
Tevredenheidsonderzoek Eerste Hulp Geen Vervoer

Een onderzoek naar de patiënttevredenheid bij een Eerste Hulp Geen Vervoer consult van een Verpleegkundig Specialist binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord.



Sandrine Smole (579009) en Marije van der Wielen (583390)

Datum van voltooiing	17 juni 2019
Opleiding	Bachelor Medische Hulpverlening
Instelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Opdrachtgever	Dhr. Risco van Vliet
Docentbegeleider	Dhr. Gert Bouman
Examinator	Mevr. Alette Wilting
Projectnummer	1819_K&I3_03

Colofon

Opdrachtgever	RAV Brabant Midden-West-Noord Dhr. Risco van Vliet, MSc Verpleegkundig Specialist RAV Brabant MWN r.vliet@ravbrabantmwn.nl
Onderzoeker(s)	Sandrine Smole Marije van der Wielen sandrine@smole.info marijevanderwielen@hotmail.com
Docentbegeleider	Dhr. Gert Bouman Docent HBO Verpleegkunde & Bachelor Medische Hulpverlening Gert.Bouman@han.nl
Examinator	Mevr. Alette Wilting Docent Bachelor Medische Hulpverlening, MPA Alette.Wilting@han.nl
Opleiding	Bachelor Medische Hulpverlening
Studiejaar	2018 – 2019
Onderwijseenheid	Kwaliteit & Innovatie jaar 3 (K&I 3)
Onderwijsinstelling	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6525 EN Nijmegen

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Tevredenheidsonderzoek Eerste Hulp Geen Vervoer', een onderzoek naar de patiënttevredenheid bij een Eerste Hulp Geen Vervoer consult van een Verpleegkundig Specialist binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord. Deze scriptie is geschreven in het kader van de onderwijseenheid Kwaliteit en Innovatie 3 van de opleiding Bachelor Medische Hulpverlening aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de RAV Brabant Midden-West-Noord, vertegenwoordigd door Dhr. R. van Vliet. Deze scriptie is tot stand gekomen in de periode februari 2019 tot en met juni 2019.

In samenwerking met de opdrachtgever en onze docentbegeleider dhr. G. Bouman is een interessante vraagstelling geformuleerd. Na kwantitatief onderzoek te hebben uitgevoerd, hebben wij de onderzoeksvraag kunnen beantwoorden en is de doelstelling behaald. Tijdens dit onderzoek stonden onze begeleiders, dhr. Van Vliet en dhr. Bouman, altijd open voor het geven van feedback en het beantwoorden van onze vragen.

Wij zouden dan ook graag onze opdrachtgever en docentbegeleider willen bedanken voor hun betrokkenheid bij ons onderzoek en de prettige samenwerking. Daarnaast willen wij de respondenten bedanken voor hun bijdrage aan ons onderzoek. Zonder hun inbreng hadden wij dit onderzoek niet kunnen afronden.

Tot slot willen wij onze collega-onderzoekers binnen de onderwijseenheid Kwaliteit en Innovatie 3 bedanken voor de fijne samenwerking. Met hen hebben wij over verschillende onderwerpen kunnen sparren ter verbetering van de kwaliteit van onze scriptie.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Marije van der Wielen en Sandrine Smole

Nijmegen, 17 juni 2019

Samenvatting

Inleiding: Bij Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV) inzetten van een ambulance wordt zo nodig zorg verleend aan een patiënt. Vervolgens wordt ter plekke besloten om de patiënt niet te vervoeren naar de spoedeisende hulp (SEH), vanwege bijvoorbeeld een gebrek aan urgentie. In 2017 betrof 21% van alle ambulanceritten EHGV-inzetten (Ambulancezorg Nederland, z.d.-b). Uit onderzoek bleek dat een medisch opgeleide professional op de ambulance minder vaak patiënten vervoerd naar de SEH in vergelijking met ambulanceverpleegkundigen (AVP's) (Bloemhoff et al., 2016). Dit is wenselijk, omdat het vervoeren van een patiënt naar het ziekenhuis zeer ingrijpend is. Daarnaast raken de SEH's steeds voller.

Sinds 1 januari 2019 loopt binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord (MWN) een project genaamd 'Verpleegkundig Specialist op straat' (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 13 februari 2019). Hierbij wordt de Verpleegkundig Specialist (VS) solistisch als een Rapid Responder ingezet. Zo hoeven minder patiënten naar het ziekenhuis vervoerd te worden. Er is echter nog niets bekend over de patiënttevredenheid van de inzet van de VS binnen de ambulancezorg.

Dit onderzoek heeft dan ook als vraagstelling: *'Wat is de mate van tevredenheid van patiënten die een consult hebben gekregen van een Verpleegkundig Specialist tijdens een Eerste Hulp Geen Vervoer inzet binnen de RAV Brabant MWN?'.* Bij deze vraagstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld: 'Wat is een geschikt instrument om de patiënttevredenheid te meten binnen de ambulancezorg Nederland?', 'Welke factoren beïnvloeden patiënttevredenheid binnen deze vorm van ambulancezorg en wat is de ervaring van patiënten met deze vorm van ambulancezorg?' en 'Hoe tevreden zijn patiënten over de zelfzorginstructies en met name het vangnetadvies?'. De doelstelling van dit onderzoek was om voor juni 2019 de tevredenheid van patiënten die een consult van een VS hebben gekregen tijdens een EHGV-rit binnen de RAV Brabant MWN in kaart te brengen.

Methode: Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Literatuuronderzoek is verricht voor het vinden van een geschikt instrument, waarbij de vragenlijst van de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg is geselecteerd. Uit het literatuuronderzoek bleek welke aspecten de meeste invloed hebben op patiënttevredenheid. Deze luiden: 'wachtijd', 'houding/attitude', 'emotionele steun', 'vakinhoudelijk handelen' en 'effectieve communicatie'. De vragenlijst is aangepast om deze aspecten beter te belichten, inzicht te krijgen in patiënttevredenheid binnen EHGV-inzetten en specifiek over de zelfzorginstructies en het vangnetadvies. Hierbij is ruimte gegeven aan de respondenten voor het geven van toelichtingen. De vragenlijst is telefonisch afgenomen.

Resultaten: De onderzoeksgegevens zijn verkregen in de periode 8 april tot en met 18 mei. Het aantal respondenten bestond uit 34 patiënten. De vragen zijn verdeeld onder de vijf eerdergenoemde aspecten en onder het aspect 'overig'. De respondenten waren tevreden over alle vijf aspecten en het cijfer 9 was de mediaan bij het geven van een cijfer aan de hulpverlener. Daarnaast had de houding/attitude van de hulpverlener volgens de respondenten de belangrijkste positieve invloed op patiënttevredenheid. Een gebrek aan effectieve communicatie was de meest bepalende negatieve factor.

Conclusie: Als antwoord op de onderzoeksvraag kan gesteld worden dat patiënten die een consult hebben gekregen van een VS tijdens een EHGV-inzet binnen de RAV Brabant MWN zeer tevreden waren.

Ook is gebleken dat van deze aspecten vooral houding/attitude in positieve zin en effectieve communicatie in negatieve zin het meest bepalend zijn voor patiënttevredenheid. De respondenten gaven daarnaast aan deze vorm van ambulancezorg als zeer prettig te hebben ervaren. Ook over de zelfzorginstructies en het vangnetadvies waren de respondenten zeer tevreden.

Op basis hiervan wordt aanbevolen om het project 'Verpleegkundig Specialist op straat' voort te zetten. Vervolgonderzoek kan bestaan uit het uitvoeren van kwalitatief onderzoek naar patiënttevredenheid. Voor het onderwijs kan worden aanbevolen om extra aandacht besteden aan 'houding/attitude' en 'effectieve communicatie' tijdens beroepsopleiding.

Keywords: Patiënttevredenheid, Verpleegkundig Specialist, ambulanceprofessional, ambulance, Eerste Hulp Geen Vervoer, consultvoering, vragenlijsten

Inhoudsopgave

Colofon	2
Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding.....	7
2. Theoretisch kader	9
2.1 Zoekstrategie	9
2.2 Procesbeschrijving	9
2.3 RAV Brabant Midden-West-Noord	10
2.4 Wet- en regelgeving	11
2.5 Patiënttevredenheid.....	11
2.6 Zelfzorginstructies en vangnetadvies.....	12
2.7 Instrumenten.....	13
2.7.1 CQ-index.....	13
2.8 Beroepsrelevantie voor de Bachelor Medisch Hulpverlener.....	14
3. Onderzoeksmethode	15
3.1 Onderzoeksdesign.....	15
3.2 Populatie en steekproef.....	15
3.3 Gegevensverzameling.....	16
3.4 Meetinstrument.....	16
3.4.1 Screening op relevantie.....	16
3.4.2 Toegevoegde vragen.....	17
3.5 Gegevensverwerking.....	18
3.5.1 Codering	18
3.5.2 Analyse	18
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	19
3.7 Ethische en juridische overwegingen.....	20
4. Resultaten.....	21
4.1 Respons.....	21
4.2 Demografische kenmerken	22
4.3 Beschrijvende statistiek.....	23
4.3.1 Wachtijd	23
4.3.2 Houding/attitude.....	24
4.3.3 Emotionele steun	24
4.3.4 Vakinhoudelijk handelen.....	25
4.3.5 Effectieve communicatie.....	26
4.3.6 Algemeen waardeoordeel en overige vragen	27
4.3.7 Waardeoordeel per demografisch kenmerk	28

4.3.8 Open vragen	30
5. Discussie.....	32
5.1 Interpretatie resultaten.....	32
5.1.1 Wachtijd	32
5.1.2 Houding/attitude.....	32
5.1.3 Emotionele steun	32
5.1.4 Vakinhoudelijk handelen.....	32
5.1.5 Effectieve communicatie.....	33
5.1.6 Algemeen waardeoordeel en overige vragen	33
5.1.7 Open vragen	33
5.2 Sterktes en zwaktes	34
5.2.1 Steekproef.....	34
5.2.2 Bias	34
5.2.3 Betrouwbaarheid en validiteit	34
5.2.4 Generaliseerbaarheid en verplaatsbaarheid	35
5.3 Praktijkrelevantie	35
6. Conclusie	36
7. Aanbevelingen	37
7.1 Praktijk	37
7.2 Vervolgonderzoek.....	37
7.3 Onderwijs.....	37
Bibliografie	38
Bijlage 1: Probleemanalyse.....	42
Bijlage 2: Zoekstrategie	43
Bijlage 3: Evidencetabel	47
Bijlage 4: Levels of evidence.....	53
Bijlage 5: Folder participatie tevredenheidsonderzoek	54
Bijlage 6: CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg.....	56
Bijlage 7: Vragenlijst VS	64
Bijlage 8: Aanpassingen en codeboek	69
Bijlage 9: Verklaring geheimhouding.....	71

1. Inleiding

Ambulancezorg wordt in Nederland uitgevoerd door de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV), die door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn aangesteld (Ambulancezorg Nederland, z.d.-c). De RAV's zijn verspreid over 25 regio's en werken nauw samen met de meldkamers ambulancezorg. In 2017 hadden de RAV's 790 ambulances beschikbaar om hulp te verlenen aan zieke of gewonde mensen en deze zo nodig naar het ziekenhuis te vervoeren (Ambulancezorg Nederland, z.d.-c).

De Ambulancezorg Nederland (z.d.-b) beschrijft dat in 2017 landelijk in totaal 1.313.103 ritten gereden zijn, waarvan 71% resulteerde in vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis, 21% in Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV), 8% werd afgebroken en 4% van het totaal waren loze inzetten. Bij EHGV wordt de patiënt onderzocht en wordt zo nodig zorg verleend. Vervolgens wordt ter plekke besloten om de patiënt niet te vervoeren naar de spoedeisende hulp (SEH) vanwege bijvoorbeeld een gebrek aan urgentie (Ambulancezorg Nederland, z.d.-b). De verhoudingen tussen de soorten inzetten is ongeveer gelijk gebleven in de afgelopen jaren (Ambulancezorg Nederland, z.d.-a), maar het absolute aantal EHGV-ritten is gestegen (Ambulancezorg Nederland, z.d.-b).

Gezien het feit dat er nog niet veel onderzoek was gedaan naar EHGV-ritten en er risico's verbonden zijn aan het niet vervoeren van patiënten, werd onderzoek naar EHGV de hoogste prioriteit gegeven in de landelijke onderzoeksagenda voor de ambulancezorg 2014-2018 (Van de Glind et al., 2014). In deze periode zijn onderzoeken gedaan naar onder andere de voordelen van EHGV, de risico's ervan en bestaande protocollen en richtlijnen (Bloemhoff et al., 2016; Ebben et al., 2017). Een voordeel is dat EHGV minder ingrijpend is voor een patiënt dan vervoer naar het ziekenhuis. Ook worden zo reguliere ambulances vrijgehouden voor andere spoedgevallen. Daarentegen nemen ambulanceverpleegkundigen (AVP's) volgens Höglund, Schröder, Möller, Andersson-Hagiware en Ohlsson-Nevo (2019) patiënten bij voorkeur voor de zekerheid mee naar de SEH. Dit komt doordat de besluitvorming van EHGV omschreven wordt als veeleisend en complex. Bovendien kan een ambulanceprofessional bij een foute beslissing tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gesteld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Doordat patiënten sneller vervoerd worden, ontstaat er een grotere belasting van de SEH's. Bij een stijging van het aantal EHGV-ritten ontstaat het tegenovergestelde: een verminderde belasting van de SEH's (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 13 februari). Hieruit komt dus voort dat een stijging in het EHGV-ritten niet onwenselijk is, mits de veiligheid en de gezondheid van de patiënt kan worden gewaarborgd.

Om deze redenen is het plaatsen van een medisch opgeleide professional op de ambulance onderzocht (Bloemhoff et al., 2016). Hieruit bleek dat medisch opgeleide professionals geschikt zijn om patiënten ter plaatse te behandelen en deze minder vaak patiënten vervoerden naar de SEH in vergelijking met AVP's. Daarnaast bleek in het onderzoek van Bloemhoff et al. (2016) geen verschil te zitten in follow-up tussen patiënten die waren behandeld door de AVP en de medische professional, maar dat meer onderzoek nodig is om deze resultaten te bevestigen.

Binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord (MWN) wordt ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen met behulp van de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN, z.d.). De RAV Brabant MWN omvat 43 gemeenten met bijna 1,8 miljoen inwoners. De RAV beschikt over 23 ambulanceposten en twee meldkamers (RAV Brabant Midden-West-Noord, z.d.-d). Sinds 2012 zijn binnen deze organisatie Verpleegkundig Specialisten (VS) werkzaam. Deze VS hebben een master Advanced Nursing Practice gevolgd met de differentiatie acute zorg. Het belangrijkste verschil tussen de VS en de AVP is dat de VS een zelfstandige bevoegdheid heeft tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen, waaronder bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie die uitsluitend op recept verkrijgbaar is (UR-medicatie). De VS beschikt dus over meer expertise en competenties in het medisch vlak dan de AVP (*Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten*, 2011; V&VN, z.d.).

Voorheen werd binnen de ambulancezorg de VS ingezet bij niet-patiëntgebonden werkzaamheden. Sinds 1 januari 2019 loopt binnen de RAV Brabant MWN een project genaamd 'Verpleegkundig Specialist op straat' (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 13 februari 2019). Hierbij wordt de VS solistisch als een Rapid Responder ingezet. De Rapid Responder is een kleiner ambulancevoertuig. Deze auto heeft niet genoeg ruimte om een patiënt te vervoeren, maar is wel volledig uitgerust om acute hulpverlening te geven (RAV Brabant Midden-West-Noord, z.d.-c). Het uitgangspunt is dat de VS met zijn of haar expertise een patiënt ter plaatse kan behandelen, zodat deze niet vervoerd hoeft te worden naar een SEH. Een voorbeeld hiervan is een patiënt waarbij het volstaat om antibiotica voor te schrijven. Een VS, zoals eerder vermeld, is bevoegd om dit ter plaatse uit te schrijven (*Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten*, 2011). Indien een reguliere ambulance naar deze patiënt wordt gestuurd, zou deze op een SEH door een arts geholpen worden. Het aantal EHGVRitten zal hierdoor dus in de toekomst oplopen.

Het vervoeren van een patiënt naar het ziekenhuis is zeer ingrijpend. Daarnaast raken de SEH's steeds voller. Door deze nieuwe functie-inzet staat de patiënt meer centraal en hoeven minder patiënten naar het ziekenhuis vervoerd te worden. De oorzaak hiervan is dat specialistische hulp al ter plaatse geboden kan worden. Zoals hierboven beschreven zitten er veel voordelen aan de inzet van de VS binnen de ambulancezorg. Er is echter nog niets bekend over de patiënttevredenheid van de inzet van de VS binnen de ambulancezorg. Patiënttevredenheid is een belangrijke en vaak gebruikte indicator voor het meten van kwaliteitszorg (Prakash, 2010). Patiënttevredenheid kan worden gedefinieerd als een combinatie van de gevoelens, ervaring en beleving van een patiënt met betrekking tot de geleverde zorg als mate van tevredenheid (Rama & Kanagaluru, 2011). Inzicht in de patiënttevredenheid is wenselijk, aangezien de patiënt centraal gesteld wordt. Een beknopte analyse van dit probleem is terug te vinden in bijlage 1.

Naar aanleiding van de bovenstaande probleemstelling, is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

'Wat is de mate van tevredenheid van patiënten die een consult hebben gekregen van een Verpleegkundig Specialist tijdens een Eerste Hulp Geen Vervoer inzet binnen de RAV Brabant MWN?'

Uit de bovenstaande onderzoeksvraag volgen de volgende deelvragen:

Wat is een geschikt instrument om de patiënttevredenheid te meten binnen de ambulancezorg Nederland?

Welke factoren beïnvloeden patiënttevredenheid binnen deze vorm van ambulancezorg en wat is de ervaring van patiënten met deze vorm van ambulancezorg?

Hoe tevreden zijn patiënten over de zelfzorginstructies en met name het vangnetadvies?

