dit duidelijk hoe belangrijk het was om een passage hierover in de brief en op het antwoordkaartje op te nemen.

In CQI-onderzoek is het gebruikelijk om patiënten te includeren die tot 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek zorg hebben gehad. Dat lijkt voor deze sector erg lang. Om de cliënten eerder te bevragen is in dit project nagedacht over het meegeven van een brief door het ambulancepersoneel zelf. Op het moment dat 400 deelnemers per RAV hadden gerespondeerd (beoogde respons) zou worden gestopt met de dataverzameling. Afhankelijk van het aantal cliënten dat per week wordt vervoerd kan het met deze methode langer duren voor het benodigde aantal deelnemers is behaald. Hoewel de aantallen vervoerde cliënten zeer behoorlijk zijn per RAV, bleek bovenstaande methode na overleg met de projectgroep niet werkbaar en is gekozen voor de gebruikelijke methode: een steekproef van cliënten die maximaal vijf maanden voor aanvang van het onderzoek zorg hadden gehad.

6.2.2 Duiding resultaten

Schalen

Hoewel de analyses in eerste instantie in de richting wezen van twee kwaliteitsschalen over het handelen door het ambulancepersoneel, is er omwille van de hanteerbaarheid en interpreteerbaarheid gekozen om de vragen in te delen overeenkomstig met de kwaliteitsthema's uit de lijst over spoedeisende ambulancezorg. Dit bleek statistisch te passen en maakt vooral de inhoud van de schalen begrijpelijker. Hierdoor is desgewenst een vergelijking tussen de spoedeisende en de planbare ambulancezorg mogelijk.

Uitkomsten verschillen groepen

Zoals eerder aangegeven zijn er (kleine) verschillen gevonden tussen cliëntengroepen op een aantal vragen uit de vragenlijst. Cliënten die vaker waren behandeld hadden vaker te maken gehad met een ambulance die niet op tijd kwam en/of dat ze niet op tijd waren voor de afspraak in het ziekenhuis. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat als men vaker vervoerd is, er een grotere kans is dat er een keer iets mis is gegaan. Het is mogelijk dat deze ervaring mensen beter bij blijft dan wanneer alles volgens plan verloopt. Cliënten die met een zorgambulance vervoerd waren vonden het ambulancepersoneel zorgzamer dan cliënten die met een ALS-ambulance vervoerd waren. Dit kan te maken hebben met de andere organisatie van het bestelde vervoer en de competenties van het personeel op de zorgambulances. Zoals eerder vermeld speelt vooral verzorging en begeleiding hierbij een zeer grote rol. Ook hier moet echter

opgemerkt worden dat de ervaringen van cliënten met de zorgzaamheid van ALS-ambulancepersoneel ook zeer positief zijn.

6.2.3 Representativiteit en (non-)respons

Een belangrijk aspect van de zeggingskracht van vragenlijstonderzoek is de mate waarin de resultaten representatief zijn voor de populatie. Met andere woorden, zijn de mensen die deelnamen aan het onderzoek een afspiegeling van de volledige groep cliënten die besteld vervoer heeft gehad van deze twee RAV's? Vergeleken met de willekeurige steekproeven die de RAV's hebben getrokken, bleken relatief veel cliënten tussen de 55 en de 74 jaar mee te hebben gedaan aan dit onderzoek. In de leeftijdscategorieën van 75 jaar of ouder hebben relatief weinig cliënten deelgenomen. Verder vulden mannen de vragenlijst vaker in dan vrouwen.

Aangezien er op basis van de respondentkenmerken vrijwel geen verschillen werden gevonden in de ervaringen van cliënten, is deze vertekening qua leeftijd en geslacht mogelijk niet problematisch. Uit de gegevensverzameling kwam wel duidelijk naar voren hoe belangrijk het is om schriftelijke vragenlijsten te hanteren naast online vragenlijsten; 56% van de vragenlijst werd op papier ingevuld. Dit percentage neemt enigszins toe met de leeftijd van de respondent, maar ook bij de jongere cliënten is de papieren vragenlijst veel gebruikt. Mogelijk nodigt deze voor een groot deel van de cliënten toch meer uit tot deelname dan een brief met een inlogcode.

De respons op zichzelf geeft enige reden tot bezorgdheid. In diverse vragenlijstonderzoeken is het fenomeen van dalende responscijfers in de afgelopen jaren bekend. Mensen ontvangen veel post en e-mails met het verzoek om deel te nemen aan ervarings- of tevredenheidsonderzoek voor wat betreft hun gezondheidszorg, producten die zij (gekocht) hebben (energie, auto, telecom) en ander marktonderzoek. Men maakt een afweging waar wel of niet aan mee te doen. Op basis van onderzoek met CQI-vragenlijsten lijkt het erop dat mensen meer geneigd zijn mee te werken aan onderzoek dat gaat over een ingrijpend gezondheidsprobleem, zoals chronische ziekten of kanker (meting met de CQI Mammacare). De respons op de twee CQI-lijsten van de ambulancezorg zou dit ook kunnen weerspiegelen; de respons op de lijst over spoedeisende ambulancezorg was met 30% immers hoger dan de 25% op de lijst over planbare ambulancezorg. Er moet echter geconstateerd worden dat de respons over de gehele linie van patiëntervaringsvragenlijsten afneemt.

Mede om deze reden wilden we graag enig inzicht in de ervaringen van mensen die niet deelnamen, in vergelijking met respondenten. Hiertoe zijn de waarderingscijfers van (non)respondenten bekeken: van non-respondenten van het antwoordkaartje en van respondenten uit de vragenlijst. Hieruit bleek dat deze non-respondenten ook zeer positief oordeelden over het ambulancepersoneel, maar toch een fractie lager (8,6 vs. 8,9). Zij gaven echter niet vaker een onvoldoende. 300 non-respondenten (17% van de steekproef) hebben het antwoordkaartje met waarderingscijfer teruggestuurd. Tezamen met de respondenten betekent dit dat we het waarderingscijfer kennen van ongeveer 40% van de totale steekproef. Kortom, hieruit wordt niet helemaal duidelijk of de

ervaringen van mensen die niet deelnamen toch verschillen van de respondenten in dit onderzoek.

6.3 Implementatie en toekomst

6.3.1 Implementatie

Register Kwaliteitsinstituut

AZN is voornemens om zowel de CQI Spoedeisende Ambulancezorg als de CQI Planbare Ambulancezorg aan te melden voor het register van het Kwaliteitsinstituut (Zorginstituut, 2015). Hiertoe dienen voor beide vragenlijsten werkinstructies te worden opgesteld en aanbiedingsformulieren te worden ingevuld. De CQI Planbare Ambulancezorg moet daarvoor nog verder worden ontwikkeld.

Landelijke metingen

AZN heeft de intentie om met deze vragenlijsten periodiek landelijke metingen uit te (laten) voeren bij alle aangesloten RAV's ter maatschappelijke verantwoording, maar ook om mogelijkheden voor verbetering te kunnen signaleren. Wanneer een RAV op een bepaald vlak beter of minder goed scoort dan andere RAV's liggen daar mogelijk kansen om te leren en te verbeteren.

Gedacht wordt aan een landelijke meting eens in de drie jaar. Overigens staat het de RAV's vrij om in de tussentijd zelf met (delen van) de vragenlijsten aan de slag te gaan om de ervaringen van hun cliënten te peilen. Een soortgelijke constructie is er ook in de revalidatiesector.

Het overgrote deel van de cliënten van RAV's ontvangt ook zorg elders (bijvoorbeeld in een ziekenhuis of revalidatiecentrum). Om te voorkomen dat cliënten en patiënten in korte tijd een veelvoud aan uitnodigingen voor onderzoek toegestuurd krijgen, moet worden nagegaan of een landelijke meting gelijktijdig zou vallen met onderzoek in een andere sector. Uiteraard kunnen hier niet alle lokale initiatieven voor worden nagegaan, maar op branche- of sectorniveau is zulke afstemming waarschijnlijk wel mogelijk, mits ervoor gekozen wordt om een landelijke meting centraal gecoördineerd uit te voeren.