De doelstelling van dit onderzoek was om voor juni 2019 de tevredenheid van patiënten die een consult van een VS hebben gekregen tijdens een EHGVRit binnen de RAV Brabant MWN in kaart te brengen. Om dit doel te bereiken werd eerst een geschikt instrument gezocht om patiënttevredenheid te meten, dat toepasbaar is binnen de ambulancezorg, door middel van een literatuuronderzoek. Dit instrument werd vervolgens aangepast om te gebruiken binnen het project 'Verpleegkundig Specialist op straat'. De aanpassingen zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur en de wensen van de RAV Brabant MWN. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn aanbevelingen geformuleerd om het leveren van kwaliteitszorg te optimaliseren.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal een beschrijving worden gegeven van de manier waarop naar relevante literatuur is gezocht. Met behulp van deze literatuur worden begrippen zoals patiënttevredenheid en onderzoeksinstrumenten verhelderd. Ook de organisatie en wet- en regelgeving worden beschreven. Ten slotte wordt de relevantie van dit onderzoek beschreven voor de Bachelor Medisch Hulpverlener.

2.1 Zoekstrategie

Er zijn diverse databanken geraadpleegd om dit onderzoek te onderbouwen. In de databanken is gezocht naar relevante wetenschappelijke literatuur die bij het onderwerp van deze studie passen. De databanken PubMed, PMC, Google Scholar en het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) zijn hiervoor gebruikt. Er is gezocht met MeSH-termen, vrije termen en combinaties van beide. Een totaaloverzicht van de gebruikte termen is beschikbaar in bijlage 2. De termen werden aan elkaar gekoppeld met de Boolean operators AND en/of OR. Een overzicht van de meest relevante zoekstrings is terug te vinden in bijlage 2. Er is gezocht naar Engelstalige artikelen, gepubliceerd vanaf het jaar 2010, die volledig beschikbaar waren. De artikelen werden gescreend op relevantie door de titel en het abstract te bekijken. Uit de resultaten van de databanken werden negen artikelen relevant bevonden en geselecteerd voor dit onderzoek.

Naast het systematisch zoeken naar literatuur is gebruikt gemaakt van de sneeuwbalmethode. Hiermee werd op basis van de bronnenlijst van de bruikbare literatuur verder gezocht naar relevante artikelen, zoals beschreven in Bakker en Van Buren (2014). Via deze methode werden aanvullend vijf relevante artikelen gevonden. Een volledig overzicht van de veertien gebruikte studies is te vinden in bijlage 3.

Ter aanvulling van de bovenstaande methoden zijn de websites van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ambulancezorg Nederland en de RAV Brabant MWN gebruikt voor algemene informatie over ambulancedienstverlening.

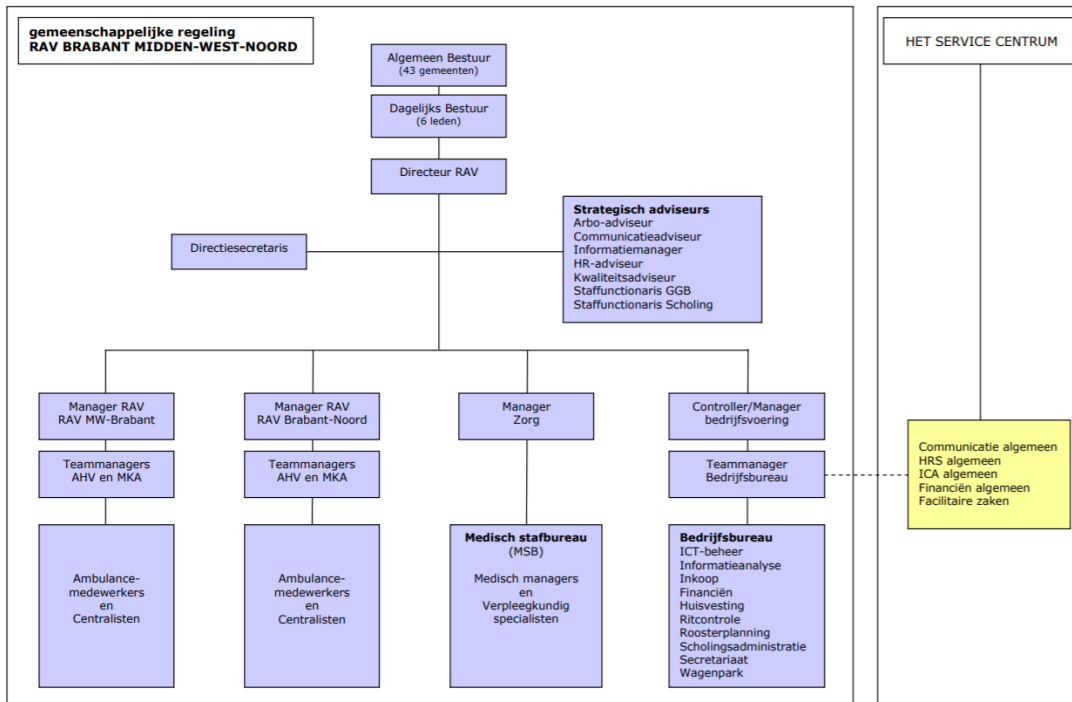
2.2 Procesbeschrijving

Op de website van Ambulancezorg Nederland (z.d.-b) staat beschreven dat in Nederland de ambulancezorg bestaat uit spoedeisende en planbare ambulancezorg. Bij spoedeisende zorg komt er een melding binnen op de meldkamer ambulancezorg (MKA), waarbij iemand urgent medische hulp nodig heeft en er een ambulance gestuurd wordt. Bij een levensbedreigende situatie wordt de inzet als een A1-rit geclassificeerd en moet een ambulance binnen vijftien minuten bij de patiënt zijn. Bij een A2-rit is wel sprake van een spoedeisende situatie, maar heeft een ambulance dertig minuten de tijd om ter plaatse te zijn. Onder planbare zorg valt een vooraf bestelde zorgambulance om iemand bijvoorbeeld van of naar het ziekenhuis te brengen. Deze inzetten voor besteld vervoer krijgen een B-classificatie (Ambulancezorg Nederland, z.d.-b).

Spoedeisende ambulancezorg kan worden verdeeld in vier soorten inzetten. Bij het grootste gedeelte van de ritten wordt de patiënt na een onderzoek ter plaatse vervoerd naar het ziekenhuis. Daarnaast zijn er de zogenaamde Eerste Hulp Geen Vervoer inzetten, waarbij na onderzoek ter plaatse besloten wordt om een patiënt niet te vervoeren naar het ziekenhuis. Tot de laatste twee soorten behoren de afgebroken inzetten en de loze inzetten. Bij een afgebroken inzet is de ambulance op weg met de intentie om zorg te verlenen, maar wordt de rit onderweg al afgebroken. Bij een loze rit blijkt ter plaatse dat er geen behandeling of vervoer nodig is (Ambulancezorg Nederland, z.d.-b).

2.3 RAV Brabant Midden-West-Noord

De RAV Brabant Midden-West-Noord beschikt over twee meldkamers, gevestigd in Tilburg en 's-Hertogenbosch. Het werkgebied loopt van Steenberghe tot Boxmeer, wat de RAV Brabant MWN één van de grootste RAV's van Nederland maakt (RAV Brabant Midden-West-Noord, z.d.-d).



Figuur 1. Organogram RAV Brabant Midden-West-Noord (RAV Brabant Midden-West-Noord, 2017)

Hierboven is het organogram van de RAV Brabant MWN schematisch weergegeven. In 2017 beschikte de RAV Brabant MWN over 79 ambulances en bestond de organisatie uit 531 medewerkers (RAV Brabant Midden-West-Noord, 2018). In figuur 1 wordt duidelijk dat de ambulancemedewerkers worden aangestuurd door de teammanagers Ambulance Hulpverlening (AVH) en Meldkamer Ambulancezorg. Ook is te zien dat de VS deel uitmaken van het Medisch Stafbureau (MSB). Eén van de taken van het MSB is het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de RAV. Hiervoor worden scholingen georganiseerd voor medewerkers. Ook worden de ritbonnen geëvalueerd, waarbij direct feedback wordt gegeven (RAV Brabant Midden-West-Noord, z.d.-b). In het kader van taakherschikking binnen de zorg maakt de VS niet alleen deel uit van het MSB, maar komt de VS ook op straat te werken. Sinds de start van het project 'Verpleegkundig Specialist op straat' behoren de VS binnen het organogram dan ook tot de ambulancemedewerkers.

De kwaliteit van de ambulancezorg is een belangrijk speerpunt binnen de organisatie van de RAV Brabant MWN (RAV Brabant MWN, z.d.-e). De definitie van kwaliteit volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen luidt als volgt: "De Zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoeften van de patiënt" (Wollersheim et al., 2011, p. 92). Om aan te tonen dat de RAV Brabant MWN voldoet aan de kwaliteitseisen, is de organisatie HKZ-gecertificeerd (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Een HKZ-certificering houdt in dat het kwaliteitssysteem van de ambulancezorg getoetst is aan het HKZ-certificatieschema Ambulancezorg (RAV Brabant Midden-West-Noord, z.d.-a). De RAV Brabant MWN geeft hiermee aan dat er altijd gewerkt wordt aan het leveren van kwaliteitszorg. Door het onderzoeken van de patiënttevredenheid in deze studie, wordt gekeken naar de afstemming van de geleende zorg op de behoeften van de patiënt. Dit sluit aan op de bovenstaande definitie van kwaliteit.

2.4 Wet- en regelgeving

In Nederland is de organisatie van de ambulancezorg wettelijk vastgelegd in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Deze wet is op 1 januari 2013 ingegaan en verving de Wet Ambulancevervoer (WAV) (*Tijdelijke wet ambulancezorg*, 2012). De Twaz zou oorspronkelijke vervallen op 1 januari 2018, maar is destijds verlengd met drie jaar (*Verlenging en wijziging van de Tijdelijke wet ambulancezorg*, 2017). In 2021 zal een nieuwe wet ambulancezorg in werking treden over de ordening van de ambulancezorg.

De Twaz beschrijft de verdeling van Nederland in veiligheidsregio's, het aanwijzen van de RAVs en aan welke eisen zij moeten voldoen. De rechten en plichten van de RAVs komen aan bod, evenals de besluitvorming van meldkamers met betrekking tot het al dan niet verlenen van ambulancezorg. Ook vormt het de basis voor de plicht tot uitwisseling van gegevens ten behoeve van onderzoek binnen de ambulancezorg. In de wet is vastgelegd dat alleen een RAV toestemming heeft tot het verlenen van ambulancezorg binnen de desbetreffende veiligheidsregio, met uitzondering van een organisatie of bedrijf die in overeenkomst met de RAV ook ambulancezorg verricht. Volgens Artikel 4, lid 2 draagt de RAV zorg voor "a. het in stand houden van een meldkamer en b. het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg" (*Tijdelijke wet ambulancezorg*, 2012).

Bij de besluitvorming over de verlenging van de Twaz werden enkele wijzigingen aangebracht, waarvan de belangrijkste wijziging betrekking had op de diploma's of getuigschriften waarover een AVP dient te beschikken. Van AVP's wordt verwacht dat zij ingeschreven zijn in het BIG-register, zoals beschreven in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) (*Verlenging en wijziging van de Tijdelijke wet ambulancezorg*, 2017). De inschrijving brengt een aantal rechten en plichten met zich mee. Zo staat in het de Wet BIG beschreven welke beroepsgroepen voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. Hiermee worden patiënten beschermd tegen ondeskundig handelen van zorgverleners en wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.).

Een belangrijk verschil tussen de AVP en de VS is dat de VS een zelfstandige bevoegdheid heeft om voorbehouden handelingen uit te voeren. Zo mag een VS bijvoorbeeld UR-medicatie voorschrijven en een AVP niet (*Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten*, 2011). Van beide beroepsgroepen wordt daarnaast verwacht dat zij zoveel mogelijk evidence based handelen. Voor AVPs geldt dat zij dienen te handelen binnen het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Door het volgen van dit protocol komen AVPs tot dezelfde besluiten, ongeacht de tijd of locatie van de patiënt (Ambulancezorg Nederland, z.d.-d). Een VS hoeft zich niet aan het LPA te houden, als een protocol van een andere beroepsgroep geschikter is voor de situatie. Zo kan zich een situatie voordoen waarbij een AVP volgens het LPA iemand naar het ziekenhuis zou moeten vervoeren. Daarentegen mag een VS ook handelen volgens een protocol van een andere beroepsgroep binnen de zorg, zoals de huisartsgeneeskunde. Zo kan een VS tot andere inzichten komen en besluiten om de patiënt niet te vervoeren. Deze vorm van zorg op maat zou kunnen leiden tot een verminderde belasting van de SEH en een hogere tevredenheid bij patiënten (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 22 maart 2019).

2.5 Patiënttevredenheid

Het onderzoeken van patiënttevredenheid heeft in de afgelopen jaren een steeds grotere prioriteit gekregen. Het wordt gezien als een belangrijke factor om de kwaliteit van zorg te meten. De uitkomsten van tevredenheidsonderzoeken worden gebruikt ter verbetering van kwaliteitszorg (Prakash, 2010). Desondanks wordt er geen eenduidige definitie voor patiënttevredenheid gebruikt in de literatuur. Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards en Chandola (2002) indiceren dat patiënttevredenheid vooral de attitude en houding naar de zorg, of naar aspecten van de zorg, omvat. Zoals eerder benoemd, definiëren Rama en Kanagaluru (2011) patiënttevredenheid als een combinatie van de gevoelens, ervaring en beleving van een patiënt met betrekking tot de geleverde zorg. Daarentegen omschrijven Iftikhar et al. (2011) patiënttevredenheid als de mate van

overeenstemming tussen de verwachtingen van de patiënt betreffende ideale zorg en hoe zij de daadwerkelijk ontvangen zorg beschouwen. Patiënttevredenheid is dus een begrip dat moeilijk te definiëren is (Al-Abri & Al-Balushi, 2014). Naast de bovenstaande aspecten van patiënttevredenheid, bleek uit onderzoek van Taylor en Bengner (2004) dat binnen de SEH de houdingaspecten van het personeel, het leveren van informatie en de wachttijd de drie belangrijkste factoren van patiënttevredenheid waren. Ook Anderson, Camacho en Balkrishnan (2007) beschrijven dat een langere wachttijd leidt tot een verminderde tevredenheid bij patiënten in de eerstelijnsgezondheidszorg. Betreffende de ambulancezorg bleek uit een onderzoek in Engeland, dat het vermogen van ambulancemedewerkers om angst en stress onder patiënten te verlichten en hen gerust te stellen de meest bepalende factor was voor patiënttevredenheid (Togher, O’Cathain, Phung, Turner, & Siriwardena, 2015).

In 2013 is door NIVEL uitgebreid onderzoek gedaan naar patiënttevredenheid binnen de spoedeisende ambulancezorg in Nederland (Krol, Sixma, & Plass, 2013). In dit onderzoek zijn de A1-, A2- en EHGVR-ritten opgenomen. Wat uit het onderzoek naar voren komt, is dat patiënten zeer positieve ervaringen hebben met de ambulancezorg en het ambulancepersoneel. Het onderzoek bestempeld de spoedeisende ambulancezorg vanuit patiëntperspectief als zeer goed (Krol et al., 2013). Wanneer specifiek gekeken wordt naar de tevredenheid wat betreft de EHGVR-categorie, komen kleine significante verschillen naar voren tussen de tevredenheid van patiënten die wel vervoerd zijn en patiënten die niet vervoerd zijn (EHGVR). Een van deze verschillen heeft betrekking op de categorie bejegening. Vervoerde patiënten hadden het gevoel dat er meer de tijd voor hen genomen werd door het ambulancepersoneel. Daarnaast waren de vervoerde patiënten hadden meer vertrouwen in het personeel en over pijnbestrijding. Wat ook opviel, was dat de vervoerde patiënten het ambulancepersoneel een hoger rapportcijfer gaven. De verwachte reden voor deze verschillen is dat niet-vervoerde patiënten minder lang in contact zijn met het ambulancepersoneel. De ervaring kan hierdoor anders zijn in vergelijking met vervoerde patiënten die langer contact met het ambulancepersoneel hebben. Over de resultaten van de categorie EHGVR moet overigens wel een kanttekening geplaatst worden. De vragen die over dit onderwerp gingen, werden door niet veel patiënten ingevuld. De vraag die daarbij gesteld kan worden is of de gegevens representatief genoeg zijn.

In 2017 is opnieuw onderzoek gedaan naar onder andere het verschil in tevredenheid tussen vervoerde en niet-vervoerde patiënten. Hieruit bleek dat vervoerde patiënten tevredener waren dan niet-vervoerde patiënten op de gebieden bejegening en vakinhoudelijk handelen. Ook waren vervoerde patiënten positiever over of het personeel duidelijk antwoord gaf op vragen en was het algemeen oordeel over het ambulancepersoneel hoger (Van de Ven, Bos, & De Boer, 2017).

2.6 Zelfzorginstructies en vangnetadvies

Gezien de vraagstelling van dit onderzoek is het noodzakelijk om twee begrippen te definiëren. Zelfzorginstructies en vangnetadviezen worden in vrijwel elk onderdeel van de zorg gegeven aan patiënten. Zelfzorg wordt in Evers (1998) als volgt gedefinieerd:

Alle beslissingen en acties, die gezonde en zieke mensen in hun alledaagse leven nemen om te voorzien in hun basisbehoeften, om op een intelligente manier te participeren in medische diagnostiek en behandeling en om hun normale groei en ontwikkeling te bevorderen.

Daarnaast beschrijven Derkx et al. (2009) het vangnetadvies als de instructie betreffende bij welke klachten patiënten contact moeten opnemen met de huisarts of een andere specialist. Hieruit volgt, dat de beslissingen en acties van mensen op dit gebied worden beïnvloed door de informatie die zij ter beschikking hebben. Het effectief en helder communiceren bij het geven van instructies over zelfzorg en het vangnetadvies is daarbij van groot belang (Derkx et al., 2009). Mede om deze reden is communicatie een belangrijk onderdeel van de beroepsprofielen van zorgprofessionals, waaronder die van de VS (V&VN, 2019).

2.7 Instrumenten

Al-Abri en Al-Balushi (2014) beschrijven dat onderzoek naar patiënttevredenheid zowel kwalitatief als kwantitatief uitgevoerd kan worden. Meest voorkomend is de kwantitatieve methode, waarbij veelal gestandaardiseerde vragenlijsten als instrument worden gebruikt (Quintana et al., 2006). Deze vragenlijsten kunnen vallen onder de zogenaamde Patient Reported Outcome Measures (PROMs) of de Patient Reported Experience Measures (PREMs). Waar de PROMs zich op de meer fysieke uitkomsten richten van de geleverde zorg, proberen PREMs de ervaringen en belevingen van patiënten tijdens het ontvangen van zorg in kaart te brengen (Dainty, Seaton, Laupacis, Schull, & Vaillancourt, 2017).

Uit de literatuur blijkt dat er geen standaard, universeel instrument beschikbaar is om patiënttevredenheid te meten (Dimova, Stoyanova, & Keskinova, 2017). Wereldwijd zijn er dan ook verschillende vragenlijsten ontworpen om patiënttevredenheid te testen (Jaklič, Kovač, Maletič, & Bunc, 2018). De meeste vragenlijsten zijn specifiek ontwikkeld voor het meten van patiënttevredenheid binnen een bepaald onderdeel van de gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is de European Task Force on Patient Evaluations of General Practice care (EUROPEP) voor de huisartsgeneeskunde. Een ander voorbeeld is de Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS), die zich richt op verpleegkundige zorg en zelfzorg instructies gegeven door het verpleegkundig personeel binnen SEH-afdelingen (Jaklič et al., 2018; Larsson, Strömberg, Rogmark, & Nilsson, 2018; Messina et al., 2015).

2.7.1 CQ-index

Voor de eerdergenoemde onderzoeken naar patiënttevredenheid binnen de spoedeisende ambulancezorg is de zogenaamde Consumer Quality Index (CQ-index) in gebruik. De CQ-index is een instrument om kwaliteitszorg vanuit het patiëntperspectief te meten. Zoals benoemd gaat een onderdeel van dit instrument over EHGV. Cleary en Edgman-Levitan (1997) omschrijven de CQ-index als volgt:

De CQ-index is een wetenschappelijk gefundeerde, gestandaardiseerde systematiek die zorgbreed kan worden ingezet om de ervaringen van patiënten/cliënten met de aan hen verleende zorg te meten. Dat is een belangrijk verschil ten opzichte van veel andere vragenlijsten, waarin naar tevredenheid van patiënten/consumenten wordt gevraagd. Vragen naar concrete ervaringen van zorggebruikers leveren beter bruikbare informatie op voor kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering dan meer subjectieve vragen naar tevredenheid.

Het doel van het instrument is om de transparantie van de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars te bevorderen. De informatie en resultaten kunnen vervolgens gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering van de zorg. De CQ-index bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel is een serie meetinstrumenten waarmee de zorg vanuit patiëntperspectief bekeken wordt. Het tweede onderdeel zijn richtlijnen en werkinstructies waarbij wordt ingegaan op steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en rapportage (Delnoij & Hendriks, 2009).

De systematiek binnen de CQ-index kan worden herleid naar twee andere meetmethoden. De Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) en de Quality Of care Through the patients' Eyes (QUOTE). Beide instrumenten maken gebruik van een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek om de ervaringen van consumenten met de zorg in kaart te brengen. Er zijn echter ook verschillen tussen de twee instrumenten. De CAHPS focust zich op de toegankelijkheid van de zorg en hoe een gebrek aan toegankelijkheid als een probleem ervaren kan worden. De QUOTE schenkt meer aandacht aan aandoening-specifieke aspecten van kwaliteit van zorg. Deze kenmerken van de vragenlijsten zijn opgenomen in de CQ-index (Delnoij & Hendriks, 2009).

2.8 Beroepsrelevantie voor de Bachelor Medisch Hulpverlener

Dit onderzoek is uitgevoerd door twee studenten Bachelor Medische Hulpverlening van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). De opleiding Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) is een relatief nieuwe opleiding binnen de zorg. Hierbij zijn zowel de opleiding als het beroep nog volop in ontwikkeling. Na afstuderen kan een BMH'er, die opgeleid is binnen de HAN, worden ingezet binnen de ambulancezorg, SEH, anesthesie en cardiagnostiek (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, z.d.)

De kans bestaat dat een BMH'er op de ambulance te maken krijgt met een VS als rapid responder. Daarnaast kan een BMH'er op de SEH ook in contact komen met een VS, als een patiënt naar het ziekenhuis vervoerd moet worden. In het beroepsprofiel van de BMH'er, als in de CanMEDS-rollen, wordt beschreven dat samenwerken een belangrijk taakgebied is als hulpverlener (V&VN, 2012; NVBMH, 2016). Inzicht krijgen in het patiëntperspectief, waar patiënttevredenheid onder valt, over andere beroepsbeoefenaren binnen de ambulancezorg kan bijdragen aan de samenwerking. Als de BMH'er op de hoogte is van de nieuwe ontwikkeling van de inzet van een VS binnen de ambulancezorg, dan kan de BMH'er vervolgens streven naar een juiste aanvulling en ondersteuning van de VS (V&VN, 2012; NVBMH, 2016).

In dit onderzoek komt onder andere naar voren wat patiënten belangrijk vinden omtrent bejegening. Aangezien de VS en de BMH'er beide beroepsprofessionals binnen de ambulancezorg zijn, is bejegening een aspect waar beide professionals mee in aanraking komen. De kennis die wordt opgedaan door dit onderzoek, geeft een BMH'er inzicht in wat patiënten belangrijk vinden. Dit kan de BMH'er gebruiken om het eigen handelen te optimaliseren. De BMH'er ontwikkelt zich hierdoor ook in het taakgebied communicatie.

Ten slotte is de BMH'er een professional, dat net als de VS, een zelfstandige bevoegdheid heeft. De resultaten van dit onderzoek zijn wellicht ook van toepassing op de BMH'er. Het zijn beide professionals die met een klinische blik naar een patiënt kijken, waardoor de beoordeling anders kan zijn dan die van een AVP. Het is dan ook interessant hoe de VS binnen de ambulancezorg gezien wordt door patiënten.

3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving van de opzet en uitvoering van het onderzoek gegeven. De volgende onderwerpen komen aan bod: het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie, de gegevensverzameling, het meetinstrument en de gegevensverwerking. Ook worden validiteit en betrouwbaarheid en daarnaast de ethische en juridische overwegingen besproken. Ten slotte wordt de planning van dit onderzoek weergegeven.

3.1 Onderzoeksdesign

De doelstelling van dit onderzoek was om voor juni 2019 de tevredenheid van patiënten die een consult van een VS hebben gekregen tijdens een EHGV-rit binnen de RAV Brabant MWN in kaart te brengen. Hierbij werden ook verschillende eigenschappen van het consult in kaart gebracht waarbij verbanden, zoals de meest beïnvloedende factor, worden gezocht. Dit maakt dat het doel van dit onderzoek explorerend van aard is. De mate van de tevredenheid is te beschrijven als een zachte variabele, maar kan wel weergegeven worden in getallen (Bakker & Van Buuren, 2014). De definitie van kwantitatief onderzoek volgens Bakker en Van Buuren (2014) luidt als volgt: 'Onderzoek waarbij bij een groot aantal proefpersonen gegevens verzameld worden die makkelijk in cijfers zijn uit te drukken'. Uitgaande van deze definitie kan geconcludeerd worden dat dit onderzoek kwantitatief is. Daarnaast is wel de ruimte gegeven aan respondenten om toelichting te geven bij hun antwoorden om de kwantitatieve resultaten te kunnen onderbouwen.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Bij het telefonisch afnemen van deze vragenlijst is er één meetmoment in de tijd, wat dit onderzoek een dwarsdoorsnedeonderzoek maakt. Daarnaast is de opzet van dit onderzoek observationeel. Gedurende dit onderzoek is er niet ingegrepen en heeft dit onderzoek zich beperkt tot het verrichten van waarnemingen en metingen (Bakker & Van Buuren, 2014).

Voor de eerste deelvraag is literatuuronderzoek uitgevoerd om een geschikt instrument te vinden. Dit is weergegeven in paragraaf 2.7. Hieruit bleek dat de CQ-index het meest geschikte instrument is om dit onderzoek uit te voeren, mits deze aangepast wordt.

3.2 Populatie en steekproef

De doelpopulatie van dit onderzoek bestaat uit patiënten die binnen de spoedeisende ambulancezorg een consult hebben gekregen van een VS, waarbij zij niet zijn vervoerd naar een ziekenhuis (EHGV-inzet). Verpleegkundig Specialisten worden tot heden alleen in de regio Brabant MWN in deze capaciteit ingezet, namelijk binnen het eerdergenoemde project 'Verpleegkundig Specialist op straat'. Dit project is per 1 januari 2019 gestart. De doelpopulatie bestaat dan ook uit alle patiënten die binnen de regio Brabant MWN sinds 1 januari 2019 in het kader van EHGV een consult van een VS hebben gehad.

Vanwege het beperkte tijdsbestek waarin het onderzoek uitgevoerd kon worden, is besloten om niet alle patiënten uit de doelpopulatie te includeren. De steekproef bestond uit patiënten die bij een EHGV-inzet een consult van een VS hebben gehad, in de periode van 8 april 2019 tot en met 19 mei 2019, binnen de regio Brabant MWN. Deze patiënten kregen na het consult een folder met informatie over het onderzoek en konden vervolgens aangeven of zij wel of niet deel wilden nemen. Deze folder is te vinden in bijlage 5. Bij instemming werd hen gevraagd om hun telefoonnummer achter te laten voor de afname van de vragenlijst. De patiënten die vervolgens daadwerkelijk deelnamen aan het tevredenheidsonderzoek, de respondenten, vormden de onderzoekspopulatie. De aanname is dat de onderzoekspopulatie representatief is voor alle patiënten uit de doelpopulatie.

De inclusiecriteria voor de steekproef betroffen een leeftijd van achttien jaar of ouder en beheersing van de Nederlandse taal. De exclusiecriteria betroffen mensen met cognitieve afwijkingen en patiënten die zijn komen te overlijden in de periode tussen het consult van de VS en de telefonische benadering.

3.3 Gegevensverzameling

Kwantitatief onderzoek is een veelvoorkomende vorm van gegevensverzameling voor het meten van patiënttevredenheid (Al-Abri & Al-Balushi, 2014). Zoals gezegd, kan bij een kwantitatief onderzoeksdesign een groter aantal proefpersonen benaderd worden dan bij een kwalitatief onderzoeksdesign. Voor het uitvoeren van patiënttevredenheidsstudies is het afnemen van gestandaardiseerde vragenlijsten, hetzij telefonisch, met een interviewer of zelf gerapporteerd, sinds geruime tijd de meest voorkomende manier van onderzoek (Quintana et al., 2006).

Voor dit onderzoek werd een aangepaste versie van de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg gebruikt, genaamd 'Vragenlijst tevredenheidsonderzoek bij EHGV-patiënten na consult van Verpleegkundig Specialist', waarnaar wordt verwezen als 'vragenlijst VS'. Deze vragenlijst zal nader worden toegelicht in paragraaf 3.4 'Meetinstrument'. De vragenlijst werd telefonisch afgenomen. De keuze voor deze manier van toenadering werd gebaseerd op een aantal overwegingen. Ten eerste had dit onderzoek, zoals eerder vermeld, een beperkt tijdsbestek. Om in de beschikbare tijd voldoende gegevens te kunnen verzamelen, werd besloten om een directere vorm van toenadering toe te passen om de kans op een tijdige respons te vergroten, zoals beschreven door Fowler (2013). Ten tweede komt een hogere respons de representativiteit van de onderzoekspopulatie ten goede (Scott & Mazhindu, 2005). De literatuur beschrijft een hogere respons bij telefonisch afgenomen vragenlijsten in vergelijking met vragenlijsten die worden verstuurd via de post of per email (Nota, Strooker, & Ring, 2014).

De steekproef bestond uit patiënten die tussen 8 april 2019 en 19 mei 2019 een consult van een VS hebben gehad bij een EHGV-inzet, in de regio Brabant MWN. De gegevensverzameling vond plaats binnen tien dagen na de hulpverlening. Elke vragenlijst werd afgenomen door dezelfde onderzoeker. De andere onderzoeker heeft de antwoorden genoteerd en verwerkt, mits daar toestemming van de respondent voor werd verkregen. Het afnemen van de vragenlijst VS nam ongeveer tien minuten in beslag.

3.4 Meetinstrument

Zoals eerder benoemd, is voor dit onderzoek een aangepaste versie van de bestaande CQ-Index Spoedeisende Ambulancezorg gebruikt. De CQ-index is door de jaren heen meerdere malen herzien. De meest recente versie is uitgegeven in mei 2017 en bestaat uit negen onderdelen en 46 vragen. Deze vragenlijst is te vinden in bijlage 6. Vragen die niet zijn gebruikt in de aangepaste versie daarvan, staan hierin rood gemarkeerd weergegeven. Geel gemarkeerde vragen zijn wel gebruikt, maar zijn anders geformuleerd.

Zeven vragen zijn toegevoegd aan de vragenlijst VS. Deze bestaat uit dertig vragen, verdeeld over vijf onderdelen, en is te vinden in bijlage 7. Bij het afnemen van de vragenlijst is de respondent bij de vragen 5, 7, 8, 12, 16, 18, 19 en 20 de mogelijkheid gegeven om het gegeven antwoord toe te lichten. De totstandkoming van de vragenlijst VS wordt hieronder beschreven. De wetenschappelijke onderbouwing van de vragen die in de CQ-index reeds waren opgenomen is te vinden via NIVEL, waar binnen dit onderzoek niet verder op in zal worden gegaan.

3.4.1 Screening op relevantie

Vier onderdelen van de originele vragenlijst, namelijk '112 en de Meldkamer Ambulancezorg', 'samenwerking tussen (huis)arts en ambulancepersoneel', 'vervoer' en 'samenwerking tussen ambulancepersoneel en het ziekenhuis', zijn niet gebruikt in de vragenlijst VS. Zoals benoemd richt dit onderzoek zich specifiek op de EHGV-inzetten. Hierdoor werden de in totaal zestien vragen die behoren tot de bovenstaande onderdelen niet relevant geacht voor dit onderzoek. Om dezelfde reden is in de vragenlijst VS ook geen gebruik gemaakt van de laatste twee vragen van het onderdeel 'zorg van het ambulancepersoneel'. De eerste van deze twee vragen vroeg namelijk naar de onderlinge samenwerking tussen het ambulancepersoneel, terwijl de VS binnen het project solistisch een consult uitvoert. De laatste vraag informeerde naar het feit of de patiënt vervoerd is naar het ziekenhuis. Op de respondenten in dit onderzoek is dit niet van toepassing. Uit hetzelfde

onderdeel is vraag 21 ook niet overgenomen in verband met de onduidelijke vraagstelling. Ten slotte is bij het onderdeel 'algemeen oordeel', uit de CQ-index, vraag 41 niet overgenomen naar de vragenlijst VS. Dit onderwerp komt namelijk terug in andere vragen.

Naast de bovenstaande onderdelen, is de eerste vraag van het onderdeel 'inleiding' aangepast om in kaart te brengen of de respondent eerdere ervaringen heeft met spoedeisende ambulancezorg. In de oorspronkelijke versie werd in plaats daarvan de vraag gesteld of de respondent in de afgelopen vier maanden spoedeisende ambulancezorg heeft ondergaan. Gezien het feit dat de onderzoekspopulatie uitsluitend bestaat uit patiënten die tussen 8 april 2019 en 19 mei 2019 behandeld zijn, is deze vraag in de oorspronkelijke vorm niet relevant. Zoals benoemd in onder andere Jaklič et al. (2018) en Quintana et al. (2006), heeft het hebben van eerdere ervaring(en) met dezelfde vorm van gezondheidszorg invloed op de patiënttevredenheid. De vraag is anders geformuleerd om dit beter te reflecteren.

De vraag in de inleiding over hoe ernstig de patiënt de gebeurtenis inschatte voordat de ambulance ingeschakeld werd, is overgenomen in de vragenlijst VS. Deze vraag zegt iets over de verwachtingen van de patiënt, welke invloed hebben op patiënttevredenheid (Iftikhar et al., 2011; Jaklič et al., 2018). De overige drie vragen van het onderdeel 'inleiding' zijn niet gebruikt in de vragenlijst VS. Naast één aangepaste vraag, komt het totale aantal vragen die niet zijn gehanteerd hiermee op 23.

De formulering van vraag 32 uit de CQ-index, van het onderdeel EHGv, is aangepast om specifiek te vragen naar of de VS informatie over de aandoening heeft gegeven. Hierbij zijn de antwoordopties ook anders geformuleerd.

Bij alle relevant bevonden vragen is in de vraagstelling de benaming 'het ambulancepersoneel' vervangen door 'de hulpverlener'. Ook is de titel van het tweede onderdeel, 'zorg van het ambulancepersoneel', veranderd in 'zorg van de Verpleegkundig Specialist'. Van deze 23 vragen is daarnaast de nummering en waar nodig de formulering aangepast. Een overzicht hiervan is te vinden in bijlage 8, weergegeven in tabel 19. De eerste vraag, die anders is geformuleerd, is hierin niet weergegeven, gezien de nummering hetzelfde is gebleven.

3.4.2 Toegevoegde vragen

Er zijn zeven vragen toegevoegd aan de vragenlijst VS. Dit brengt het totaal op dertig vragen, die zijn verdeeld over vijf onderdelen. In de initiële CQ-index werden slechts twee vragen toegewijd aan EHGv. Op verzoek van de RAV Brabant MWN is dit onderdeel in de aangepaste versie uitgebreid, namelijk met vijf vragen. Het totaal voor dit onderdeel komt daarmee op zeven. Deze vijf vragen zijn voort gekomen uit overleg met de RAV Brabant MWN en worden onderbouwd door de literatuur. De zesde aanvulling vraagt naar de mening van de patiënt over in hoeverre deze vindt dat er goed met zijn of haar klacht is omgegaan. De zevende vraagt om nadere toelichting bij de vraag daarvoor. Een overzicht van alle toegevoegde vragen met bijbehorende nummering is te vinden in bijlage 8, weergegeven in tabel 22.

Uit communicatie met de RAV Brabant MWN bleek dat er specifiek interesse was in de tevredenheid van patiënten over de zelfzorginstructies en het vangnetadvies (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 8 maart 2019). De bij het onderdeel 'EHGv' toegevoegde vragen, genummerd 18 tot en met 21, omvatten dit onderwerp.

De vragen 18 en 19 betreffen het vangnetadvies en de communicatie van de zelfzorginstructies. Zoals eerder benoemd, is heldere en effectieve communicatie een belangrijke factor bij het geven van zelfzorginstructies (Derkx et al., 2009). Hierbij geldt, hoe beter de communicatie, des te groter de kans dat mensen bereid zijn dit advies op te volgen. Als vervolgvraag wordt dan ook vraag 20 gesteld, of het advies ook daadwerkelijk is opgevolgd.