In ander recent CQI-onderzoek is er een alternatieve benadering gekozen en kreeg de patiënt het verzoek tot het invullen van de vragenlijst van de zorgverlener zelf, tijdens een consult (Zuizewind *et al.*, 2014). Dit leverde een hoge respons op. Ook in het huidige project is overwogen om het ambulancepersoneel aan cliënten een brief mee te geven met een uitnodiging tot deelname aan het onderzoek. Het voordeel in het geval van de ambulancesector is dat er binnen korte tijd veel contacten zijn, waardoor er zeer snel veel cliënten benaderd kunnen worden om mee te doen.

Er is echter ook een risico aan verbonden, namelijk de onafhankelijkheid van het onderzoek. Indien het ambulancepersoneel bepaalt aan wie een brief wordt meegegeven, is deelname mogelijk niet meer willekeurig. In het uiterste geval is het zelfs mogelijk dat ontevreden cliënten of cliënten bij wie iets is misgegaan in de zorgverlening niet uitgenodigd worden om deel te nemen. Ook zal het meegeven van een brief niet altijd mogelijk zijn, zeker in het geval van spoedeisende ambulancezorg.

Een ander nadeel is dat bij het meegeven van brieven aan cliënten er geen herinneringen gestuurd kunnen worden, als niet duidelijk is welke cliënt al heeft deelgenomen aan het onderzoek en welke niet. Dit betekent ook dat informatie van deelnemende cliënten niet kan worden vergeleken met de totale patiëntenpopulatie in de steekproef.

Voor de uitvoering van het onderzoek kan gewerkt worden met één centraal meetbureau, maar er kan ook overwogen worden om de RAV's zelf een (geaccrediteerd) meetbureau te laten selecteren waarmee zij in zee willen gaan. Een belangrijk punt hierbij is de financiering van de landelijke meting; mits dit door AZN wordt gedragen, kan één meetbureau de voorkeur hebben. Een voordeel daarvan is dat uniformiteit in de onderzoeksmethoden gewaarborgd is. Wanneer de RAV's zelf de bekostiging van de landelijke meting moeten opbrengen, kan het voor hen interessant zijn om te bekijken welk meetbureau het meest tegemoetkomt aan hun wensen en begroting. Uiteraard dienen de spelregels en werkwijzen rond een landelijke meting wel uniform te zijn, om vergelijkbaarheid van de resultaten tussen RAV's te waarborgen.

6.3.2 *Mogelijkheden aanvullend onderzoek*

De CQI Planbare Ambulancezorg is met gedegen onderzoeksmethoden tot stand gekomen met de medewerking van twee RAV's, hun cliënten en diverse professionals. Het is echter mogelijk dat bij landelijk gebruik punten naar voren komen die in dit onderzoekstraject niet aan de orde zijn gekomen. In dat geval dient te worden bekeken in hoeverre een aanpassing van de vragenlijst of de werkinstructies noodzakelijk is. Hierbij kunnen ook ontwikkelingen in de organisatie van de (planbare) ambulancezorg en de manier van werken een rol spelen.

Voor de toekomst kan nagedacht worden over een mogelijkheid om (wellicht op deelterreinen) kwaliteitsindicatoren afgeleid uit patiëntervaringen te koppelen aan meer objectieve kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op de structuur, het proces en de uitkomst van ambulancezorg. Hierbij kan aangesloten worden bij de ontwikkeling van indicatoren binnen de ambulancezorg (AZN en CBO, 2014).

Op basis van de resultaten van een toekomstige reguliere meting door AZN onder meer RAV's kan het onderscheidend vermogen van de CQI Planbare Ambulancezorg worden vastgesteld (fase 4 van een CQI-ontwikkeltraject).

6.3.3 *(Inter)nationale aandacht*

Zoals eerder in dit rapport is opgemerkt, blijkt er tot nog toe internationaal zeer weinig te zijn gepubliceerd over patiëntervaringen of patiënttevredenheid met ambulancezorg. In de wetenschappelijke literatuur is er op enkele specifieke artikelen na weinig te vinden (Johansson, Ekwall en Wihlborg, 2011). In het Verenigd Koninkrijk beschikken de verschillende ambulancevoorzieningen over eigen vragenlijsten, maar over gepland ambulancevervoer is ook hiervan weinig bekend. Dit beperkte aanbod is opvallend, gezien de sterke aandacht die er sinds de laatste decennia is voor het perspectief van

patiënten op de zorg. In vrijwel alle sectoren zijn vragenlijsten ontwikkeld voor patiënten om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. Hoewel gesteld kan worden dat de organisatie en uitvoering van ambulancezorg sterk verschilt van land tot land (AZN, 2010), geldt dit ook voor andere sectoren in de zorg waarvan wél (inter)nationaal onderzoek is gepubliceerd over patiëntervaringen (Bos et al., 2014). Er wordt internationaal nagedacht over algemeen geldende protocollen en kwaliteitsstandaarden, maar de ervaringen van patiënten komen hier vooralsnog niet in terug (WHO, 2008). Momenteel werken AZN en het NIVEL samen in een beknopt onderzoek naar de organisatie van ambulancezorg in diverse Europese landen. Daarin zal ook gevraagd worden naar eventueel onderzoek dat er in die landen plaatsvindt op het gebied van ervaringen en tevredenheid van patiënten. Wellicht geeft dit meer duidelijkheid over de positie van patiëntervaringsonderzoek in de ambulancezorg. Het presenteren van de twee CQI's over ambulancezorg, bijvoorbeeld in een internationaal wetenschappelijk tijdschrift, kan dit onderwerp duidelijker op de kaart zetten.

6.4 Tot slot

Met het beschikbaar komen van een vragenlijst over planbare ambulancezorg wordt het instrumentarium voor het meten van patiëntervaringen met de ambulancevoorziening nagenoeg compleet. Voor zowel spoedeisende als planbare ambulancezorg zijn gevalideerde patiëntvragenlijsten beschikbaar. Cliënten bleken in dit onderzoek zeer positief te zijn over besteld ambulancevervoer. En landelijk onderzoek zal duidelijk maken of dit voor alle RAV's geldt. Dit zal AZN en de RAV's nog meer aanknopingspunten voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief bieden.

Referenties

- Ambulancezorg Nederland (AZN). *Ambulance care in Europe*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2010.
- Ambulancezorg Nederland (AZN). *Uniform Begrippenkader Ambulancezorg*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2013b.
- Ambulancezorg Nederland (AZN). *Ambulances in-zicht 2012*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2014a.
- Ambulancezorg Nederland (AZN). *Kwaliteitskader zorgambulance 2014*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2014b.
- Ambulancezorg Nederland (AZN) & CBO. *Kwaliteitsindicatoren Ambulancezorg: Op weg naar meer inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg*. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2014.
- Bos N, Seccombe IJ, Sturms LM, Stellato R, Schrijvers AJP, Van Stel H. A comparison of the quality of care in accident and emergency departments in England and the Netherlands as experienced by patients. *Health Expectations* 2014 (epub ahead of print).
- Carey R, Seibert J. A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care*, 1993; 31:834-45
- Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality: incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 278 (19):1608-1612
- Delnoij DMJ, Ten Asbroek G, Arah OA, De Koning JS, Stam P, Vriens B, Schmidt P, Klazinga NS. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS®) into the Dutch social insurance system. *Eur J Pub Health*, 2006; 16:652-9
- Delnoij DMJ, Rademakers JJDJM, Groenewegen P. The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development. *BMC Health Serv Res*, 2010; 10:88
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Chronische beademing vereist betere afstemming*. IGZ, 2010.
- Johansson A, Ekwall A, Wihlborg J. Patient satisfaction with ambulance care services: Survey from two districts in southern Sweden. *Int Emerg Nurs*, 2011; 19:86-89.
- Krol M, Sixma H, Plass AM. *CQI Spoedeisende Ambulancezorg: actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen*. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Sixma H, Bloemendal E, Wagtendonk I van, Rademakers J. *CQ-index Ambulancezorg: ontwikkeling en psychometrische test*. Utrecht: NIVEL, 2010, 78 p.
- Willis GB, Lessler JT. *Question Appraisal System: QAS-99*. Rockville, MD: Research Triangle, Institute, 1999.