Vraag 21 is geen vraag in de meest recente versie van de CQ-index, maar wel in eerdere versies. De CQ-index richt zich echter op alle soorten spoedeisende inzetten, waar EHGv-ritten slechts een klein percentage van zijn. Hierdoor was deze vraag voor de meerderheid van de respondenten

niet van toepassing. De reden voor het verwijderen van deze vraag was dan ook dat het antwoord 'Niet van toepassing' door veel respondenten werd ingevuld (Krol et al., 2013). Aangezien dit onderzoek zich specifiek richt op EHGv-inzetten, is de vraag weer toegevoegd aan de vragenlijst.

Vraag 22 heeft betrekking op hoe het is afgelopen met de patiënt. Er wordt geïnformeerd naar of de respondent na het consult van de VS binnen 72 uur nog bij de huisarts, HAP, SEH, of een andere medisch specialist is geweest. De effectiviteit van de behandeling en de huidige gezondheidstoestand zijn factoren waarvan bewezen is dat zij invloed hebben op patiënttevredenheid (Black, Varaganum, & Hutchings, 2014; Poelstra et al., 2018). De relevantie van vraag 22, alsmede de vraag die al in de CQ-index aanwezig was over hoe de respondent zijn gezondheid nu zou noemen, worden dus ondersteund door de literatuur.

Het toevoegen van vraag 23 had als doel om in kaart te brengen in hoeverre patiënten vinden dat zij goed geholpen zijn met hun klacht. Zoals beschreven in de literatuur (Iftikhar et al., 2011; Jaklič et al., 2018) is het verschil tussen de verwachtingen van de patiënt over de zorg en de geleverde zorg een belangrijke indicator voor de mate van patiënttevredenheid. Naast de wetenschappelijke onderbouwing, kwam ook vanuit de RAV Brabant MWN het verzoek hiernaar te informeren. Daarnaast is vraag 25 toegevoegd op verzoek van de RAV Brabant MWN (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 27 maart 2019). Deze vraag verzoekt de respondent het antwoord op vraag 24 toe te lichten.

3.5 Gegevensverwerking

De verzamelde data voor dit onderzoek is geanalyseerd met behulp van Microsoft Excel. In deze databank worden de afgenomen vragenlijsten genummerd in de rijen weergegeven en de vragen in de kolommen. De antwoorden worden gecodeerd weergegeven.

3.5.1 Codering

De vragenlijst VS bestaat uit 30 vragen, waarvan zeven nominale vragen, 22 vragen op ordinaal niveau meten en één vraag open is. Bij alle ordinale vragen is de eerste antwoordoptie als '0' gecodeerd, de tweede als '1' en zo verder. Daarnaast is bij een aantal vragen de antwoordoptie 'Weet ik niet (meer)' en/of 'Niet van toepassing' toegevoegd. Deze worden als 'W' en 'X' gecodeerd. Bij vraag 29 wordt de antwoordoptie 'Anders, namelijk' de codering Y gegeven. Als er geen antwoord op een vraag wordt verkregen, wordt een Z ingevuld. Deze vier antwoordopties zijn met een letter gecodeerd om de cijfergevoelige formules en daarmee de analyse niet te beïnvloeden. Een uitgebreide beschrijving van de coderingen per vraag is te vinden in bijlage 8.

Alle ordinale vragen zijn zodanig geformuleerd dat de eerste antwoordoptie de laagste mate van tevredenheid weergeeft en de laatste antwoordoptie de hoogste mate van tevredenheid. Omgekeerd coderen is binnen dit onderzoek dan ook niet nodig.

3.5.2 Analyse

De vragenlijst VS bestaat zoals beschreven uit nominale en ordinale variabelen, die met behulp van beschrijvende statistiek zijn geanalyseerd. Bij deze variabelen is het gebruik van het gemiddelde als centrummaat niet aangeraden, aangezien deze te gevoelig is voor extreme waarden (Bakker & Van Buuren, 2014; Scott & Mazhindu, 2005). Om deze reden is bij het analyseren van de gegevens gebruik gemaakt van de modus en de mediaan. Gezien de centrummaten, zijn de range en de interkwartielafstand gebruikt als spreidingsmaat. Ook zijn kruistabellen gebruikt om subgroepen met elkaar te vergelijken.

Binnen de wetenschappelijke literatuur is geen consensus over welk aspect van de zorg de grootste invloed heeft op patiënttevredenheid. Uit een literatuuronderzoek naar beïnvloedende factoren op patiënttevredenheid (Al-Abri & Al-Balushi, 2014) bleek dat in de geïncludeerde onderzoeken houdingsaspecten, communicatievaardigheden en het verstrekken van voldoende en duidelijke informatie als meest invloedrijk waren aangegeven. Daarentegen waren er ook studies die vakinhoudelijk handelen (Otani, Herrmann, & Kurz, 2011), emotionele steun (Jenkinson et al.,

2002; Togher et al., 2015) en de wachttijd (Anderson et al., 2007) aangaven als doorslaggevend. Om in kaart te brengen wat voor de steekproefpopulatie van dit onderzoek de meest invloedrijke factor is op patiënttevredenheid, zijn de resultaten van de vragenlijst aan de hand van de volgende vijf aspecten geïnterpreteerd: houding/attitude, effectieve communicatie, wachttijd, vakinhoudelijk handelen en emotionele steun.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Het beoordelen van de betrouwbaarheid van de onderzoekers kan volgens Bakker en Van Buuren (2014) op verschillende manieren worden uitgevoerd. De eerste manier is om de intrabeoordelaarbetrouwbaarheid te bepalen. Dit houdt in dat de vragenlijst door één onderzoeker verschillende keren wordt afgenomen bij een en dezelfde proefpersoon. Hierbij wordt gemeten of steeds dezelfde resultaten naar voren komen, waarna gesproken kan worden van een hoge of lage intrabeoordelaarbetrouwbaarheid (Bakker & Van Buuren, 2014). Bij de onderzoeker is naar voren gekomen dat de proefpersoon consequent antwoord gaf op dezelfde vraag.

De tweede manier is het bepalen van de interbeoordelaarbetrouwbaarheid. Dit wordt in Bakker en Van Buuren (2014) omschreven als 'de mate waarin de resultaten van metingen door verschillende beoordelaars bij dezelfde proefpersonen overeenkomen'. Voor de uitvoering van dit onderzoek, is gekozen om de vragenlijst door één onderzoeker af te laten nemen. Hierdoor is op dit onderzoek de interbeoordelaarbetrouwbaarheid niet van toepassing.

Om de betrouwbaarheid van het instrument te meten, wordt onder andere de test-hertestbetrouwbaarheid gebruikt. Hierbij wordt een instrument meerdere keren door dezelfde proefpersoon ingevuld (Bakker & Van Buuren, 2014). De vragenlijst VS is door een aantal proefpersonen ingevuld en een week later opnieuw ingevuld. Er was geen verschil in de antwoorden van de proefpersoon in de vragenlijst. Dit maakt dat de vragenlijst voldoende test-hertestbetrouwbaarheid heeft.

Een andere manier om de betrouwbaarheid van een instrument te meten is door de homogeniteit van de vragenlijst te bepalen. Dit wordt gedaan door middel van een item-analyse. Volgens Bakker en Van Buuren (2014) is een itemanalyse een methode om na te gaan in hoeverre een antwoord op een vraag samenhangt met het antwoord op alle andere vragen in een vragenlijst, wat homogeniteit wordt genoemd. Met behulp van het statistisch programma SPSS kan de Cronbach's alpha uitgerekend worden, als statistische uitkomstmaat voor het aangeven van homogeniteit van de items in een itemanalyse (Bakker & Van Buuren, 2014). Gezien het feit dat er geen valide vragenlijst beschikbaar is specifiek voor de VS binnen de ambulancezorg, is de algemene CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg gebruikt als leidraad. Aangezien SPSS niet beschikbaar is voor studenten op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, kan de betrouwbaarheid van de vragenlijst VS niet worden berekend.

Naast de betrouwbaarheid kan een instrument ook beoordeeld worden op validiteit. In Bakker en Van Buuren (2014) wordt validiteit als volgt omschreven: 'De mate waarin het resultaat van een onderzoek of meting de juiste weergave van de werkelijkheid is'. Bij een vragenlijst kan de validiteit worden gemeten door te kijken of voldoende aspecten van het onderwerp in het instrument worden belicht (Bakker & Van Buuren, 2014). Bij dit instrument is de inhoudsvaliditeit gemeten door het instrument voor te leggen aan verschillende experts, om na te gaan of er aspecten van het onderwerp ontbraken. De feedback hiervan is voor de start van de meting verwerkt in de vragenlijst. Daarnaast is ook een uitgebreid, systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd om zoveel mogelijk aspecten van het onderwerp in kaart te brengen (Scott en Mazhindu, 2005). Zo kan geconcludeerd worden dat de vragen van de vragenlijst VS valide, toepasbaar en meetbaar zijn.

Volgens Bakker en Van Buuren (2014) kan recall-bias plaatsvinden bij dataverzameling waarbij vertrouwd moet worden op het geheugen van patiënten. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden. Om de kans op recall-bias binnen dit onderzoek te minimaliseren, vond de gegevensverzameling plaats binnen tien dagen na de hulpverlening.

3.7 Ethische en juridische overwegingen

In dit onderzoek wordt rekening gehouden met patiëntrechten. Het recht op informatie en het toestemmingvereiste spelen hierbij een belangrijke rol (Legemaate, 2001). Door middel van informed consent kunnen onderzoekers rekening houden met de rechten van de patiënt. Binnen dit onderzoek is telefonisch om toestemming gevraagd, aangezien het niet mogelijk is om informed consent schriftelijk te verkrijgen. Er is via de telefoon nogmaals gevraagd of de patiënt wil participeren aan het tevredenheidsonderzoek. Daarnaast heeft de patiënt te allen tijde het recht om zich terug te trekken uit het onderzoek. Ook worden de rechten die staan benoemd in de folder van de RAV Brabant MWN in acht genomen (zie bijlage 5).

Het telefoongesprek werd niet opgenomen wegens ethische overwegingen. Alle patiëntgegevens die binnen het onderzoek zijn verkregen, worden geanonimiseerd verwerkt. Er wordt vertrouwelijk omgegaan met de gegevens en deze zijn uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt. De onderzoekers hebben de 'Verklaring geheimhouding' ondertekent, zodat een zo hoog mogelijke zorgvuldigheid kan worden gegarandeerd (Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij, 2017). Deze is terug te vinden in bijlage 9.

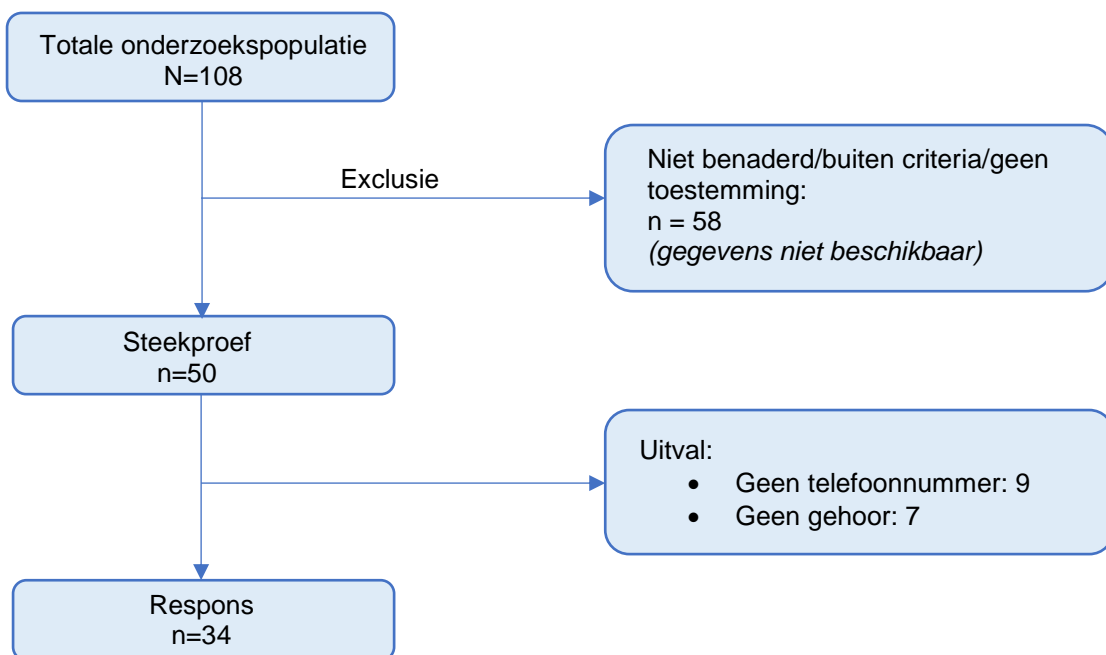
Toestemming van de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) was niet nodig voor dit onderzoek. Er vindt geen inbreuk van lichamelijke en/of psychische integriteit van de patiënt plaats (Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij, 2017).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een overzichtelijke weergave van de totstandkoming van de respons en de resultaten gegeven. Deze resultaten zijn voortgekomen uit de afgenomen vragenlijsten.

4.1 Respons

De onderzoeksgegevens zijn verkregen in de periode 8 april 2019 tot en met 19 mei 2019. Het totale aantal respondenten bestond uit 34 patiënten. Dit is 31,5 procent van de mogelijke onderzoekspopulatie. Zie figuur 2 voor de totstandkoming van de respons. De inclusiecriteria betroffen een leeftijd van achttien jaar of ouder en de beheersing van de Nederlandse taal. De exclusiecriteria betroffen mensen met cognitieve afwijkingen en patiënten die zijn komen te overlijden tussen het consult van de VS en de telefonische benadering. Het aantal (n=58) is wel bekend, echter waren er geen verdere gegevens beschikbaar vanuit de RAV Brabant MWN over de reden van exclusie.



Figuur 2. Schematische weergave totstandkoming respons

4.2 Demografische kenmerken

In tabel 1 is zijn de verschillende aspecten van de onderzoekspopulatie weergegeven. Deze aspecten komen overeen met vraag 1, 27, 28, 29 en 30 van de 'vragenlijst VS'. De respondenten werden daarnaast vanuit de RAV ingedeeld op de aard van hun klacht, vandaar dat in de onderstaande tabel de ICD-classificatie is toegevoegd.

Tabel 1
Demografische kenmerken

	n	%
Leeftijd (n=34)		
18 t/m 24 jaar	3	8,82
25 t/m 34 jaar	10	29,41
35 t/m 44 jaar	7	20,59
45 t/m 54 jaar	6	17,65
55 t/m 64 jaar	3	8,82
65 t/m 74 jaar	4	11,76
75 t/m 84 jaar	1	2,94
85 jaar of ouder	0	0
Geslacht (n=34)		
Man	19	55,88
Vrouw	15	44,12
Opleidingsniveau (n=34)		
Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)	0	0
Lager onderwijs	1	2,94
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	5	14,71
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	2	5,88
Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs	16	47,06
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	3	8,82
Hoger beroepsonderwijs	6	17,65
Wetenschappelijk onderwijs	1	2,94
Anders	0	0
Eerdere ervaring(en) spoedeisende ambulancezorg (n=34)		
Nee, ik ben eerder als patiënt met ambulancezorg in aanraking gekomen	17	50,00
Ja, dit was mijn eerste ervaring	17	50,00
Zelfgerapporteerde gezondheid (n=34)		
Slecht	2	5,88
Matig	8	23,53
Goed	12	35,29
Zeer goed	6	17,65
Uitstekend	6	17,65
ICD-classificatie (n=34)		
IV. Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	1	2,94
V. Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	3	8,82
VI. Ziekten van zenuwstelsel	1	2,94
VII. Ziekten van oog en adnexen	1	2,94
IX. Ziekten van hart en vaatstelsel	1	2,94
X. Ziekten van ademhalingsstelsel	4	11,76
XV. Zwangerschap, bevalling en kraambed	1	2,94
XVIII. Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geclassificeerd	9	26,47
XIX. Letsel, vergiftiging, en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	13	38,24

4.3 Beschrijvende statistiek

Zoals eerder beschreven bestaat de vragenlijst uit nominale en ordinale vragen. Bij de nominale vragen is als centrummaat de modus gebruikt en bij de ordinale vragen de mediaan. Daarnaast is bij de ordinale vragen de range als spreidingsmaat gebruikt.

De vragen zijn geanalyseerd aan de hand van de aspecten die volgens de literatuur de patiënttevredenheid het meest beïnvloeden. Deze aspecten zijn 'wachtijd', 'houding/attitude', 'emotionele steun', 'vakinhoudelijk handelen' en 'effectieve communicatie'. Daarnaast zijn er twee vragen waarbij patiënten een algemeen waardeoordeel konden geven. De vragen die onder geen van de bovenstaande aspecten vielen zijn geclassificeerd als 'overig'. Zie tabel 2 voor de verdeling van de vragen per onderdeel. De open vragen (vraag 25 en 26) staan hier niet in weergegeven, want deze zijn apart geanalyseerd.

Per vraag is bij elke antwoordoptie het percentage weergegeven van hoe vaak deze optie werd genoemd. Bij de vragen 5, 7, 8, 12, 16, 18, 19 en 20 werd de respondent om nadere toelichting gevraagd. Hieruit zijn factoren naar voren gekomen die de respondenten bepalend vonden bij het beantwoorden van de vraag. Deze factoren staan onder de desbetreffende vraag vermeld.

Naast het analyseren per aspect, zijn de gegeven cijfers bij het waardeoordeel ook vergeleken met de kenmerken van de respondenten.

Tabel 2
Aspecten patiënttevredenheid

Aspect	Vraagnummers
Wachtijd	3 en 4
Houding/attitude	5, 6 en 8
Emotionele steun	7, 9 en 21
Vakinhoudelijk handelen	10, 11 en 12
Effectieve communicatie	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 en 20
Algemeen waardeoordeel	23 en 24
Overig	1, 2, 22, 27, 28, 29 en 30

4.3.1 Wachtijd

De resultaten van het aspect 'wachtijd' zijn weergegeven in tabel 3 en 4.

Tabel 3
Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 3

Vraag	Mediaan	Range	Veel langer dan verwacht (%)	Langer dan verwacht (%)	Even lang als verwacht (%)	Korter dan verwacht (%)	Weet ik niet (meer) (%)
3. Hoe lang moest u wachten op de hulpverlener?	'even lang als verwacht'	3	3	12	32	38	15

Tabel 4
Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 4

Vraag	Mediaan	Range	Groot probleem (%)	Klein probleem (%)	Geen probleem (%)	Weet ik niet (meer) (%)
4. Was het wachten op de hulpverlener een probleem?	'geen probleem'	1	0	9	82	9

4.3.2 Houding/attitude

De resultaten van het aspect 'houding/attitude' zijn hieronder weergegeven in tabel 5.

Tabel 5

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vragen 5, 6 en 7

Vragen	Mediaan	Range	Nee, helemaal niet (%)	Een beetje (%)	Grotendeels (%)	Ja, helemaal (%)	Weet ik niet (meer) (%)
5. Nam de hulpverlener u serieus?	'ja, helemaal'	0	0	0	0	100	0
6. Had de hulpverlener genoeg tijd voor u?	'ja, helemaal'	1	0	0	3	97	0
8. Had u vertrouwen in de hulpverlener?	'ja, helemaal'	1	0	0	3	97	0

Als toelichting bij vraag 5 werden zeven factoren genoemd die bepalend waren hiervoor. Deze factoren zijn behulpzaamheid, duidelijke communicatie, het in acht nemen van privacy, daadkrachtig handelen, het stellen van veel vragen, het uitvoeren van testen en/of onderzoeken en het bieden van een luisterend oor. Bij vraag 8 waren de bepalende factoren: een verzorgde outfit, vriendelijkheid, professionele houding, deskundigheid en het maken van oogcontact.

4.3.3 Emotionele steun

De resultaten van het aspect 'emotionele steun' zijn hieronder weergegeven in tabel 6.

Tabel 6

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vragen 7, 9 en 21

Vragen	Mediaan	Range	Nee, helemaal niet (%)	Een beetje (%)	Grotendeels (%)	Ja, helemaal (%)	Weet ik niet (meer) (%)	Niet van toepassing (%)
7. Werd u door de hulpverlener gerustgesteld?	'ja, helemaal'	1	0	0	15	85	0	0
9. Had de hulpverlener aandacht voor de mensen die aanwezig waren?	'ja, helemaal'	1	0	0	3	79	6	12
21. Heeft de hulpverlener geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat hij/zij vertrok?	'ja, helemaal'	1	0	0	3	88	6	3

Als toelichting bij vraag 7 werden vier factoren genoemd die bepalend waren hiervoor. Deze factoren zijn het nemen van de tijd, het verstrekken van informatie, het geven van uitleg, het geven van een fysieke aanraking en een rustige uitstraling.

4.3.4 Vakinhoudelijk handelen

De resultaten van het aspect 'vakinhoudelijk handelen' zijn weergegeven in tabel 7 en 8.

Tabel 7

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 10

Vraag	Modus	Nee (%)	Ja (%)
10. Bent u door de hulpverlener opgetild en/of verplaatst?	'nee'	79	21

Tabel 8

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vragen 11 en 12

Vragen	Mediaan	Range	Nee, helemaal niet (%)	Een beetje (%)	Grotendeels (%)	Ja, helemaal (%)	Weet ik niet (meer) (%)	Niet van toepassing (%)
11. Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?	'Ja, helemaal'	2	0	0	0	21	0	79
12. Heeft de hulpverlener genoeg gedaan om u met uw pijn te helpen?	'Ja, helemaal'	2	0	3	6	62	0	29

Als toelichting bij vraag 12 werden vier factoren genoemd die bepalend waren hiervoor. Deze factoren zijn het voorschrijven van medicatie, het kalmeren van de respondent, uitleg geven over psychische pijn en uitleg geven over eventueel later optredende pijn.

4.3.5 Effectieve communicatie

De resultaten van het aspect 'effectieve communicatie' zijn weergegeven in tabel 9.

Tabel 9

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vragen 13 t/m 20

Vragen	Mediaan	Range	Nee, helemaal niet (%)	Een beetje (%)	Grotendeels (%)	Ja, helemaal (%)	Weet ik niet (meer) (%)	Niet van toepassing (%)
13. Gaf de hulpverlener uitleg over wat hij met u deed?	'ja, helemaal'	1	0	0	3	88	9	0
14. Legde de hulpverlener dingen op een begrijpelijke manier uit?	'ja, helemaal'	1	0	0	9	88	3	0
15. Gaf de hulpverlener duidelijk antwoord op uw vragen?	'ja, helemaal'	1	0	0	6	62	3	29
16. Heeft de hulpverlener u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?	'ja, helemaal'	3	3	3	6	79	6	3
17. Heeft de hulpverlener u informatie gegeven over wat u moet doen met uw aandoening (zelfzorg-instructies)?	'ja, helemaal'	3	3	3	0	94	0	0
18. Heeft de hulpverlener u uitgelegd wat te doen als de klachten terugkomen of verergeren?	'ja, helemaal'	3	3	0	0	97	0	0
19. Waren de zelfzorg-instructies die u kreeg van de hulpverlener duidelijk?	'ja, helemaal'	3	3	0	0	94	0	3
20. Heeft u het advies dat de hulpverlener heeft gegeven opgevolgd?	'ja, helemaal'	1	0	0	9	91	0	0

Als toelichting bij vraag 16 werden vier factoren genoemd die bepalend waren hiervoor. Deze factoren zijn de urgentie, de wil van de respondent, het plegen van overleg met andere relevante zorgverleners en gebrek aan toegevoegde waarde van vervoer naar het ziekenhuis. Voor vraag 18 waren dit: het weten bij welke klachten of alarmsignalen er gehandeld moest worden, het weten wat te doen (zelfzorginstructies en/of vangnetadvies) en bij wie ze telefonisch of persoonlijk terecht konden. Voor vraag 19 gold dat het geven van een heldere uitleg, het rekening houden met een mogelijke taalbarrière en een verzoek van de hulpverlener aan de respondent om de zelfzorginstructies te herhalen bepalende factoren waren. Tot slotte werden bij vraag 20 als toelichting de volgende factoren benoemd die bepalend waren hiervoor, namelijk duidelijkheid van het advies, de gezondheid van de respondent en de wil van de respondent.

4.3.6 Algemeen waardeoordeel en overige vragen

De resultaten van het aspect 'algemeen waardeoordeel' zijn weergegeven in tabellen 10 en 11.

Tabel 10

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 23

Vraag	Mediaan	Range	Nee, helemaal niet (%)	Een beetje (%)	Grotendeels (%)	Ja, helemaal (%)	Weet ik niet (meer) (%)
23. Vindt u dat u goed bent geholpen met uw klacht?	'ja, helemaal'	1	0	0	9	91	0

Tabel 11

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 24

Vraag	Mediaan	Range	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	8 (%)	9 (%)	10 (%)
24. Welk cijfer geeft u uw hulpverlener?	'9'	3	0	0	0	0	0	0	6	26	29	38

De resultaten van de vragen 1, 27, 28, 29 en 30 van het aspect 'overig' staan reeds vermeld in tabel 1. Daarbij is de modus van vraag 1 zowel 'ja' als 'nee', aangezien evenveel respondenten wel eerdere ervaring hadden met de spoedeisende ambulancezorg hadden als geen eerdere ervaring. De mediaan van vraag 27 is het antwoord 'goed' met een range van 4. De mediaan van vraag 28 is 'middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs' met een range van 6. De mediaan van vraag 29 is de categorie '35 tot en met 44 jaar' met een range van 6. De modus van vraag 30 is het geslacht 'man'.

De resultaten van de resterende vragen zijn weergegeven in tabellen 12, 13 en 14.

Tabel 12

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 2

Vraag	Mediaan	Range	Levensbedreigend (%)	Spoedeisend (%)	Dringend (%)	Geen tijdsdruk (%)	Weet ik niet (meer) (%)
2. Hoe ernstig schatte u de gebeurtenis in, toen u de ambulancezorg nodig had?	'spoedeisend'	3	18	35	29	15	3

Tabel 13

Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden vraag 22

Vraag	Modus	Nee (%)	Ja (%)
22. Bent u in de drie dagen na het bezoek van de hulpverlener nog bij de huisarts, HAP, SEH of andere specialist geweest?	'ja'	38	62

Tabel 14

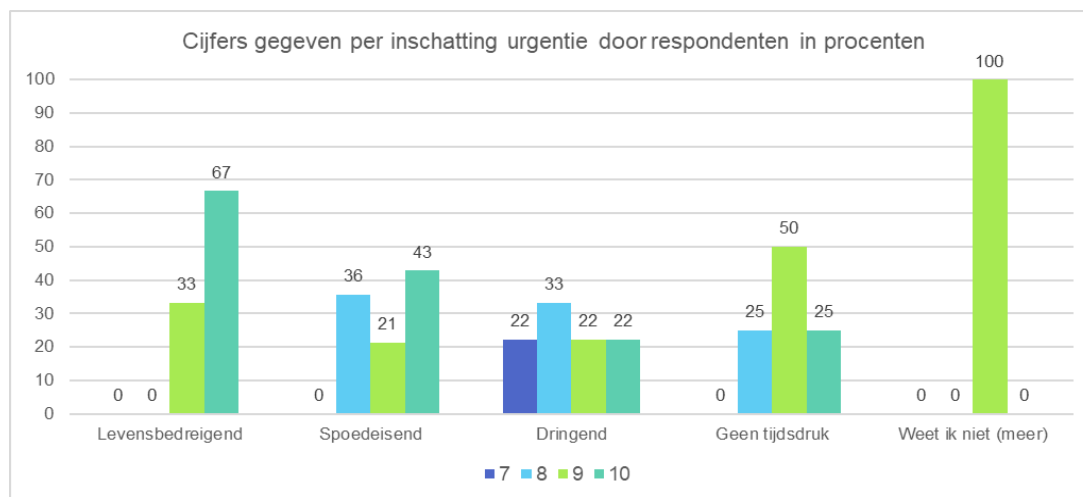
Centrummaat, spreidingsmaat en percentages van de gegeven antwoorden toelichting vraag 22

Vraag	Huisarts (%)	HAP (%)	SEH (%)	Andere specialist (%)	Huisarts en andere specialist (%)	Huisarts, HAP en andere specialist (%)
Toelichting vraag 22. Met welke specialist heeft u binnen drie dagen na het bezoek van de hulpverlener contact gehad?	60	5	10	10	10	5

De oorzaak van het bezoek aan een specialist binnen drie dagen na het bezoek van de hulpverlener kan onder twee categorieën worden verdeeld, namelijk 'terugkerende klachten' en 'op advies voor verder beleid'. Van de 21 respondenten die contact hebben gehad met een specialist, deden elf van hen dit op advies van de VS om verder beleid af te spreken. Tien respondenten namen contact op aan de hand van het vangnetadvies vanwege terugkerende klachten.

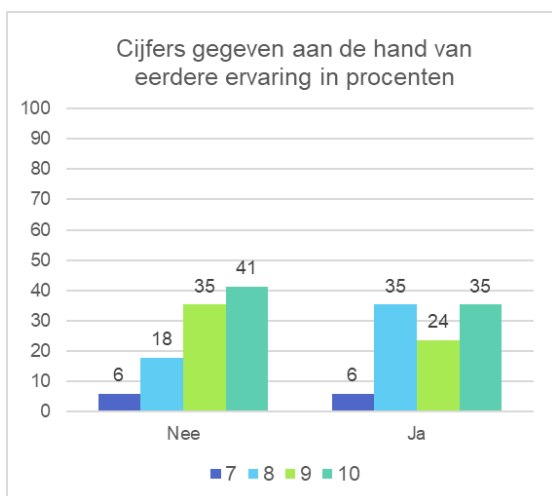
4.3.7 Waardeoordeel per demografisch kenmerk

In figuur 3 worden de gegeven cijfers van vraag 24 weergegeven per inschatting van de urgentie door respondenten in procenten.

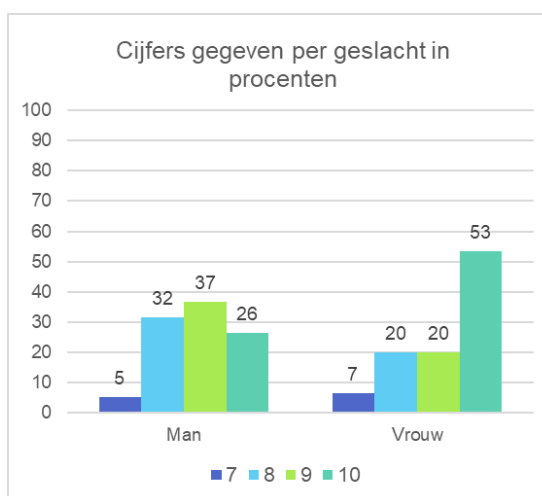


Figuur 3. Cijfers gegeven per inschatting urgentie door respondenten in procenten

In figuur 4 worden de gegeven cijfers van vraag 24 aan de hand eerdere ervaring vergeleken in procenten. In figuur 5 worden de gegeven cijfers vergeleken per geslacht in procenten.

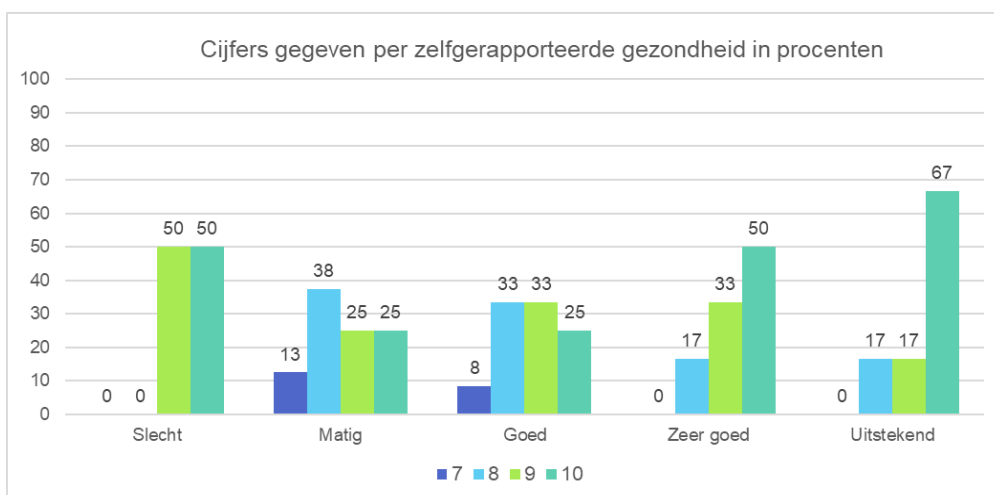


Figuur 4. Cijfers gegeven aan de hand van eerdere ervaring in procenten



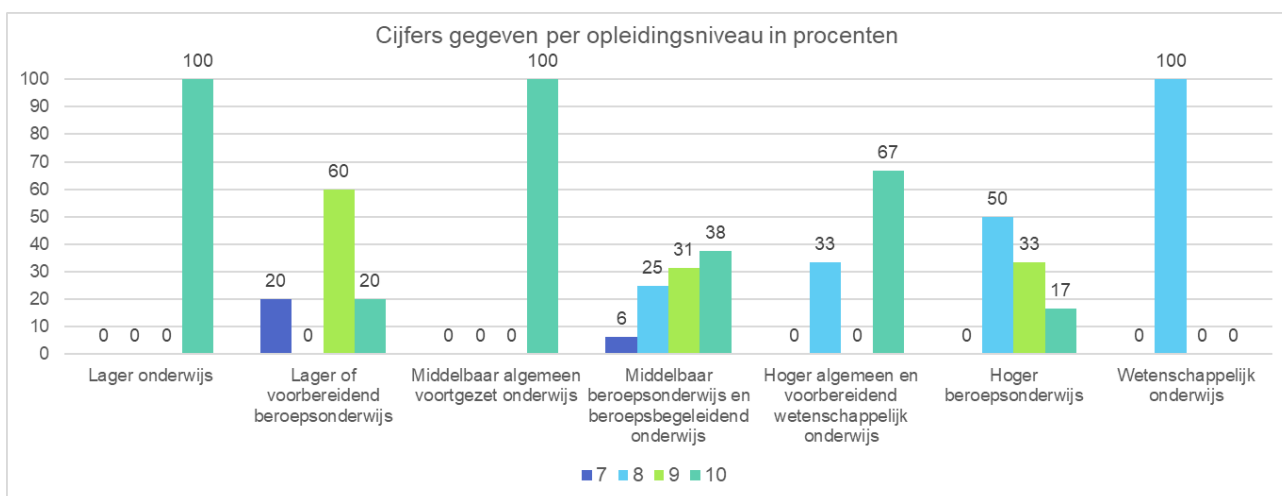
Figuur 5. Cijfers gegeven per geslacht in procenten

In figuur 6 zijn de gegeven cijfers per zelfgerapporteerde gezondheid in procenten weergegeven.



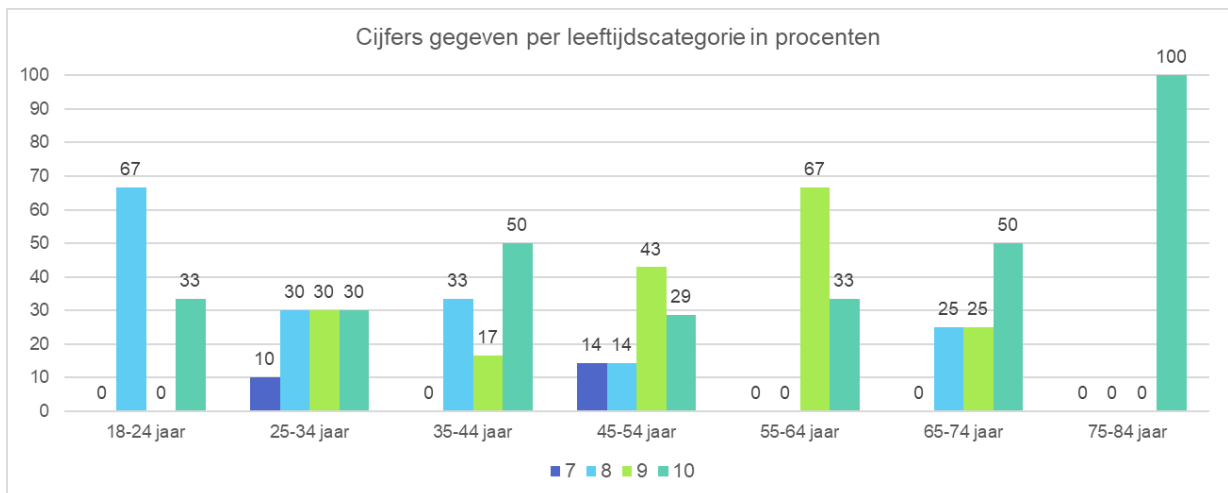
Figuur 6. Cijfers gegeven per zelfgerapporteerde gezondheid in procenten

In figuur 7 zijn de gegeven cijfers vergeleken per opleidingsniveau weergegeven in procenten.