Willis GB. *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. Sage: Thousand Oaks, CA, 2005.

World Health Organization (WHO). *Emergency Medical Services Systems in the European Union*. Copenhagen: WHO, 2008.

Zorginstituut Nederland. *Handboek Ontwikkelen CQ-index*. Geraadpleegd december 2014 op: <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index/handboek+ontwikkelen+cq-index>. 2014.

Zorginstituut Nederland. Register. Geraadpleegd januari 2015 op: <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/register>. 2015.

Bijlage 1. Leden projectgroep en begeleidingscommissie

Projectleiding

Ambulancezorg Nederland
NIVEL

Mw. M. Hoogeveen
Mw. A.M. Plass

Projectuitvoering

NIVEL
NIVEL
NIVEL

Mw. A. Rozeboom
Dhr. M. Krol
Mw. N. Bos

Projectgroep

Ambulancezorg Nederland
RAVU
RAV IJsselland
NIVEL
NIVEL
NIVEL

Mw. M. Hoogeveen
Mw. C. Fledderus-Plaisier
Dhr. G. Berendschot
Mw. A. Rozeboom
Dhr. M. Krol
Mw. N. Bos

Begeleidingscommissie

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

Dhr. J. Barendregt
Dhr. J. Benedictus
Dhr. G. Berendschot
Dhr. R. Boersma
Mw. I. Bolt
Mw. C. Fledderus-Plaisier
Dhr. M. Gaytant

Mw. M. Hoogeveen
Mw. L. Romijn
Mw. T. Sandjer

Dhr. J. Smale
Mw. B. Vriens
Mw. C. van Weert
Dhr. E. Wiegman

Dhr. G. Wiggers

Bijlage 2. Topiclijst diepte-interviews inventarisatie kwaliteitsaspecten

Introductie

Het doel is om met elkaar te praten over wat goede ambulancezorg is, uw verwachtingen en ervaringen met de ambulancezorg en eventuele knelpunten waar u als patiënten mee te maken heeft gehad. De resultaten van de interviews worden gebruikt om een eerste versie van een vragenlijst op te stellen, waarmee de kwaliteit van de planbare ambulancezorg kan worden verbeterd. Het interview zal tussen de 15 en 20 minuten duren.

Uw deelname is anoniem; de RAV Utrecht/IJsselland heeft geen inzage in wie er deelnemen aan dit onderzoek en uw persoonlijke antwoorden worden niet met de medewerkers van de ambulancedienst gedeeld. U kunt dus vrijuit uw mening geven.

- Voorstellen en rol van de interviewer uitleggen.

Algemeen

1. Wat was de reden dat u met de ambulance werd vervoerd? (aard en ernst gebeurtenis)
2. Hoe vaak bent u in de afgelopen periode met de ambulance vervoerd? Wanneer?
3. Om wat voor vervoer ging het?
 - Heenreis
 - Terugreis
 - Van ziekenhuis naar ziekenhuis
 - Naar verpleeghuis?

Optioneel: Met welk type ambulance bent u vervoerd? (om te achterhalen of ze een betere ervaring hebben met zorgambulance en of personeel andere instelling heeft)

Planning

Ik wil het nu graag met u hebben over de planning van uw afspraken voor het vervoer met de ambulance.

1. Hoe was u op de hoogte dat er een afspraak was gemaakt? Hoe gaat dat?
2. Was de ambulance op tijd?
3. Indien de ambulance niet op tijd was, werd dat van tevoren naar u gecommuniceerd?
 - Hoe lang wachten
 - Wachten problematisch of niet
4. Werd er nog wat uitgelegd door het ambulancepersoneel op het moment dat u werd opgehaald?
 - Voorstellen door ambulancepersoneel

Tijdens de rit

▪ Bejegening

Nu wil ik het graag met u hebben over hoe u de rit met ambulance ervaren heeft.

1. Hoe heeft u de rit met de ambulance ervaren?

- *Comfort;*

Ervaarde u de rit als comfortabel?

- *Rijstijl*

Paste de manier van rijden bij uw situatie?

- *Houding ambulancepersoneel:*

Waren ze beleefd? Namden ze u serieus? Stelde het personeel u gerust?

- *Duur van de rit;*

Was u op de hoogte van hoelang de rit zou duren?

▪ Persoonlijke aandacht

Nu wil ik het graag met u hebben over wat u van het ambulancepersoneel vond.

1. Had het ambulancepersoneel persoonlijke aandacht voor u? Waaraan merkte u dat?

- *Luisteren*

Luisterde het personeel naar u?

- *Genoeg tijd*

Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?

- *Aandacht voor de ziekte*

Had het personeel aandacht voor uw ziekte?

- *Gelegenheid voor vragen*

Gaf het ambulancepersoneel u de gelegenheid om vragen te stellen?

- *Vragen beantwoorden*

Werden uw eventuele vragen beantwoord?

Afscheid

1. Hoe verliep het afscheid?

- Eventuele vervolgspraken (bijv. voor het ophalen)

- Ontvangst (goed) geregeld (en of ambulancepersoneel daarvan op de hoogte was)

- Hoe achter gelaten (alleen?)

Overige vragen

1. Wat waren uw verwachtingen van te voren van het ambulancevervoer en het personeel? - Zijn deze verwachtingen waar gemaakt? Beter of slechter dan verwacht?

2. Wat zijn positieve en negatieve punten?

Afsluiting & overige opmerkingen

1. We hebben nu een aantal aspecten behandeld in dit interview. Zijn er nog zaken die u graag kwijt wil die u van belang vindt voor dit onderzoek en die nog niet aan de orde zijn geweest?

2. Bent u bereid deel te nemen aan een cognitief interview in september, waarbij de opbouw van de vragenlijst wordt getest?

Bijlage 3. Kwaliteitsthema's diepte-interviews planbare ambulancezorg

In de persoonlijke interviews zijn aan de hand van de topiclijst diverse kwaliteitsthema's en aspecten naar voren gekomen. De kwaliteitsthema's waren:

- 1) Bejegening (3.1)
- 2) Persoonlijke aandacht (3.2)
- 3) Geruststellen (3.3)
- 4) Professionaliteit (3.4)
- 5) Communicatie (3.5)
- 6) Informatievoorziening (3.6)
- 7) Samenwerking (3.7)

De kwaliteitsthema's konden worden onderverdeeld in een aantal kwaliteitsaspecten. Hieronder volgt een overzicht van de aspecten per kwaliteitsthema, geïllustreerd met citaten en gespreksfragmenten. Er is sprake van enige overlap tussen de meeste kwaliteitsthema's.

B3.1. Bejegening

- a) Vriendelijk
- b) Respectvol worden behandeld
- c) Volwaardig worden behandeld

Een belangrijk en veelbesproken onderwerp in de interviews was de bejegening door het ambulancepersoneel. Binnen bejegening speelden vriendelijkheid, respectvol worden behandeld en volwaardig worden behandeld een rol. De cliënten vonden het prettig dat het ambulancepersoneel vriendelijk was en beleefd overkwam. Een voorbeeldvraag zoals opgenomen in versie 0.5 van de vragenlijst is "Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?"

- *"Het waren gewone jongens, laat ik het zo zeggen. Nee, maar gewoon dat is jij en ik. En zo ben ik dan hè: 'ja meneer', nee, niks 'meneer'. Dat hoeft niet. Laat maar gewoon jij en ik"*
- *"Nou, ze waren sowieso makkelijk te onderbreken in hun verhaal, ze lieten genoeg stiltes vallen en dat, ja, daar heb ik niet eens over nagedacht, dat het niet mogelijk was, het voelde... het was gewoon een prettige sfeer eigenlijk daarvoor denk ik, open dus"*
- *"Hele vriendelijke mensen, kan niet anders zeggen"*

B3.2 Persoonlijke aandacht

- a) Aandacht voor situatie van de patiënt
- b) Aandacht voor de naasten van de patiënt
- c) Fysiek / Comfort

- d) Informeren van de naasten
- e) Eventueel aandacht voor de pijn

Persoonlijke aandacht van het ambulancepersoneel aan de cliënten en omgeving speelt een belangrijke rol bij het ervaren van de ambulancezorg. De cliënten hadden allen een prettige ervaring met het ambulancepersoneel. Dit kwam doordat het personeel aandacht had voor de situatie van de patiënt maar ook voor (het informeren van) hun naasten. Daarnaast zorgde het ambulancepersoneel tijdens de rit ervoor dat de cliënt zich comfortabel voelde en was er aandacht voor pijn, als dat nodig was. Echter, niet iedereen had goede ervaringen met het comfort en de rijstijl van de ambulance. Sommigen gaven aan dat de ambulance niet comfortabel lag en geluid maakte tijdens de rit. Ook werden een aantal cliënten misselijk door wagenziekte. Dit gaf een vervelende ervaring.

Een aantal voorbeeldvragen zoals opgenomen in versie 0.5 van de vragenlijst zijn “Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?” en “Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?”

- *“Behoorlijk geschrokken dat ik dit heb. Maar hoe dan het personeel met je omgaat, ik vond dat heel correct.”*
- *“Ja. Ze hebben me gevraagd wat ik heb gehad. En ik heb verteld wat er met mij gebeurd was.”*
- *“Hij heeft constant me aandacht gegeven.”*
- *“En ook als je mekaar aankijkt en je zit met elkaar te praten, dan merk je al snel of de aandacht weggaat, dat de ogen zeg maar de andere kant opgaan, maar niks van gemerkt.”*
- *“En ondanks dat de zorg misschien maar heel klein was, maar toch de aandacht, de zorg die ik krijg van hun.”*
- *“Alleen moet ik zeggen zo’n ambulance, die wagen die piepte en kraakte en met remmen en nou, dat viel me wel tegen vind ik. Dan denk je zo’n ambulance lig je, maar het piepte en het kraakte.”*
- *“Positieve is dat ze met je meedenken ja met je meepraten en dan een beetje proberen uit te leggen.”*

B3.3 Geruststellen (kan ook vallen onder thema 3.4 Professionaliteit)

- a) Inschatten van de situatie
- b) Aanvoelen van de behoefte van de patiënt
- c) Op gemak stellen

Het geruststellen en aanvoelen van de patiënt is een veelgenoemd kwaliteitsaspect tijdens de interviews. Er was afleiding van de situatie van de patiënt als dat nodig was en de patiënt hoefde niet zelf aan te geven als geruststelling nodig was, dat voelde het ambulancepersoneel feilloos aan.

Dit gaf een prettige sfeer waarbij de cliënten zich op hun gemak voelden vanaf de aanvang van de ambulancezorg tot de overdracht. Een voorbeeldvraag uit versie 0.5 is “Stelde het ambulancepersoneel u gerust?”

- *“Nou, ze vulden alles in hoe ik me voelde, daar letten ze wel op hoor.”*
- *“Ze gingen wel onderzoeken of het nodig was dat je gerustgesteld wordt.”*
- *“Ja, inderdaad zo beleef je het dan, het ging zelfs niet over mij maar over hem. Dat was des te beter. Want je bent het zat om altijd bezig met jezelf te zijn.”*
- *“Maar voor de rest als ik niet op mijn gemak was dan moest ik het maar zeggen.”*
- *“Geruststellen en dan zorgen dat de rit niet zo lang duurt.”*
- *“Alles in een rustige sfeer.”*

B3.4 Professionaliteit

- a) Rust creëren / uitstralen
- b) Informele sfeer
- c) Ervaren
- d) Vakkundig en vakbekwaam
- e) Kennis en daar naar handelen in het vervoer
- f) Bewaren van afstand
- g) Vertrouwen

Een belangrijk kwaliteitsaspect is de professionaliteit van het ambulancepersoneel. De deelnemers vonden het prettig dat het ambulancepersoneel professioneel is en overkomt. Ze hebben vertrouwen in de zorg, de vakkundigheid en de kennis van het ambulancepersoneel. Professionaliteit is te zien in het uitstralen van rust, informele sfeer, vakkundigheid, kennis, het bewaren van afstand en vertrouwen. Voorbeeldvragen over professionaliteit uit vragenlijstversie 0.5 zijn “Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?” en “Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?”

- *“Je vertrouwt erop dat je in goede handen terechtkomt.”*
- *“Heel medelevend. Ook vragen wat er gebeurd was. Ook interesse in de zaak.”*
- *“En dat die mensen weten in ieder geval waar ze mee bezig zijn.”*
- *“Ze zorgden wel dat ik goed vastzat en dat werd allemaal goed gecontroleerd.”*
- *“Ik moest zo comfortabel mogelijk daar naar toe. Zo kwamen ze ook eigenlijk over.”*
- *“Professioneel afstandig.”*
- *“En ook zorgzaam. Met het opnemen van de bloeddruk en of u goed ligt en ook een beetje van ‘niet dat je in jezelf gekeerd ligt te wachten van wat gaat er allemaal gebeuren?’”*
- *“Je thuis laten voelen, ondanks dat het een ambulance is. Toch het goede gevoel.”*

B3.5 Communicatie

- a) Patiënt kan zijn verhaal kwijt
- b) Vragen stellen

Een ander belangrijk kwaliteitsaspect was de communicatie met de cliënt door het ambulancepersoneel. De cliënten vonden het aangenaam dat er een prettige sfeer hing

waarin de cliënt vrij zijn verhaal kon vertellen en vragen kon stellen, als daar behoefte aan was. Een voorbeeldvraag uit versie 0.5 van communicatie is: “Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?”

- *“Ja. Als ik wat te vragen gehad, dan deed ik dat ook wel.”*
- *“Je kon altijd vragen wat dat betreft, en gaven ze netjes antwoord op.”*
- *“Nou ja, als er iets is dan moet je het direct zeggen hoor. Dat vroegen ze wel. Dat was eigenlijk wel goed.”*
- *“Ik hoefde niks te doen. Ze deden alles. In de ziekenwagen tekst en uitleg gegeven: 'Is er wat, trek gelijk aan de bel? '. Iedere keer vroegen ze onderweg: 'hoe gaat het?' Ja goed.”*
- *“De manier waarop. Als je antwoorden geeft, dan was er rust en dan gelijk weer vragen en geven ze je het woord. Vragen over hoe zat dit en hoe zat dat?”*
- *“Ja. Ze hebben me gevraagd wat ik heb gehad. En ik heb verteld wat er met mij gebeurd was.”*

B3.6 Informatievoorziening

In het algemeen waren de deelnemers positief over de ambulance en zorg door het ambulancepersoneel, maar de deelnemers werden niet over alle aspecten van de ambulancezorg geïnformeerd.

a. Patiënt vindt continuïteit belangrijk

Verbeterpunten liggen bij de informatievoorziening over het type ambulancezorg dat de patiënt kan verwachten en dan met name als de patiënt meerdere ritten op een dag heeft, bijvoorbeeld wanneer hij twee overplaatsingen heeft tussen ziekenhuizen. Wanneer de patiënt bij meerdere ritten op één dag door hetzelfde ambulancepersoneel wordt vervoerd zorgt dit voor continuïteit. Een voorbeeldvraag uit versie 0.5 is: “Had u hetzelfde ambulancepersoneel op de heen- en de terugrit?”

b. Uitleggen wat er gaat gebeuren

Een patiënt wil zekerheid door te weten wat de ambulancedienst inhoudt. Niet elke deelnemer wist bijvoorbeeld dat vervoer per brancard plaatsvindt en dat de patiënt liggend wordt vervoerd. Ook achteruit vervoerd worden in de ambulance was voor de meesten nieuw en niet altijd een prettige ervaring. Vragen over deze informatievoorziening zijn dan ook opgenomen in versie 0.5 van de vragenlijst, zoals “Vertelde het ambulancepersoneel u waarom u op een brancard moest worden vervoerd?”

- *“Heel vreemd vond ik dat je naar achter kijkt, dat is een raar gevoel, maar er was nog nooit iemand ziek van geworden dus. Dat was een beetje vreemd dat je er achterste voren inzit.”*

c. Informeren over de wachttijd en de terugweg

De meeste cliënten vonden het wachten op de ambulance geen probleem, omdat ze in de juiste handen waren in het ziekenhuis (bij een overplaatsing) en het geen spoedrit betrof, maar over de wachttijd werden de meesten niet geïnformeerd en de cliënten geven aan het prettig te vinden om te weten waar ze aan toe zijn. De informatievoorziening over de wachttijd kan worden verbeterd. Een voorbeeld uit de vragenlijst versie 0.5: “Wist u dat de ambulance eerder of later kwam dan afgesproken?”