Figuur 7. Cijfers gegeven per opleidingsniveau in procenten

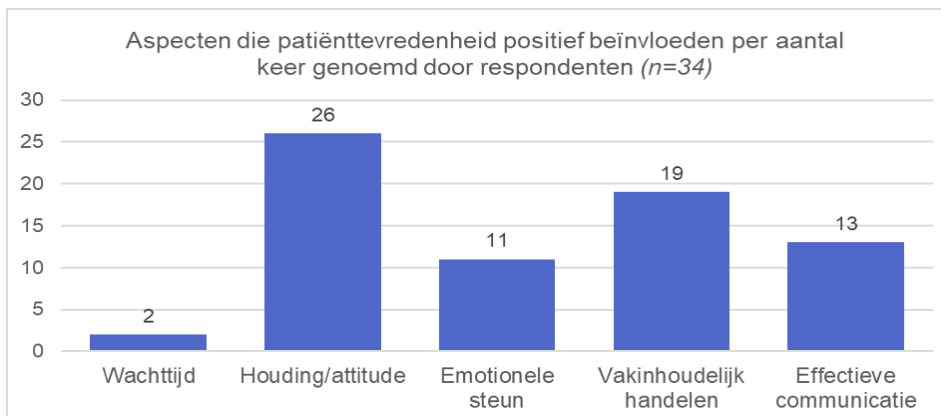
In figuur 8 zijn de gegeven cijfers per leeftijdscategorie met elkaar vergeleken. Dit is weergegeven in procenten.



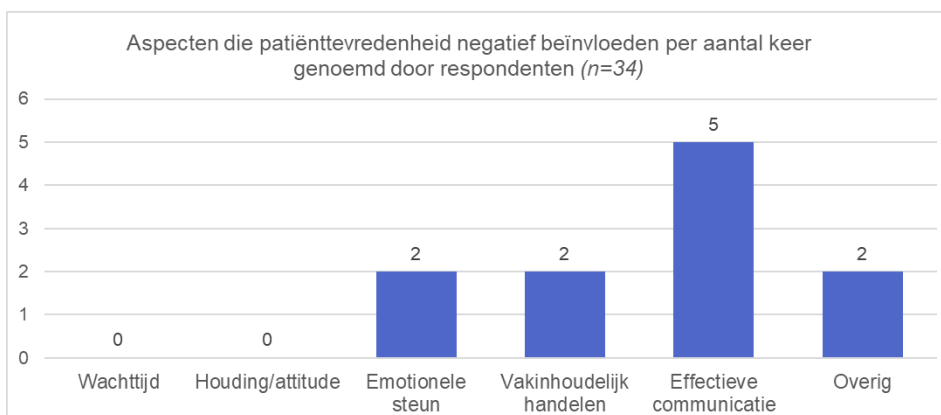
Figuur 8. Cijfers gegeven per leeftijdscategorie in procenten

4.3.8 Open vragen

Vraag 25 vroeg de respondenten om het cijfer dat zij aan de hulpverlener gaven toe te lichten. Hierbij benoemden de respondenten factoren die voor hen bepalend waren om tot het desbetreffende cijfer te komen. Deze factoren kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op het cijfer. De benoemde factoren zijn onderverdeeld in de aspecten wachttijd, houding/attitude, emotionele steun, vakinhoudelijk handelen en effectieve communicatie. Dit is weergegeven in figuur 9.



Figuur 9. Aspecten die patiënttevredenheid positief beïnvloeden per aantal keer genoemd door respondenten (n=34)



Figuur 10. Aspecten die patiënttevredenheid negatief beïnvloeden per aantal keer genoemd door respondenten (n=34)

Vraag 26 vroeg de respondenten naar dingen die zij eventueel zouden willen veranderen aan de ambulancezorg. De factoren die hier werden benoemd zijn ook onderverdeeld in de vijf eerdergenoemde aspecten. Dit is weergegeven in figuur 10. Zoals te zien is het aspect 'overig', twee keer genoemd als negatief effect. Er zijn namelijk twee opmerkingen gemaakt over de kennis van actuele verkeerssituaties. Deze factor kon niet onder de vijf overkoepelende aspecten geschaald worden en werd daarom als 'overig' geclassificeerd.

Uit de antwoorden bij vraag 26 kwam naar voren dat een tweetal respondenten zich niet genoeg gerustgesteld voelden. Daarnaast merkte één respondent op dat bij hem de wond niet goed gehecht was. Dit werd daarom als verbeterpunt genoemd bij 'vakinhoudelijk handelen'. Ook kwam naar voren dat soms niet duidelijk uitgelegd werd wat de oorzaak van de klacht precies was. Daarnaast werd het vermijden van moeilijke vaktermen als verbeterpunt aangedragen. Een andere opmerking ging over het feit dat het zelfzorgadvies soms moeilijk te onthouden was door bijvoorbeeld pijn of shock. Ten slotte kwam naar voren dat wanneer er sprake is van een taalbarrière, de communicatie bij voorkeur op een rustige en begrijpelijke manier moet verlopen.

Naast de bovenstaande verbeterpunten kwamen ook algemene opmerkingen ter tafel. Zo werd meerdere keren opgemerkt dat respondenten deze vorm van ambulancezorg als erg prettig hebben ervaren, waarbij zij waar mogelijk geholpen werden in hun eigen omgeving. Ook werd waardering uitgesproken voor de manier waarop hulpverleners de respondenten zich niet bezwaard lieten voelen over het feit dat zij 112 gebeld hadden, waarbij er uiteindelijk geen noodzaak bleek te zijn voor vervoer naar het ziekenhuis. Daarnaast werd het tonen van interesse naar de respondenten als prettig ervaren. Op deze manier werd de sfeer soms wat meer ontspannen. Tot slotte werd een aantal keer opgemerkt door de respondenten dat er ook de tijd genomen werd voor familie/vrienden/omstanders die aanwezig waren tijdens het bezoek van de hulpverlener. Dit kwam vaak ten goede van de geruststelling van de respondenten.

5. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd. Ook worden sterktes en zwaktes van deze studie besproken en wordt de praktijkrelevantie van de resultaten benoemd.

Dit onderzoek heeft als vraagstelling: *‘Wat is de mate van tevredenheid van patiënten die een consult hebben gekregen van een Verpleegkundig Specialist tijdens een Eerste Hulp Geen Vervoer inzet binnen de RAV Brabant MWN?’*

Bij deze vraagstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Wat is een geschikt instrument om de patiënttevredenheid te meten binnen de ambulancezorg Nederland?

Welke factoren beïnvloeden patiënttevredenheid binnen deze vorm van ambulancezorg en wat is de ervaring van patiënten met deze vorm van ambulancezorg?

Hoe tevreden zijn patiënten over de zelfzorginstructies en met name het vangnetadvies?

Daarnaast was het doel van dit onderzoek om voor juni 2019 de tevredenheid van patiënten die een consult van een VS hebben gekregen tijdens een EHG-rit binnen de RAV Brabant MWN in kaart te brengen.

5.1 Interpretatie resultaten

De resultaten die in dit onderzoek zijn verkregen, worden geïnterpreteerd aan de hand van de eerdergenoemde zes aspecten. Daarbij worden deze resultaten vergeleken met de literatuur.

5.1.1 Wachtijd

De resultaten van de twee vragen die onder dit aspect vallen laten zien dat de respondenten tevreden zijn over de wachttijd. De wachttijd werd daarnaast door twee respondenten genoemd als bepalend positief aspect voor het gegeven waardeoordeel. Deze resultaten komen overeen met de literatuur die eerder beschreven is in dit onderzoek. Uit de onderzoeken van Taylor en Bengner (2014) en Anderson et al. (2007) bleek namelijk dat de wachttijd één van de belangrijkste factoren voor de patiënttevredenheid is.

5.1.2 Houding/attitude

Uit de drie vragen van de ‘vragenlijst VS’ die dit aspect belicht hebben kan worden gesteld dat de tevredenheid onder de respondenten hoog was. Daarnaast hebben 26 van de 34 respondenten ‘houding/attitude’ als belangrijkste factor benoemd voor het positief beïnvloeden van het waardeoordeel. Hiermee is ‘houding/attitude’ het vaakst benoemde aspect dat als bepalend werd geacht. Ook in de literatuur worden houdingsaspecten een belangrijke factor genoemd voor patiënttevredenheid (Al-Abri & Al-Balushi, 2014; Taylor & Bengner, 2004). De resultaten uit dit onderzoek komen hiermee dus overeen.

5.1.3 Emotionele steun

Drie vragen vallen onder het aspect ‘emotionele steun’. De respondenten waren erg tevreden hierover en ‘emotionele steun’ werd elf keer genoemd als belangrijke positieve factor voor patiënttevredenheid in het algemeen. De resultaten vanuit de literatuur (Jenkinson et al., 2002; Togher et al., 2015) komen hier mee overeen.

5.1.4 Vakinhoudelijk handelen

Drie vragen vallen onder het aspect ‘vakinhoudelijk handelen’. De respondenten waren hier zeer tevreden over. Daarnaast werd ‘vakinhoudelijk handelen’ negentien keer genoemd als belangrijke positieve factor voor het algemene waardeoordeel. Na ‘houding/attitude’ is dit de belangrijkste factor die in deze studie naar voren is gekomen. Dat ‘vakinhoudelijk handelen’ een belangrijke factor is, komt overeen met de literatuur (Otani et al., 2011).

5.1.5 Effectieve communicatie

Acht vragen vallen onder het aspect 'effectieve communicatie'. Uit de resultaten blijkt dat er grote tevredenheid is onder de respondenten over de communicatie van de hulpverleners. De respondenten waren ook zeer tevreden over het vangnetadvies en de zelfzorginstructies. Zij vonden deze duidelijk en wisten wat zij konden doen. 'Effectieve communicatie' is daarnaast dertien keer benoemd als belangrijke positieve factor voor het geven van een cijfer aan de hulpverlener. Dit komt overeen met de onderzoeken van Al-Abri en Al-Balushi (2014) en Derkx et al. (2009).

5.1.6 Algemeen waardeoordeel en overige vragen

De respondenten voelden zich geholpen en gaven de cijfers 7, 8, 9 en 10. Dit zijn relatief hoge cijfers, waarbij gezegd kan worden dat de respondenten tevreden tot zeer tevreden zijn.

Er blijkt in deze studie geen verband te zitten tussen de gegeven cijfers en eerdere ervaring met de spoedeisende ambulancezorg. Jaklič et al. (2018) en Quintana et al. (2006) benoemen eerdere ervaring echter wel als beïnvloedende factor op patiënttevredenheid. Dit verschil kan worden verklaard door de kleinere steekproefgrootte van deze studie.

Hoe ernstig de patiënt de situatie zelf inschatte had in dit onderzoek geen invloed op de patiënttevredenheid. Dit is niet in overeenstemming met de onderzoeken van Iftikhar et al. (2011) en Jaklič et al. (2018), maar kan worden verklaard door het verschil in steekproefgrootte en het vermogen van patiënten om de urgentie van een zorgvraag in te schatten.

De zelfgerapporteerde gezondheidsstatus van respondenten bleek in deze studie geen invloed te hebben op het waardeoordeel. Dit komt niet overeen met de literatuur, want in de onderzoeken van Black et al. (2014) en Poelstra et al. (2018) staat beschreven dat een lagere zelfgerapporteerde gezondheid een negatieve invloed heeft op patiënttevredenheid. Het verschil in resultaten kan worden verklaard door verschillen in onderzoekspopulaties en gezondheidssetting.

Binnen dit onderzoek is het verschil in de gegeven cijfers verdeeld over de verschillende opleidingsniveaus en de leeftijd van respondenten. Dit sluit niet aan op de literatuur, aangezien daar wordt gesteld dat een hogere leeftijd en een lager opleidingsniveau leiden tot een hogere patiënttevredenheid (Quintana et al., 2006; Otani et al., 2011). Ook Jenkinson et al. (2006) beweert dat een hogere leeftijd geassocieerd wordt met een hogere tevredenheid. Deze verschillen kunnen worden verklaard door de kleinere steekproefgrootte van dit onderzoek. Rama en Kanagaluru (2011) daarentegen vonden niet genoeg bewijs voor een verband tussen een hogere leeftijd of een lager opleidingsniveau en patiënttevredenheid.

In dit onderzoek hebben vrouwen vaker een hoger cijfer gegeven dan mannen. Dit is niet in overeenstemming met de onderzoeken van Quintana et al. (2006) en Otani et al. (2011), waarin mannen een hogere tevredenheid hebben dan vrouwen. Dit verschil kan worden verklaard door het verschil in steekproefgrootte tussen deze studie en de bovenstaande onderzoeken. Daarentegen stelt het onderzoek van Jenkinson et al. (2006) dat geslacht geen betrouwbare determinant is voor een hogere tevredenheid, wat overeenkomt met resultaten van Rama en Kanagaluru (2011).

5.1.7 Open vragen

De houding/attitude van de hulpverlener naar de patiënt toe blijkt de grootste positieve invloed te hebben op patiënttevredenheid. Effectieve communicatie heeft de grootste negatieve invloed op patiënttevredenheid. Uit de resultaten van de open vragen komt naar voren dat duidelijke en effectieve communicatie dus een belangrijk aandachtspunt is. Het is voor de patiënt van belang dat de oorzaak van de klacht duidelijk uitgelegd wordt en het gebruik van moeilijke vaktermen zoveel mogelijk achterwege gelaten wordt. Ook het rekening houden met een eventuele taalbarrière is gewenst. Daarnaast was het gegeven advies soms moeilijk te onthouden door bijvoorbeeld pijn of shock.

5.2 Sterktes en zwaktes

In deze paragraaf worden de sterktes en zwaktes van dit onderzoek benoemd.

5.2.1 Steekproef

Verskil in persoonlijke facetten zoals geslacht, opleidingsniveau en gezondheidstoestand zijn binnen dit onderzoek goed vertegenwoordigd. De diversiteit geeft dan ook een goed beeld van de dagelijkse praktijk. Vanwege deze heterogene samenstelling van de onderzoekspopulatie kan dan ook gesteld worden dat deze populatie representatief is voor de rest van de Nederlandse bevolking.

De steekproef van deze studie bestond zoals gezegd uit 34 respondenten, oftewel 31,5 procent van de onderzoekspopulatie. Deze respons had hoger uit kunnen vallen wanneer de hulpverleners zorgvuldiger waren omgegaan met het noteren van de telefoonnummers van patiënten die toestemming hadden gegeven om mee te doen aan het onderzoek. Desondanks kan het bereiken van 34 respondenten binnen het gegeven tijdsbestek als positief worden gezien voor verder onderzoek.

5.2.2 Bias

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst en het uitvoeren van dit onderzoek is getracht de kans op bias zoveel mogelijk te verkleinen. Desondanks is het mogelijk dat enige vorm van selectie bias heeft plaatsgevonden. Het meegeven van de folders aan mogelijke respondenten werd namelijk door de VS gedaan. Echter, de respondenten beantwoorden de vragen van het onderzoek over diezelfde VS. Om deze reden kan een VS iemand geen folder hebben meegegeven als hij of zij dacht dat de patiënt een ontevreden beeld zou schetsen over hem of haar. Voor dit onderzoek betekent dit dat mogelijk een hogere patiënttevredenheid is gemeten dan in de werkelijkheid.

Daarnaast is één van de hulpverleners die de folders heeft uitgedeeld ook de opdrachtgever van dit onderzoek. Deze VS heeft kennis over de vragen die gesteld worden bij het afnemen van de vragenlijst. Het is mogelijk dat de hulpverlening hierop aangepast is, met een hogere tevredenheid als gevolg.

5.2.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Zoals eerder vermeld, is het statistische programma SPSS niet beschikbaar voor studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Van de vragenlijst die in dit onderzoek is aangepast en gebruikt, kon de homogeniteit dan ook niet bepaald worden. Deze vragenlijst is echter gebaseerd op de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg, waarvan de Cronbach's alpha wel is uitgerekend. Dit onderzoek is uitgevoerd met de aanname dat de betrouwbaarheid van beide vragenlijsten grotendeels overeenkomt.

Om de validiteit van de vragenlijst binnen dit onderzoek te waarborgen zijn een aantal peer reviews uitgevoerd. Deze bestonden uit verschillende experts uit het werkveld. De concepten van de vragenlijsten zijn van kritische feedback voorzien. De onderzoekers hebben deze kritiek vervolgens waar mogelijk verwerkt.

Binnen dit onderzoek is bij één enkele vraag gebruik gemaakt van een 10-punts Likert schaal. Zoals beschreven in Scott en Mazhindu (2005) leidt het gebruik van een schaal met meer dan zeven punten bij de antwoorden tot een verschuiving richting het middelpunt. Dit is het gevolg van een natuurlijke neiging van de mens om extreme antwoorden te vermijden bij het beantwoorden van persoonlijke vragen. Voor dit onderzoek betekent dit dat de cijfers gegeven aan de hulpverleners in vraag 24 in werkelijkheid hoger zouden kunnen uitvallen. Dit komt overeen met het feit dat een aantal respondenten die een cijfer lager dan 10 hebben gegeven, desondanks aangaven perfect geholpen te zijn en/of geen verbeterpunten konden benoemen.

5.2.4 Generaliseerbaarheid en verplaatsbaarheid

Vanwege het feit dat het project 'Verpleegkundig Specialist op straat' alleen in de regio Brabant MWN is opgestart, beschikt dit onderzoek over een verminderde generaliseerbaarheid. Mocht het project in dezelfde vorm opgestart worden in andere regio's, dan zou dit onderzoek op dezelfde manier ook daar toegepast kunnen worden. Het onderzoek heeft dus een grote verplaatsbaarheid. Als het project zich uitbreidt naar andere regio's, zou ook de generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek groter worden. Er is wel sprake van generaliseerbaarheid wat betreft de aspecten die door respondenten het belangrijkste geacht werden. Het bepalend vermogen van het aspect houding/attitude zou ook kunnen gelden voor andere ambulancezorgprofessionals binnen EHGv-inzetten. Hetzelfde geldt voor de negatieve invloed van communicatiefactoren.