- *“En dat duurde vrij lang vond ik. Ik geloof dat ik twee uur moest wachten. Ze hadden gezegd de ambulance zou om 13 uur komen en die kwam pas om 14 uur, 14.30 uur.”*

d. Informeren van naasten (zie ook 2d)

De meeste cliënten informeerden zelf hun naaste over de ophaal/brengtijd van de ambulance en vonden dit geen probleem. Echter, het werd door de naasten gewaardeerd als ze hierover waren ingelicht door het ziekenhuispersoneel. Wanneer de naaste aanwezig is als de cliënt wordt opgehaald wordt het prettig gevonden dat de naasten ook weten wat ze kunnen verwachten. Een voorbeeldvraag uit versie 0.5 is: “Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)”

- *“Toen kreeg ik een telefoontje tegen een uur of vier ‘uw man gaat nu weer met de ambulance terug.’ Dat was keurig geregeld.”*

e. Informeren over de soort rit (zie 3.2.b)

- *“Dat werd meer uitgelegd ook over wat ze eigenlijk aan het invoeren waren.”*
- *“Ook de uitleg van de auto zelf, ook de ambulance zelf.”*
- *“We zijn te laat, maar ik bel gelijk met [plaatsnaam ziekenhuis], met een assistent van de opname, dat we te laat zijn en dat we eraan komen.”*

B3.7 Samenwerking

a. Teamwork

De samenwerking tussen de ambulanceverpleegkundige en de chauffeur is een genoemd kwaliteitsaspect tijdens de interviews. Er werd aangegeven dat er goed werd gecommuniceerd tussen het ambulancepersoneel en dat er goed met elkaar werd omgegaan.

Een voorbeeldvraag uit versie 0.5 is: “Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?”

- *“Ze werkten goed samen. Als er een infuus moest worden aangelegd vroeg ze aan de chauffeur of hij voorzichtiger wilde rijden.”*
- *“Toen zijn we langs huis gegaan en onderweg hebben ze jou heel goed in de gaten gehouden en ik hoor nu nog wat die broeder zei bij die rotonde van: ‘Doe kalm*

aan' zei die tegen die chauffeur. 'Want die rotondes kan hij niet verwerken' zei die ene broeder die naast jou zat tegen de chauffeur.'

b. Overdracht

Het is lastig in te schatten voor de cliënt of de overdracht daadwerkelijk volgens vastgestelde normen goed is afgerond, maar zij kan wel een beeld hebben gevormd van de overdracht. De meesten gaven daarbij aan dat de overdracht in het ziekenhuis bij een overplaatsing goed is gegaan en dat er netjes afscheid van hen is genomen door het geven van een hand en het wensen van sterkte. Bij de meeste gevallen was er geen sprake van een vervolgspraak. Wanneer de cliënt naar de thuissituatie werd gebracht is de overdracht volgens de cliënt naar tevredenheid afgerond, doordat bijvoorbeeld de cliënt netjes weer in bed werd gelegd.

Voorbeeldvragen uit versie 0.5 van overdracht zijn: "Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?" en "Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?"

- *"Dus er wordt mapje meegegeven met jouw patiëntgegevens en wordt er verteld wat er precies aan de hand is."*
- *"Ze overleggen dat met de plaatselijke mensen daar, waar moet hij heen, welke kamer moet hij heen?"*
- *"In het ziekenhuis, ja hoor dat krijg je allemaal mee. Dat moest wel hè, en hier moest alles geregeld zijn, met thuiszorg."*

Bijlage 4. Cognitieve interviews

In de eerste twee fasen van het CQI-ontwikkeltraject is er een conceptversie van de CQI Planbare Ambulancezorg opgesteld. In de tweede fase is de conceptversie van de CQI Planbare Ambulancezorg door middel van cognitieve interviews getest bij mensen die in het voorjaar van 2014 planbare ambulancezorg ontvingen.

Cognitieve interviews bestaan uit twee onderzoeksmethoden: ‘think aloud’ en ‘verbal probing’. Bij de ‘think aloud’ methode wordt aan de respondent gevraagd om hardop denkend de vragenlijst in te vullen. De ‘verbal probing’ methode wordt toegepast om vervolgens het denkproces van de respondent beter te kunnen begrijpen. Zo kunnen aanvullende vragen worden gesteld over de door de respondent gemaakte antwoordkeuze, maar ook kan aan de respondent gevraagd worden welke aspecten eventueel ontbreken in de vragenlijst. Het doel van de cognitieve interviews is om de vragenlijst te evalueren op basis van begrijpelijkheid, invulbaarheid en volledigheid. De uitkomsten van de cognitieve testfase worden gebruikt om de vragenlijst te verbeteren en gereed te maken voor de meting.

Alle vragen waarbij deelnemers problemen aangaven, of waarbij de interviewer problemen observeerde, zijn gecodeerd als ‘probleemvraag’ en geclassificeerd in een specifieke probleemcode volgens het classificatieschema van Willis (1999; 2005).

Tabel B.1. Classificatieschema probleemvragen (Willis en Lessler, 1999; Willis, 2005)

Code	Cluster	Subcategorieën	Omschrijving
A	Duidelijkheid	Formulering, technische term, vaag, gebrek aan referentieperiode	Problemen met de interpretatie of betekenis van een vraag
B	Kennis	Kennis, herinnering, berekening	Niet in staat zijn vraag te beantwoorden door ontbrekende kennis, moeite met herinnering of berekening
C	Assumpties	Onjuiste assumpties, onderliggende logica	Problemen met assumpties of onderliggende logica
D	Antwoord-categorieën	Ontbrekend, mismatch vraag–antwoord, vaag, open vraag, overlap, onlogische volgorde	Problemen met de antwoordcategorieën,
E	Gevoelig	Sensitieve inhoud (algemeen), sensitieve formulering (specifiek), sociaal acceptabel	Sensitieve/kwetsende inhoud of niet neutrale bewoording
F	Instructies	-	Problemen met instructies en/of uitleg
G	Opmaak	-	Problemen met de opmaak of volgorde van de vragen
X	Overig	-	Problemen die niet in de bovenstaande categorieën konden worden geplaatst

B4.1 Resultaten eerste interviewronde en aanpassingen

De cognitieve testfase bestond uit twee interviewrondes met respectievelijk zes en zeven deelnemers, waarbij de vragenlijst tussentijds werd aangepast en vervolgens opnieuw werd uitgetest.

Code A: Duidelijkheid

Bij een aantal vragen waren er problemen met de interpretatie van de vragen.

De cliënten vonden het lastig om hun eigen situatie te omschrijven. De vraag “Wat was de reden dat u met de ambulance bent vervoerd?” werd onduidelijk gevonden door de cliënten die een overplaatsing hebben gehad, omdat ze dat tevens hebben ingevuld bij de vraag “Wat voor vervoer heeft u gehad?” De vraag werd aangepast tot “Voor welke behandeling bent u in het ziekenhuis geweest?”, zodat overlapping wordt voorkomen.

Daarnaast was de antwoordoptie “een poliklinisch bezoek” lastig om te interpreteren, deze is veranderd in “een operatie”.

De vraag “Bent u door hetzelfde ambulancepersoneel gehaald en gebracht?” werd verkeerd geïnterpreteerd en gaf onduidelijkheid, doordat men aangaf “ik ben door dezelfde mensen van mijn kamer gehaald en na de rit naar mijn nieuwe kamer gebracht”. Om te verduidelijken dat deze vraag wordt gesteld in het geval van meerdere ritten is de vraag aangepast naar “Had u hetzelfde ambulancepersoneel op de heen- en de terugrit?” Ook is er een extra vraag toegevoegd, namelijk “Bent u op dezelfde dag heen- en teruggebracht?” zodat duidelijk is dat het hebben van hetzelfde ambulancepersoneel geldig is voor meerdere ritten op één dag.

Code B: Kennis

Bij een aantal vragen hadden de deelnemers niet meer de kennis om de situatie te kunnen herinneren, zoals het informeren van de cliënt door het ambulancepersoneel dat hij op een brancard en liggen werd vervoerd in de ambulance. Bij deze vraag is de antwoordoptie “weet ik niet meer” toegevoegd. Dit gold ook voor vragen over de omgang met medische apparatuur door het ambulancepersoneel en het vertrouwen in het ambulancepersoneel, omdat het lastig te beoordelen is volgens de cliënt.

Code C: Assumpties

Een aantal vragen gaven problemen met invullen, omdat de cliënt assumpties heeft bij het ambulancevervoer. Zo was de vraag “Kon u meebeslissen wanneer u werd opgehaald met de ambulance?” volgens de cliënt niet van toepassing, omdat de planning van de ambulance of het ziekenhuispersoneel bepaald wanneer de cliënt wordt opgehaald.

De vraag “Wist u hoelang de rit ging duren?” wordt niet belangrijk gevonden door de cliënten omdat de meesten zelf weten hoelang de rit duren en het niet nodig achten dat het ambulancepersoneel hen daarover informeert. Beide vragen zijn voorgelegd aan de werkgroep, waarbij de vraag “Kon u meebeslissen wanneer u werd opgehaald met de ambulance?” na de tweede ronde is aangepast naar “ Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit?”

De vraag over de duur van de rit is behouden gebleven en aangepast naar “Is u verteld hoelang de rit met de ambulance zou gaan duren?”, omdat informatievoorziening door het ambulancepersoneel een verbeterpunt blijft.

Een aantal vragen over bejegening en persoonlijke aandacht werden dubbelop gevonden door de cliënten. Deze vragen zijn behouden om de pilotmeting af te wachten.

Code D: Antwoordcategorieën

Bij een aantal vragen is de optie “weet ik niet (meer)” toegevoegd, zie cluster kennis. Daarnaast ontbrak de antwoordcategorie “anders namelijk” bij de vraag “Werd er tijdens de rit medische apparatuur gebruikt?”, deze is toegevoegd.

De antwoordcategorieën van de vraag “Vroeg het ambulancepersoneel of er ondersteuning of mantelzorg thuis aanwezig was?” zijn ter verduidelijking gewijzigd naar “nee”, “ja”, “weet ik niet (meer)” en “niet van toepassing: ik ben niet naar huis gebracht”.

Code E: Cluster Gevoelig

Deze code was tijdens de eerste ronde van de cognitieve interviews niet van toepassing.

Code F: Instructies

De vraag “Hoe vaak bent u in het afgelopen jaar vervoerd met de ambulance?” gaf onduidelijkheid omdat in de formulering niet duidelijk was welke frequentie meerdere ritten op dezelfde dag heeft. Daarom is in de toelichting van de vraag de volgende tekst toegevoegd: “Wanneer u heen en terug bent vervoerd met de ambulance op dezelfde dag kunt u dit als twee keer tellen”.

Bij de inleiding van het kopje “zorg door het ambulancepersoneel” is toegevoegd dat het gaat om ervaring met het ambulancepersoneel voor tijdens en na de rit, omdat niet voor elke cliënt duidelijk was om welk tijdsbestek de vragen gingen. Ook is toegevoegd dat met het ambulancepersoneel de chauffeur en verpleegkundige wordt bedoeld.

Code G: Opmaak

Er is een aanpassing geweest in de volgorde van de vragenlijst. Doordat de vragen over “informatievoorziening” werden gesteld na “omgang met medische apparatuur”, gaf dit problemen met de interpretatie van de vragen over informatievoorziening. De meeste cliënten gaven namelijk aan dat er tijdens de rit geen medische apparatuur werd gebruikt en interpreteren daarna de vragen over informatievoorziening als informatievoorziening over medische apparatuur. Dit gaf verwarring.

Daarom is de omgang met medische apparatuur verplaatst naar het kopje “vervoer”.

Ook de vraag “Wat was de reden dat u met de ambulance bent vervoerd?” is verplaatst, zodat de volgorde van aanvang tot overdracht van ambulancevervoer duidelijker is.

Code X: Overig

Er waren verder geen problemen met het invullen van de vragenlijst.

B4.2 Resultaten tweede interviewronde en aanpassingen

In de tweede interviewronde werd specifiek aandacht geschonken aan de vragen die zijn aangepast. In het algemeen hebben de meeste aanpassingen tot meer duidelijkheid geleid en waren er minder problemen met het invullen van de vragenlijst.

Desondanks ondervonden een aantal cliënten problemen met het invullen van een matrix vraag. Bij deze vraag werd alleen de eerste vraag gelezen en werden de daarna gestelde vragen niet ingevuld, doordat men erover heen las. Daarom is de weergave in de vorm van een matrix gewijzigd in het stellen van losse vragen.

De vraag "Voor welke behandeling bent u in het ziekenhuis geweest?" blijft een moeilijke vraag om in te vullen. Daarnaast worden de vragen "Kon u meebeslissen over wanneer u werd opgehaald door de ambulance?" en "Wist u hoelang de rit zou duren?" minder belangrijk gevonden door de cliënten. Deze vragen zijn behouden gebleven en door het stellen van belangvragen achterhaald hoe belangrijk de cliënten deze aspecten daadwerkelijk vinden.

Bij de vraag "Werd er tijdens de rit medische apparatuur gebruikt?" is een antwoordoptie "een bloeddrukmeter" toegevoegd. Daarnaast is de antwoordoptie "mijn eigen beademing" gewijzigd in "mijn eigen chronische beademingsapparatuur".

De vraag "Had het ambulancepersoneel aandacht voor degene die u begeleidde?" is lastig te interpreteren, omdat 'begeleidde' kan worden geïnterpreteerd als begeleider van de ambulance (ofwel de verpleegkundige). Andere suggesties zijn "Had het ambulancepersoneel aandacht voor degene die met u meeding?", maar dit gaf problemen omdat bij sommige cliënten iemand wel meeding maar achter de ambulance aanreed en niet in de ambulance zelf plaatsnam.

De suggestie "Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die aanwezig waren (familie/vrienden/omstanders)?" is afkomstig uit de CQI Spoedeisende Ambulancezorg. Na intern overleg en overleg met de projectgroep is besloten voor de formulering "Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/ familie/ vrienden)"

Bijlage 5. Pilotversie CQI Planbare Ambulancezorg (ervaringen en belang)



CQ-index Planbare Ambulancezorg

versie 0.5
Oktober 2014

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

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

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met ambulancezorg op afspraak. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15-20 minuten.

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

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

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

INVULINSTRUCTIE

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

INLEIDING

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met ambulancezorg op afspraak. De vragenlijst gaat **NIET** over spoedeisende ambulancezorg. Als u meerdere keren met de ambulance op afspraak bent vervoerd, kunt u uw ervaringen over de laatste rit invullen.

1. **Heeft u de afgelopen 12 maanden ambulancezorg op afspraak gehad?**
- Ja
 - Nee → **Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp? Een postzegel is niet nodig.**

2. **Voor welke behandeling bent u met de ambulance vervoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Operatie
- Dialyse
- Dotteren
- Radiotherapie
- Revalidatie
- Controle
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

3. **Hoe vaak bent u het afgelopen jaar vervoerd met de ambulance? Wanneer u heen en terug bent vervoerd met de ambulance op dezelfde dag kunt u dit als twee keer tellen.**

- Eén keer
- Twee tot vijf keer
- Vijf tot tien keer
- Meer dan tien keer
- Weet ik niet (meer)

PLANNING

De vragen 4 t/m 20 gaan over uw ervaringen met de planning van het ambulancevervoer.

Als u meerdere keren met de ambulance op afspraak bent vervoerd, kunt u uw ervaringen over de laatste rit invullen.