De vragenlijst die gebruikt is in dit onderzoek heeft een hoge verplaatsbaarheid. Bij andere onderzoeken naar patiënttevredenheid bij Eerste Hulp Geen Vervoer inzetten zou deze vragenlijst in zijn geheel overgenomen kunnen worden. Alleen de naam van de vragenlijst dient in dat geval aangepast te worden.

5.3 Praktijkrelevantie

Voor de praktijk van de ambulancezorg betekenen de resultaten binnen dit onderzoek een inzicht in de praktijk. Het wordt nu duidelijk hoe de hulpverlening van een VS binnen EHGv-ritten ontvangen wordt door patiënten. In dit onderzoek komt naar voren dat de respondenten zeer tevreden zijn over de hulpverlener. Hierbij wordt het aspect 'houding/attitude' als belangrijkste aspect gezien. Er zijn daarnaast nog aandachtspunten binnen het aspect 'effectieve communicatie'.

Uit de resultaten van dit onderzoek zijn slechts een aantal verbeterpunten naar voren gekomen. Voor vervolgonderzoek zou door middel van het vergroten van de steekproef meer verbeterpunten kunnen worden ontdekt. Deze steekproef kan worden vergroot door een langere onderzoeksperiode te hanteren en bijvoorbeeld kinderen te includeren in de onderzoekspopulatie. Voor onderwijs aan bachelor- en vervolgoopleidingen kunnen de resultaten handvatten bieden. De onderwijsinstellingen weten nu op welke aspecten ze zich kunnen richten binnen het beroepsonderwijs. Zo worden de toekomstige hulpverleners opgeleid op basis van wat patiënten belangrijk vinden aan hun hulpverlening.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag en de deelvragen van dit onderzoek.

Dit onderzoek heeft als vraagstelling: *'Wat is de mate van tevredenheid van patiënten die een consult hebben gekregen van een Verpleegkundig Specialist tijdens een Eerste Hulp Geen Vervoer inzet binnen de RAV Brabant MWN?'*.

Bij deze vraagstelling zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Wat is een geschikt instrument om de patiënttevredenheid te meten binnen de ambulancezorg Nederland?

Welke factoren beïnvloeden patiënttevredenheid binnen deze vorm van ambulancezorg en wat is de ervaring van patiënten met deze vorm van ambulancezorg?

Hoe tevreden zijn patiënten over de zelfzorginstructies en met name het vangnetadvies?

Als antwoord op de onderzoeksvraag kan gesteld worden dat patiënten die een consult hebben gekregen van een Verpleegkundig Specialist tijdens een Eerste Hulp Geen Vervoer inzet binnen de RAV Brabant MWN zeer tevreden waren.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat de CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg een geschikt instrument is om patiënttevredenheid te meten binnen de ambulancezorg Nederland. Ook bleek uit het literatuuronderzoek welke aspecten de meeste invloed hebben op patiënttevredenheid. De vragenlijst van de CQ-index is aangepast om beter inzicht te krijgen in patiënttevredenheid binnen EHGv-inzetten en met name de tevredenheid van patiënten over de zelfzorginstructies en het vangnetadvies. Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat van deze aspecten vooral houding/attitude in positieve zin en effectieve communicatie in negatieve zin het meest bepalend zijn voor patiënttevredenheid. De respondenten gaven daarnaast aan dat zij deze vorm van ambulancezorg als zeer prettig hebben ervaren. Ook over de zelfzorginstructies en het vangnetadvies waren zij zeer tevreden.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk, vervolgonderzoek en het onderwijs.

7.1 Praktijk

Naar aanleiding van de gemeten patiënttevredenheid binnen dit onderzoek wordt aanbevolen om het project 'Verpleegkundig Specialist op straat' voort te zetten. Op basis van de prettige ervaringen van de respondenten met deze vorm van ambulancezorg binnen de RAV Brabant MWN, worden andere Regionale Ambulance Voorzieningen aangeraden om te onderzoeken of zij deze vorm van hulpverlening ook aan zouden kunnen bieden.

Bij de voortzetting van het project worden de VS aanbevolen om effectieve communicatie als aandachtspunt te blijven houden. Specifiek wordt hierbij aangeraden om voldoende tijd te besteden aan het uitleggen van de onderliggende oorzaak van de klachten van patiënten. Ook worden de hulpverleners aanbevolen om de zelfzorginstructies en het vangnetadvies op te schrijven zodat deze zo nodig opnieuw geraadpleegd kan worden. Het achterlaten van schriftelijk advies kan ook een uitkomst bieden bij een mogelijke taalbarrière. In dit geval wordt daarnaast aanbevolen om rustig te praten en te controleren of de patiënt alles goed heeft begrepen.

7.2 Vervolgonderzoek

Bij een eventueel vervolg van dit onderzoek wordt aanbevolen om gebruik te maken van een langere onderzoeksperiode om de steekproef te vergroten. Dit komt ten goede van de betrouwbaarheid en de representativiteit van het onderzoek. De steekproef kan ook worden vergroot door te benadrukken dat de hulpverleners niet moeten vergeten om het telefoonnummer van de patiënt op te schrijven bij toestemming van deelname. Daarnaast is het uitbreiden van de onderzoekspopulatie door bijvoorbeeld kinderen te includeren een optie. De resultaten voor de VS kunnen vergeleken worden met andere ambulancemedewerkers om te zien in hoeverre deze vorm van hulpverlening van toegevoegde waarde is. Voor de gegevensverwerking en data-analyse wordt bij vervolgonderzoek aanbevolen om een statistisch programma als SPSS te gebruiken.

Om een vollediger beeld te krijgen van de patiënttevredenheid binnen de regio RAV Brabant MWN wordt aanbevolen om, naast de voortzetting van dit kwantitatieve onderzoek, ook middels kwalitatief onderzoek de tevredenheid te meten. Mogelijk worden door middel van diepte-interviews eventuele andere factoren en/of verbeterpunten gevonden die niet met de 'vragenlijst VS' boven tafel zijn gekomen.

Voor vervolgonderzoek wordt daarnaast aanbevolen zich te richten op het vinden van een andere manier om patiënten te benaderen voor deelname aan het onderzoek, ter voorkoming van de introductie van selectie-bias. Ook wordt aangeraden te onderzoeken welke methode voor het eventuele achterlaten van zelfzorginstructies en vangnetadvies het meest effectief is.

7.3 Onderwijs

Voor onderwijs wordt aanbevolen extra aandacht te besteden aan de aspecten 'houding/attitude' en 'effectieve communicatie' met betrekking tot het functioneren als ambulanceprofessional. Dit geldt voor alle opleidingen die onderwijs aanbieden voor studenten en/of professionals die als einddoel het werken als ambulanceprofessional hebben. Zo worden toekomstige hulpverleners zodanig opgeleid dat zij op de hoogte zijn van factoren die patiënttevredenheid beïnvloeden.

Bibliografie

- Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3-7. doi:10.5001/omj.2014.02
- Ambulancezorg Nederland. (z.d.-a). *Ambulancezorgverlening in 2016*. Geraadpleegd op 22 februari 2019, van <https://www.ambulancezorg.nl/sectorkompas/ambulancezorgverlening-in-2016>
- Ambulancezorg Nederland. (z.d.-b). *Ambulancezorgverlening in 2017*. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van <https://www.ambulancezorg.nl/sectorkompas/ambulancezorgverlening-in-2017>
- Ambulancezorg Nederland. (z.d.-c). *Fact & Figures 2017*. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van <https://www.ambulancezorg.nl/sectorkompas/fact-figures-2017>
- Ambulancezorg Nederland. (z.d.-d). *Landelijk protocol ambulancezorg(LPA)*. Geraadpleegd op 8 maart 2019, van <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/landelijk-protocol-ambulancezorg>
- Ambulancezorg Nederland. (z.d.-e). *Overige kwaliteitskaders, protocollen en richtlijnen*. Geraadpleegd op 8 maart 2019, van <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/protocollen-en-richtlijnen/overzicht-kwaliteitskaders-protocollen-en-richtlijnen>
- Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7, 31. doi:10.1186/1472-6963-7-31
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg* (Tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Black, N., Varaganum, M., & Hutchings, A. (2014). Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery. *BMJ Quality & Safety*, 23(7), 534-542. doi:10.1136/bmjqs-2013-002707
- Bloemhoff, A., Schoonhoven, L., de Kreek, A. J., van Grunsven, P. M., Laurant, M. G., & Berben, S. A. (2016). Solo emergency care by a physician assistant versus an ambulance nurse: a cross-sectional document study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24, 86. doi:10.1186/s13049-016-0279-3
- Cleary, P., & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *Journal of the American Medical Association*, (19), 1608-12. doi:10.1001/jama.1997.03550190072047
- Dainty, K. N., Seaton, B., Laupacis, A., Schull, M., & Vaillancourt, S. (2017). A qualitative study of emergency physicians' perspectives on PROMs in the emergency department. *BMJ Quality & Safety*, 26(9), 714-721. doi:10.1136/bmjqs-2016-006012
- Delnoij, D., & Hendriks, M. (2008). De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 86(8), 440-446. doi:10.1007/BF03082141
- Derx, H., Rethans, J. J., Maijburg, R., Winkens, R., Muijtens, A., van Rooij, H., & Knottnerus, J. A. (2009). De kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten. *Huisarts & Wetenschap*, 52(7), 326-331.
- Dimova, R., Stoyanova, R., & Keskinova, D. (2017). The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croatian Medical Journal*, 58(1), 63-74. doi:10.3325/cmj.2017.58.63

- Ebben, R. H. A., Vloet, L. C. M., Speijers, R. F., Tönjes, N. W., Loef, J., Pelgrim, T., ... Berben, S. A. A. (2017). A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25, 71. doi:10.1186/s13049-017-0409-6
- Evers, G. (1998). *Meten van zelfzorg: verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij. (2017). *Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen*. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van <https://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/ethische-adviescommissie-onderzoek/gedragscode/>
- Fowler, F. J. Jr. (2013). *Survey Research Methods* (Fifth Edition). SAGE Publications.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (z.d.) *Medische Hulpverlening*. Geraadpleegd op 28 februari 2019, van <https://www.han.nl/opleidingen/bachelor/medische-hulpverlening/vt/opleiding/afstuderen/>
- Höglund, E., Schröder, A., Möller, M., Andersson-Hagiwara, M., & Ohlsson-Nevo, E. (2019). The ambulance nurse experiences of non-conveying patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 235-244. doi:10.1111/jocn.14626
- Iftikhar, A., Allah, N., Shadiullah, K., Habibullah, K., Muhammed, A. R., & Muhammed, H. K. (2011). PREDICTORS OF PATIENT SATISFACTION. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 9(2), 183-188.
- Jaklič, T. K., Kovač, J., Maletič, M., & Bunc, K. T. (2018). Analysis of Patient Satisfaction with Emergency Medical Services. *Open Medicine*, 13, 493-502. doi:10.1515/med-2018-0073
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 335-339. doi:10.1136/qhc.11.4.335
- Krol, M., Sixma, H., & Plass, A. M. (2013). *CQI Spoedeisende Ambulancezorg: actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen*. Utrecht: NIVEL.
- Larsson, G., Strömberg, U., Rogmark, C., & Nilsson, A. (2018). Patient satisfaction with prehospital emergency care following a hip fracture: a prospective questionnaire-based study. *BMC Nursing*, 17, 38. doi:10.1186/s12912-018-0307-x
- Legemaate, J. (2001). *Informed consent*. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/informed-consent.htm>
- Messina, G., Vencia, F., Mecheroni, S., Dionisi, S., Baragatti, L., & Nante, N. (2015). Factors Affecting Patient Satisfaction With Emergency Department Care: An Italian Rural Hospital. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 30-39. doi:10.5539/gjhs.v7n4p30
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *BIG-register - Rechten en plichten*. Geraadpleegd op 2 maart 2019, van <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/rechten-en-plichten>
- Nota, S. P. F. T., Strooker, J. A., & Ring, D. (2014). Differences in response rates between mail, e-mail, and telephone follow-up in hand surgery research. *Hand*, 9(4), 504-510. doi:10.1007/s11552-014-9618-x

- NVBMH. (2016) *Beroepsprofiel Bachelor Medische Hulpverlener*. Geraadpleegd op 25 februari 2019, van <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/library/38947/Beroepsprofiel%20Bachelor%20Medisch%20Hulpverlener%20NVBMH%20juni%202016.pdf>
- Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S. (2011). Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Services Management Research*, 24(4), 163-169. doi:10.1258/hsmr.2011.011008
- Poelstra, R., Selles, R. W., Slijper, H. P., Van der Oest, M. J. W., Feitz, R., Hovius, S. E. R., ... Hand-Wrist Study Group. Better patients' treatment experiences are associated with better postoperative results in Dupuytren's disease. *The Journal of Hand Surgery, European Volume*, 43(8), 848-854. doi:10.1177/1753193418780187
- Prakash, B. (2010). Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155. doi:10.4103/0974-2077.74491
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., ... Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6, 102. doi:10.1186/1472-6963-6-102
- Rama, M., & Kanagaluru, S. K. (2011). A STUDY ON THE SATISFACTION OF PATIENTS WITH REFERENCE TO HOSPITAL SERVICES. *International Journal of Business Economics & Management Research*, 1(3), 307. doi:10.5001/omj.2014.02
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (2017). *Het organogram van de RAV*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/Wie-zijn-we/>
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (2018). *Jaarverslag 2017: Veilige zorg begint op de meldkamer*. Geraadpleegd op 8 maart 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/nl-NL/Nieuws/Jaarverslag-2017-Veilige-zorg-begint-op-de-meldkamer>
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (z.d.-a). *Kwaliteit van Zorg*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/Wie-zijn-we/Kwaliteit-van-zorg>
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (z.d.-b) *Medisch Stafbureau*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/Wie-zijn-we/Kwaliteit-van-zorg/Medisch-stafbureau>
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (z.d.-c) *Wagenpark*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/nl-NL/Wat-doen-we/Wagenpark>
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (z.d.-d). *Werkgebied en onze locaties*. Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/Wie-zijn-we/Werkgebied>
- RAV Brabant Midden-West-Noord. (z.d.-e) *Wie zijn wij?* Geraadpleegd op 20 februari 2019, van <https://www.ravbrabantmwn.nl/Wie-zijn-we>
- Scott, I., & Mazhindu, D. (2005). *Statistics for Health Care Professionals*. Londen: SAGE Publications.
- Taylor, C., & Benger, J. R. (2004). Patient Satisfaction in Emergency Medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21(5), 528-532. doi:10.1136/emj.2002.003723
- Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten*. (2011). Geraadpleegd op 22 februari 2019, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2011-659.html>
- Tijdelijke wet ambulancezorg*. (2012). Geraadpleegd op 5 maart 2019, van https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20120511/publicatie_wet/document3/f=/vizib_yhcr9yv.pdf

- Togher, F. J., O’Cathain, A., Phung, V. H., Turner, J., & Siriwardena, A. N. (2015). Reassurance as a key outcome valued by emergency ambulance service users: a qualitative interview study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 18(6), 2951-2961. doi:10.1111/hex.12279
- V&VN. *Geroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 6 juni 2019, van https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf
- V&VN. *Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist*. Geraadpleegd op 18 februari, van <https://venvnvs.nl/wp-content/uploads/sites/164/2019/01/2019-01-31-Beroepsprofiel-Verpleegkundig-Specialist.pdf>
- V&VN. *Verpleegkundig Specialist Acute Zorg binnen de ambulancezorg*. Geraadpleegd op 22 februari, van <https://ambulancezorg.venvn.nl/Vakgroepen/VSAZ>
- Van de Glind, I. M., Berben, S. A. A., van Grunsven, P. M., Poppen, H. J., Bolt, W. F., Zeegers, A. J. J., ... Vloet, L. C. M. (2014). *Kennis maakt het verschil. Onderzoek in de lift. Ontwikkeling van de Landelijke Onderzoeksagenda Ambulancezorg 2014-2018*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, lectoraat Acute Intensieve Zorg.
- Van de Ven, D., Bos, N., & De Boer, D. (2017). *Kwaliteit van ambulancezorg van vanuit het perspectief van cliënten: ervaringen van cliënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg*. Utrecht: NIVEL.
- Verlenging en wijziging van de Tijdelijke wet ambulancezorg*. (2017). Geraadpleegd op 5 maart 2019, van https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20171107/publicatie_wet/document3/f=/vkj33iy0dysz8.pdf
- Wollersheim, H., Bakker, P., Bijnen, A., Gouma, D., Wagner, C., & Van der Weijden, T. (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage 1: Probleemanalyse

In deze bijlage is een beknopte probleemanalyse weergegeven.

Aanleiding en context

Er zijn verschillende aanleidingen tot het verrichten van dit onderzoek. Ten eerste is naar voren gekomen dat er in de loop der jaren steeds meer EHGv-ritten hebben plaatsgevonden (Ambulancezorg Nederland, z.d.-b). Het is voor patiënten zeer ingrijpend om naar het ziekenhuis vervoerd te worden. Voor patiënten zou het dan ook prettiger zijn als ze thuis gelaten kunnen worden, wanneer vervoer niet per se nodig is. Voor de RAV's is het ook voordelig als patiënten niet altijd mee naar het ziekenhuis hoeven. Reguliere ambulances blijven zo langer vrij om bijvoorbeeld naar een spoedgeval te rijden (Bloemhoff et al., 2016; Ebben et al., 2017). Ook raken SEH's steeds voller en ontstaan langere wachttijden voor patiënten (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 13 februari 2019).

Achtergrond

Patiënttevredenheid is een belangrijke en veel gebruikte indicator voor kwaliteitszorg (Prakash, 2010). Het leveren van kwaliteitszorg is één van de speerpunten van de RAV Brabant MWN (RAV Brabant Midden-West-Noord, z.d.-a). Gezien het stijgende aantal EHGv-ritten en de vollere SEH's, werd gekeken naar de mogelijkheid tot het gebruiken van een medisch opgeleide professional binnen de ambulancezorg. De VS was al binnen de RAVs aan het werk, maar nog niet patiëntgebonden (R. van Vliet, persoonlijke communicatie, 13 februari 2019). Binnen het project 'Verpleegkundig Specialist op straat' wordt gekeken naar de voordelen en nadelen van een beschikbare VS op een Rapid Responder in de regio Brabant MWN. De VS is medisch opgeleid en heeft een wettelijke bevoegdheid om voorbehouden handelingen uit te voeren (*Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten*, 2011). Ook mag een VS afwijken van het LPA om een ander protocol te volgen als deze geschikter is voor de patiënt.