4. **Wie maakte de afspraak met de ambulance?**

- De huisarts-assistent(e) of de huisarts
- De thuiszorgverpleegkundige
- Het ziekenhuispersoneel
- Het ambulancepersoneel
- Weet ik niet (meer)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

5. **Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance?**

- Nee
- Ja → **Ga door naar vraag 7**
- Weet ik niet (meer) → **Ga door naar vraag 7**

6. **Vond u het een probleem dat u niet wist wanneer u zou worden opgehaald?**

- Geen probleem
- Klein probleem
- Groot probleem, omdat:

(a.u.b. in blokletters)

7. **Kwam het moment waarop u werd opgehaald door de ambulance u goed uit?**

- Ja
- Nee, omdat:

(a.u.b. in blokletters)

8. **Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?**

- Nee
- Ja → **Ga door naar vraag 12**
- Weet ik niet (meer) → **Ga door naar vraag 12**

9. **Kwam de ambulance eerder of later dan afgesproken?**

- Meer dan een uur eerder
- Een half uur tot een uur eerder
- Binnen een half uur eerder
- Binnen een half uur later
- Een half uur tot een uur later
- Meer dan een uur later
- Weet ik niet (meer)

10. **Wist u dat de ambulance eerder of later kwam dan afgesproken?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

11. **Was het een probleem dat de ambulance eerder of later dan afgesproken kwam?**

- Geen probleem
- Klein probleem
- Groot probleem, omdat:

(a.u.b. in blokletters)

12. **Is u verteld hoelang de rit met de ambulance zou gaan duren?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

13. **Hoelang heeft de rit met de ambulance geduurd?**

- Korter dan verwacht
- Net zolang als verwacht
- Langer dan verwacht
- Weet ik niet (meer)

14. **Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?**

- Nee
- Ja → **Ga door naar vraag 16**
- Niet van toepassing: ik ben naar huis gebracht → **Ga door naar vraag 16**

15. **Heeft het ambulancepersoneel aan het ziekenhuis doorgegeven dat u later op uw afspraak kwam?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

16. **Wat voor vervoer heeft u gehad? (a.u.b. één antwoord aankruisen)**

- Van huis naar het ziekenhuis of zorginstelling en terug
- Van huis naar het ziekenhuis of zorginstelling → **Ga door naar vraag 21**
- Van het ziekenhuis of zorginstelling naar huis → **Ga door naar vraag 21**
- Van het ziekenhuis of zorginstelling naar een ander ziekenhuis of zorginstelling (overplaatsing) → **Ga door naar vraag 21**
- Van het ziekenhuis of zorginstelling naar een ander ziekenhuis of zorginstelling en terug
- Weet ik niet (meer)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

17. **Bent u op dezelfde dag heen- en teruggebracht met de ambulance?**

- Nee → **Ga door naar vraag 21**
- Ja

18. **Had u hetzelfde ambulancepersoneel op de heen- en de terugrit?**

- Nee
- Ja

19. **Moest u voor de terugrit wachten op een ambulance?**

- Nee
- Ja, korter dan een half uur
- Ja, een halfuur tot een uur
- Ja, meer dan een uur
- Weet ik niet (meer)

20. **Wist u dat de ambulance (tussentijds) weggeroepen kon worden?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

VERVOER

De vragen 21 t/m 30 gaan over het vervoer met de ambulance.

21. **Vertelde het ambulancepersoneel u waarom u op een brancard moest worden vervoerd?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

22. **Vertelde het ambulancepersoneel u dat u achteruit rijdend in de ambulance moest worden vervoerd?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

23. **Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?**

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

24. **Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?**

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

25. **Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing: ik had geen ongemakken

26. **Had u eigen apparatuur die mee moest in de ambulance? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Nee → **Ga door naar vraag 28**
- Ja, een infuus
- Ja, een hartmonitor
- Ja, een morfinepomp
- Ja, een voedingssonde
- Ja, ademhalingsondersteuning (beademingsapparaat)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

27. **Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

28. **Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?**

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

29. **Droeg u tijdens de rit een schoudergordel?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

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

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

De vragen 31 t/m 54 gaan over uw ervaringen met het ambulancepersoneel voor, tijdens en na de rit. Met het ambulancepersoneel wordt de chauffeur en de verpleegkundige bedoeld.

31. Was het ambulancepersoneel beleefd tegen u?

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

32. Nam het ambulancepersoneel u serieus?

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

33. Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?

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

34. Had het ambulancepersoneel aandacht voor u?

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

35. Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing: ik was alleen

36. Stelde het ambulancepersoneel u gerust?

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

37. Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?

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

38. Ging het ambulancepersoneel vakbekwaam te werk?

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

39. Was het ambulancepersoneel zorgzaam?

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

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

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

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

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

42. Kon u vragen stellen aan het ambulancepersoneel?

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing: ik heb geen vragen gesteld → *Ga door naar vraag 44*

43. Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?

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

44. **Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?**

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

45. **Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?**

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

46. **Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?**

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik ben naar huis gebracht

47. **Vroeg het ambulancepersoneel of er thuis iemand aanwezig was?**

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik ben niet naar huis gebracht → **Ga door naar vraag 50**

48. **Wist het ambulancepersoneel dat zij u gerust thuis achter konden laten toen zij vertrokken?**

- Ja
- Nee, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

49. **Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?**

- Ja
- Nee, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

50. **Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?**

- Nee
- Ja, min of meer
- Ja, zeker
- Weet ik niet (meer)

ALGEMEEN OORDEEL

51. **Heeft u het idee dat er vergissingen of fouten zijn gemaakt door het ambulancepersoneel?**

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

52. **Heeft u positieve punten over het ambulancepersoneel?**

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

53. **Heeft u verder nog opmerkingen over het ambulancepersoneel?**

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

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

OVER UZELF

De vragen 55 t/m 61 gaan over uzelf (de patiënt).

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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

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

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

(a.u.b. in blokletters)

57. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 t/m 84 jaar
- 85 jaar of ouder

58. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

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

- Nee → **Ga door naar vraag 61**
- Ja

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

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden aangekruist
- Heeft de vragen voor me beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

(a.u.b. in blokletters)



Belangenlijst CQ-index Planbare Ambulancezorg

Hieronder staan vragen over de ambulancezorg op afspraak. We willen graag weten wat u belangrijk vindt bij deze zorg. Wilt u bij elke zin het vakje aankruisen dat het beste bij úw mening past? Ook als u geen ervaring hebt met bepaalde zorg, dan willen we toch graag van u weten hoe belangrijk u deze zorg vindt.

Planning

De volgende vragen gaan over wat u belangrijk vindt in de planning van de ambulancezorg op afspraak.

<i>Vindt u het belangrijk dat...</i>	<i>niet belangrijk</i>	<i>een beetje belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg belangrijk</i>
...u weet hoe laat u wordt opgehaald door de ambulance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...het moment waarop u wordt opgehaald u goed uitkomt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u binnen de afgesproken tijdsperiode wordt opgehaald door de ambulance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u wordt verteld hoelang de rit met de ambulance gaat duren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u op tijd bent voor uw afspraak in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u op de heen- en de terugrit hetzelfde ambulancepersoneel heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u niet hoeft te wachten op een ambulance voor de terugrit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vervoer

We willen graag weten wat u belangrijk vindt bij het vervoer met de ambulance.

<i>Vindt u het belangrijk dat...</i>	<i>niet belangrijk</i>	<i>een beetje belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg belangrijk</i>
...het ambulancepersoneel u vertelt waarom u op een brancard vervoerd moet worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...het ambulancepersoneel u vertelt dat u achteruit rijdend in de ambulance vervoerd moet worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie past?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...het ambulancepersoneel aandacht heeft voor uw pijn tijdens de rit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...het ambulancepersoneel aandacht heeft voor andere ongemakken tijdens de rit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om kan gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk maakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zorg van het ambulancepersoneel

De volgende vragen gaan over de zorg door het ambulancepersoneel.

<i>Vindt u het belangrijk dat het ambulancepersoneel...</i>	<i>niet belangrijk</i>	<i>een beetje belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg belangrijk</i>
...beleefd is tegen u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u serieus neemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...genoeg tijd heeft voor u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...aandacht heeft voor u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...aandacht heeft voor mensen die bij u zijn? (partner/familie/vrienden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u gerust stelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vakbekwaam te werk gaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zorgzaam is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...uitleg geeft over wat ze met u doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u dingen op een begrijpelijke manier uitlegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...goed met elkaar samenwerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vertelt wat er bij aankomst gaat gebeuren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...afscheid neemt van u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Vindt u het belangrijk dat...</i>	<i>niet belangrijk</i>	<i>een beetje belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg belangrijk</i>
...u vertrouwen heeft in het ambulancepersoneel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...u vragen kan stellen aan het ambulancepersoneel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...het ambulancepersoneel duidelijk antwoord geeft op uw vragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bij vervoer naar ziekenhuis of zorginstelling*Vindt u het belangrijk dat het ambulancepersoneel:*

<i>niet</i>	<i>een beetje</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg</i>
<i>belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>		<i>belangrijk</i>

...u goed overdraagt aan de zorgverleners?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bij vervoer naar huis*Vindt u het belangrijk dat het ambulancepersoneel:*

<i>niet</i>	<i>een beetje</i>	<i>belangrijk</i>	<i>heel erg</i>
<i>belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>		<i>belangrijk</i>

...vraagt of er iemand thuis aanwezig is?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

...weet dat ze u gerust thuis kunnen achterlaten als ze vertrekken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

...de zorg bij u thuis goed afrondt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

***Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde envelop.
Een postzegel is niet nodig.***

Bijlage 6. Definitieve versie CQI Planbare Ambulancezorg



CQ-index Planbare Ambulancezorg

versie 1.0
Februari 2015

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

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

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met ambulancezorg op afspraak. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15-20 minuten.

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

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

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

INVULINSTRUCTIE

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

INLEIDING

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met ambulancezorg op afspraak. De vragenlijst gaat **NIET** over spoedeisende ambulancezorg. Als u meerdere keren met de ambulance op afspraak bent vervoerd, kunt u uw ervaringen over de laatste rit invullen.

1. Heeft u de afgelopen 12 maanden ambulancezorg op afspraak gehad?

- Ja
- Nee → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing. Wilt u zo vriendelijk zijn de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp? Een postzegel is niet nodig.*

2. Wat voor vervoer heeft u gehad? (a.u.b. één antwoord aankruisen)

- Van huis naar het ziekenhuis of zorginstelling en terug
- Van huis naar het ziekenhuis of zorginstelling
- Van het ziekenhuis of zorginstelling naar huis
- Van het ziekenhuis of zorginstelling naar een ander ziekenhuis of zorginstelling (overplaatsing)
- Van het ziekenhuis of zorginstelling naar een ander ziekenhuis of zorginstelling en terug
- Weet ik niet (meer)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

2. Voor welke behandeling bent u met de ambulance vervoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Operatie
- Dialyse
- Dotteren
- Radiotherapie
- Chemotherapie
- Revalidatie
- Controle
- Onderzoek
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

4. Hoe vaak bent u het afgelopen jaar vervoerd met de ambulance? Wanneer u heen en terug bent vervoerd met de ambulance op dezelfde dag kunt u dit als twee keer tellen.

- Eén keer
- Twee tot vijf keer
- Vijf tot tien keer
- Meer dan tien keer
- Weet ik niet (meer)

PLANNING

De vragen 5 t/m 9 gaan over uw ervaringen met de planning van het ambulancevervoer. Als u meerdere keren met de ambulance op afspraak bent vervoerd, kunt u uw ervaringen over de laatste rit invullen.

5. Wist u hoe laat u zou worden opgehaald door de ambulance?

- Nee
- Ja → **Ga door naar vraag 7**
- Weet ik niet (meer) → **Ga door naar vraag 7**

6. Vond u het een probleem dat u niet wist wanneer u zou worden opgehaald?

- Geen probleem
- Klein probleem
- Groot probleem, omdat:

(a.u.b. in blokletters)

7. Werd u binnen de afgesproken tijdsperiode opgehaald door de ambulance?

- Nee
- Ja → **Ga door naar vraag 9**
- Weet ik niet (meer) → **Ga door naar vraag 9**

8. Was het een probleem dat de ambulance eerder of later dan afgesproken kwam?

- Geen probleem
- Klein probleem
- Groot probleem, omdat:

(a.u.b. in blokletters)

9. Was u op tijd voor uw afspraak in het ziekenhuis?

- Nee
- Ja
- Niet van toepassing: ik ben naar huis gebracht

VERVOER

De vragen 10 t/m 16 gaan over het vervoer met de ambulance.

10. Paste de rijstijl van de ambulancechauffeur bij uw situatie?

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

11. Had het ambulancepersoneel aandacht voor uw pijn tijdens de rit?

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

12. Had het ambulancepersoneel aandacht voor andere ongemakken tijdens de rit? (bijvoorbeeld misselijkheid, duizeligheid)

- Nee, helemaal niet
- Een beetje
- Grotendeels
- Ja, helemaal
- Niet van toepassing: ik had geen ongemakken

13. Had u eigen apparatuur die mee moest in de ambulance? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee → Ga door naar vraag 15
- Ja, een infuus
- Ja, een hartmonitor
- Ja, een morfinepomp
- Ja, een voedingssonde
- Ja, ademhalingsondersteuning (beademingsapparaat)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

14. Kon het ambulancepersoneel met uw medische apparatuur om gaan?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

15. Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?

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

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

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

De vragen 17 t/m 32 gaan over uw ervaringen met het ambulancepersoneel voor, tijdens en na de rit. Met het ambulancepersoneel wordt de chauffeur en de verpleegkundige bedoeld.

17. Nam het ambulancepersoneel u serieus?

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

18. **Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
19. **Had het ambulancepersoneel aandacht voor mensen die bij u waren? (partner/familie/vrienden)**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
 - Niet van toepassing: ik was alleen
20. **Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
 - Weet ik niet (meer)
21. **Was het ambulancepersoneel zorgzaam?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
22. **Gaf het ambulancepersoneel uitleg over wat ze met u deden?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
23. **Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
 - Niet van toepassing: ik heb geen vragen gesteld
24. **Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
 - Weet ik niet (meer)
25. **Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?**
- Nee → *ga door naar vraag 27*
 - Ja
26. **Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
 - Weet ik niet (meer)
27. **Vertelde het ambulancepersoneel wat er bij aankomst zou gebeuren?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels → *ga door naar vraag 29*
 - Ja, helemaal → *ga door naar vraag 29*
 - Weet ik niet (meer) → *ga door naar vraag 29*
28. **Was het een probleem dat het ambulancepersoneel niet (helemaal) had verteld wat er bij aankomst zou gebeuren?**
- Geen probleem
 - Klein probleem
 - Groot probleem, omdat:
-
- (a.u.b. in blokletters)*
29. **Vond u dat het ambulancepersoneel u goed overdroeg aan de zorgverleners?**
- Nee, helemaal niet
 - Een beetje
 - Grotendeels
 - Ja, helemaal
 - Weet ik niet (meer)
 - Niet van toepassing: ik ben naar huis gebracht

30. Vroeg het ambulancepersoneel of er thuis iemand aanwezig was?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)
- Niet van toepassing: ik ben niet naar huis gebracht → **Ga door naar vraag 32**

31. Heeft het ambulancepersoneel de zorg bij u thuis goed afgerond?

- Ja
- Nee, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

32. Nam het ambulancepersoneel afscheid van u?

- Nee
- Ja, min of meer
- Ja, zeker
- Weet ik niet (meer)

ALGEMEEN OORDEEL

33. Als u iets zou mogen veranderen aan de ambulancezorg, wat zou dat dan zijn?

(a.u.b. in blokletters)

34. Heeft u positieve punten over de ambulancezorg?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

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

OVER UZELF

De vragen 36 t/m 41 gaan over uzelf (de patiënt).

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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

37. Wat is uw leeftijd?

- 18 t/m 24 jaar
- 25 t/m 34 jaar
- 35 t/m 44 jaar
- 45 t/m 54 jaar
- 55 t/m 64 jaar
- 65 t/m 74 jaar
- 75 t/m 84 jaar
- 85 jaar of ouder

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

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

(a.u.b. in blokletters)

39. Bent u een man of een vrouw?

- Man
- Vrouw

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

- Nee → *Einde vragenlijst*
- Ja

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

- Heeft de vragen voorgelezen
- Heeft mijn antwoorden aangekruist
- Heeft de vragen voor me beantwoord
- Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

**HARTELIJK DANK VOOR HET
INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST**
*Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b.
terug in de bijgevoegde envelop. Een
postzegel is niet nodig.*