Afbakening en relevantie

De focus van dit onderzoek ligt op de tevredenheid van patiënten over de VS. Dit onderzoek richt zich dus niet op tevredenheid binnen de ambulancezorg in het algemeen, maar specifiek op de VS. Gezien het feit dat deze beroepsgroep alleen binnen het project 'Verpleegkundig Specialist op straat' van de RAV Brabant MWN patiëntgebonden werkzaamheden verricht, wordt alleen in deze regio gemeten. Ook worden alleen patiënten geïnccludeerd die na het bezoek van de VS niet zijn vervoerd naar het ziekenhuis: de EHGv-inzetten.

Dit onderzoek is relevant, omdat patiënttevredenheid een belangrijke factor is voor het leveren van kwaliteitszorg. Het onderzoek draagt bij aan de evaluatie van het project 'Verpleegkundig Specialist op straat'.

Probleemstelling

Er is nog geen inzicht over de patiënttevredenheid van patiënten binnen de ambulancezorg die worden geholpen door een VS na een EHGv-consult.

Doelstelling

Het doel is om voor juni 2019 de tevredenheid van patiënten die een consult van een VS hebben gekregen tijdens een EHGv-rit binnen de RAV Brabant MWN in kaart te brengen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zullen aanbevelingen worden geformuleerd, om het leveren van kwaliteitszorg te optimaliseren.

Bijlage 2: Zoekstrategie

Naar aanleiding van het beantwoorden van de onderzoeksvraag is systematisch gezocht naar relevante literatuur. De vraagstelling:

‘Wat is de mate van tevredenheid van patiënten die een consult hebben gekregen van een Verpleegkundig Specialist (VS) tijdens Eerste Hulp Geen Vervoer inzet binnen de RAV Brabant MWN?’

Er is gezocht in databanken aan de hand van kernwoorden (MeSH-termen). Deze kernwoorden kunnen herleid worden uit de vraagstelling en uit de deelvragen. Voor het zoeken in Engelstalige databanken zijn de sleutelwoorden vertaald naar het Engels en zijn daarbij de definities weergegeven. Een overzicht staat weergegeven in tabel 15.

Tabel 15

Weergave PubMed MeSH-termen met bijbehorende definities

MeSH-termen [MeSH Terms]	Definitie
“Emergency Medical Services”	Services specifically designed, staffed, and equipped for the emergency care of patients
“Ambulances”	A vehicle equipped for transporting patients in need of emergency care
“Patient Satisfaction”	The degree to which the individual regards the health care service or product or the manner in which it is delivered by the provider as useful, effective, or beneficial
“Consumer Behavior”	Behavior associated with the procurement of goods, services, or experiences
“Nurse Practitioners”	Nurses who are specially trained to assume an expanded role in providing medical care under the supervision of a physician
“Emergency Medical Technicians”	Paramedical personnel trained to provide basic emergency care and life support under the supervision of physicians and/or nurses. These services may be carried out at the site of the emergency, in the ambulance, or in a health care institution
“Patient Reported Outcome Measures”	Assessment of the quality and effectiveness of health care as measured and directly reported by the patient
“Surveys and Questionnaires”	Collections of data obtained from voluntary subjects. The information usually takes the form of answers to questions, or suggestions

Naast de MeSH-termen die gebruikt zijn om systematisch te zoeken, zijn ook vrije zoektermen gebruikt. Voor deze kernwoorden zijn geen officiële MeSH-termen, maar zijn wel gebruikt in de literatuursearch. Een overzicht wordt weergegeven in tabel 16.

Tabel 16

Weergave vrije zoektermen

Vrije zoektermen [Free term]
Emergency Service
Ambulance Care
Pre-hospital Care
Pre-hospital Emergency Care
Patient Experience
Questionnaire
Survey
Non-conveyance

Kernwoorden

Per kernwoord zijn de MeSH termen en vrije zoektermen aan elkaar gekoppeld. De zoekacties zijn hieronder overzichtelijk weergegeven.

“Ambulance”

“Emergency Medical Services”	[MeSH term]	} 156939 hits
OR		
“Ambulances”	[MeSH term]	
OR		
“Pre-hospital Care”	[Free term]	
OR		
“Emergency Service”	[Free term]	
OR		
“Ambulance Care”	[Free term]	
OR		
“Pre-hospital Emergency Care”	[Free term]	

“Patienttevredenheid”

“Patient Satisfaction”	[MeSH term]	} 413381 hits
OR		
“Consumer Behavior”	[MeSH term]	
OR		
“Patient Experience”	[Free term]	

“Verpleegkundig Specialisten”

“Nurse Practitioners”	[MeSH term]	} 22621 hits
OR		
“Emergency Medical Technicians”	[MeSH term]	

“Instrumenten”

“Patient Reported Outcome Measures”	[MeSH term]	} 1397057 hits
OR		
“Surveys and Questionnaires”	[MeSH term]	
OR		
“Survey”	[Free term]	
OR		
“Questionnaire”	[Free term]	

“Eerste Hulp Geen Vervoer”

“Non-conveyance”	[Free term]	} 18 hits
------------------	-------------	-----------

Zoekstrengen

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van meerdere zoekstrategieën, bestaande uit MeSH-terminen, vrije termen, of een combinatie van beide. Op elke zoekopdracht zijn de filters “English”, “Publication date from 2010/01/01”, and “Free full text” toegepast. De gevonden artikelen werden gescreend voor relevantie op titel en abstract. Onderstaande zoekstrategieën bleken het meest relevant voor dit onderzoek:

Zoekstrategie 1

(((((("Emergency Medical Services"[Mesh]) OR "Ambulances"[Mesh])) AND pre-hospital care)) AND ((((((("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR "Consumer Behavior"[Mesh])) OR patient experience)) AND ((("Nurse Practitioners"[Mesh]) OR "Emergency Medical Technicians"[Mesh]))

Aantal hits: 4

Relevant: 1

Zoekstrategie 2

“patient satisfaction emergency medical services survey”

Aantal hits: 248

Relevant: 2

Zoekstrategie 3

“patient satisfaction pre-hospital emergency care questionnaire”

Aantal hits: 226

Relevant: 1

Zoekstrategie 4

("Patient Reported Outcome Measures"[Mesh]) AND "Emergency Medical Services"[Mesh]

Aantal hits: 6

Relevant: 1

Zoekstrategie 5

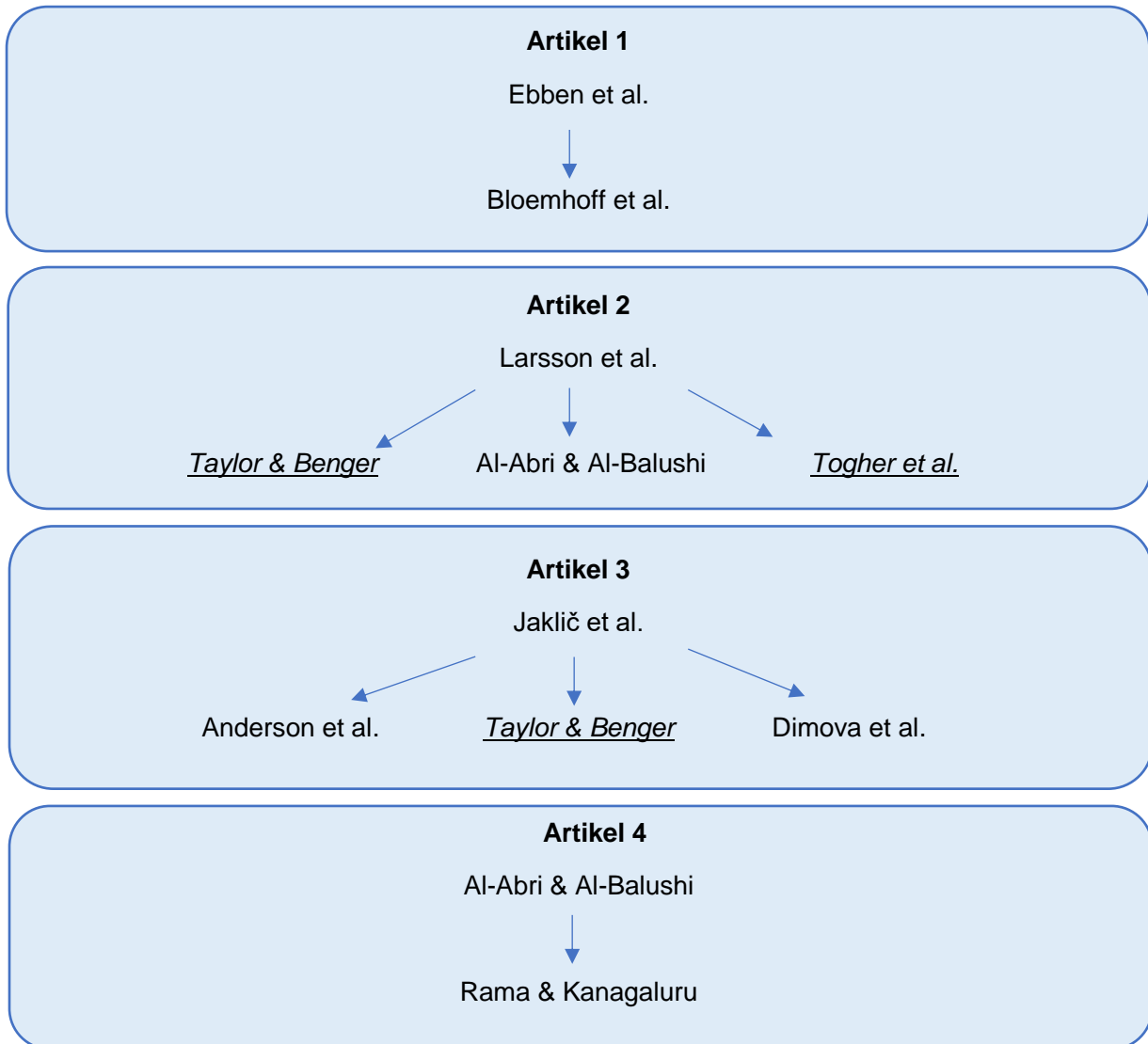
“non-conveyance”

Aantal hits: 14

Relevant: 2

Sneeuwbalmethode

Voor dit onderzoek is naast het systematisch gebruik van databanken de sneeuwbalmethode toegepast. Van relevante artikelen die werden geselecteerd uit de databanken zijn de bibliografieën gebruikt om verdere relevante artikelen te lokaliseren. Artikelen die reeds met de systematische methode gevonden waren staan *schuingedrukt* en onderstreept weergegeven. De resultaten van de sneeuwbalmethode zijn hieronder beschreven:



Bijlage 3: Evidencetabel

De artikelen die zijn gebruikt in dit onderzoek zijn gescreend op kwaliteit. Dit is in tabel 17 schematisch weer gegeven. Het instrument dat gebruikt is voor het beoordelen van de artikelen is terug te vinden in bijlage 3.

Tabel 17
De evidencetabel

Auteur, Jaar, Land	Design	Doel	Methode	Resultaten	Conclusie	Niveau
Al-Abri & Al-Balushi 2014 Oman	Systematische literatuur review	Het onderzoeken van beïnvloedende factoren op patiënttevredenheid en de impact van tevredenheidsstudies op kwaliteitsbevordering in organisaties binnen de gezondheidszorg.	Systematisch onderzoek in vijf databanken, waarna de sneeuwbalmethode werd gebruikt. Selectie op Engelstalig en publicatie tussen 1997 en 2012 (n=29).	Genoemde beïnvloedende factoren: bejegening, vermogen om te luisteren, emotionele steun, verpleegkundig handelen, effectieve communicatie en informatievoorziening. Er is geen consensus over de impact van studies over tevredenheid.	Belangrijkste genoemde factoren betroffen de bejegening en respectvolle omgang met de patiënt en effectieve communicatie en informatievoorziening. Patiënttevredenheids-onderzoeken worden nog niet systematisch meegenomen bij kwaliteitsverbetering.	3a
Anderson et al. 2007 VS	Explorerend, observationeel, dwarsdoorsnede	Onderzoeken van de invloed van wachttijden en de bereidheid om terug te komen voor zorg op patiënttevredenheid.	Een steekproef van online ingevulde vragenlijsten over patiënttevredenheid (n=5030).	Langere wachttijd werd geassocieerd met lagere tevredenheid. Langer contact (>5 min) met de arts na een lange wachttijd reduceert deze ontevredenheid.	Hoeveelheid tijd gespendeerd met de arts heeft meer invloed op tevredenheid dan wachttijden. Kortere patiëntcontacten om de wachttijd te verlagen zou dus averechts werken.	2c
Bloemhoff et al. 2016 Nederland	Explorerend, observationeel, dwarsdoorsnede	Vergelijken van het beoordelen, behandelen, doorverwijzen en follow-up contact met patiënten ambulancezorg tussen PAs en ambulancevpk. Focus ligt op de gezondheidsstatus van patiënten.	Data werd gehaald uit EPDs van patiënten die tussen 2010 en 2012 geholpen zijn door PAs of reguliere verpleegkundigen binnen de ambulancezorg (n=991).	Beide professionals gebruikten dezelfde beoordelingscriteria. Weinig informatie over verschil in behandeling. PAs verwezen 50% van patiënten door, vpk's 73%. Er zat geen verschil in follow-up contact.	PAs en RNs gebruikten vergelijkbare interventies, maar PAs kunnen vaker patiënten ter plekke al behandelen. De medische blik van PAs is hiervoor de basis. Er zit qua gezondheidsstatus geen verschil in patiënten die door een PA of een regulieren ambulancevpk zijn behandeld.	2c

Auteur, Jaar, Land	Design	Doel	Methode	Resultaten	Conclusie	Niveau
Dimova et al. 2017 Bulgarije	Explorerend, observationeel, dwarsdoorsnede	Valideren van Bulgaarse EUROPEP- vragenlijst en het daarmee meten van patiënttevredenheid van huisartsenzorg.	Vertaling en aanpassing instrument in vijf stages. Invullen van vragenlijsten (Bulgaarse EUROPEP) door patiënten uit de regio Centraal-Zuid Bulgarije, tussen april 2015 en juli 2015 (n=496).	Validiteit en betrouwbaarheid zijn gewaarborgd in Bulgaarse versie EUROPEP. Huisartsenzorg werd ervaren als zeer goed. Patiënten vonden het vermogen van de arts om te luisteren en vertrouwelijk omgaan met hun dossier het meest belangrijk.	De Bulgaarse versie van EUROPEP scoort voldoende op validiteit en betrouwbaarheid. De patiënttevredenheid was hoog. Meer onderzoek is nodig waarbij patiënten verbeterpunten kunnen aangeven en zodat meer patiënten van buiten de steden geïnccludeerd worden.	2c
Ebben et al. 2017 Nederland	Systematische literatuur review	Beschrijven van de prevalentie van EHG, kenmerken van EHG patiënten, follow-up zorg na EHG, bestaande richtlijnen en protocollen rondom EHG en beïnvloedende factoren voor de besluitvorming rond EHG.	Systematisch onderzoek in vier databanken in juni 2016, waarna de sneeuwbal methode werd gebruikt. Geen restricties op jaar van publicatie (n=67).	Prevalentie EHG tussen 3.7% en 93.7%. Vooral kinderen en ouderen niet vervoerd, klachten veelal trauma of neurologisch. Binnen 24 uur 2.5%-6.1% opnieuw ambulancezorg, 4.6%-19.0% naar SEH. Weinig protocollen beschikbaar. Beïnvloedende factoren op besluitvorming zijn gerelateerd aan de professional, de patiënt, het zorgsysteem en ondersteunende middelen.	De prevalentie van EHG verschilt erg. EHG-patiënten presenteren zich vooral met trauma of neurologie-gerelateerde klachten. Een deel van de patiënten komt binnen twee dagen opnieuw bij spoedzorg terecht. De besluitvorming rondom EHG is complex en benodigde competenties worden nauwelijks beschreven. Er zijn weinig ondersteunende middelen beschikbaar, wat de patiëntveiligheid in gevaar kan brengen.	2a

Auteur, Jaar, Land	Design	Doel	Methode	Resultaten	Conclusie	Niveau
Höglund et al. 2019 Zweden	Kwalitatief, explorerend, interviews	Het in kaart brengen van de ervaringen van AVP's met het niet-vervoeren van patiënten.	Inductieve interviews met 20 verpleegkundigen uit een regio in midden-Zweden, uitgevoerd in 2016 en 2017 met behulp van de COREQ-checklist voor kwalitatief onderzoek.	Verpleegkundigen beschrijven EHG.V als complex en veeleisend. Zij twijfelden vaak over het beste doen voor de patiënt, beschikbaar zijn voor urgentere inzetten, professionaliteit, mismanagement van middelen en het gevoel gebruikt te worden. Ze missen protocollen en regelgeving over EHG.V.	Een duidelijk protocol of mandaat betreffende EHG.V is gewenst, met specifieke training rondom EHG.V. AVP's denken zo beter om te kunnen gaan met niet-urgente zorgvragen en patiënten met misvattingen over de ambulancezorg. Er is meer onderzoek nodig over patiëntervaringen met EHG.V.	3b
Jaklič et al. 2018 Slovenië	Observationele, explorerende dwarsdoorsnede	Het analyseren van de mate van tevredenheid binnen de ambulancezorg en het bestuderen van de invloed van wachttijd als een belangrijke factor binnen het 'EMS organizational model'.	Het invullen van een vragenlijst, middels EUROPEP, tussen 1 januari 2016 en 31 maart 2016 (n=102).	Patiënten waren het meest tevreden over dat de arts goed naar hen luisterden, het vertrouwelijk behandelen van hun dossier en het snel handelen wanneer nodig. Ook bleek dat triage niet altijd werd uitgevoerd zodra de patiënt bij de kliniek was aangekomen.	De prestatie van het 'EMS organizational model' heeft invloed op patiënttevredenheid. Daarnaast is er ook een valkuil in het systeem gevonden en dat is de triage. Deze werd vaak niet bij aankomst uitgevoerd.	2c
Jenkinson et al. 2002 Schotland	Observationele, explorerende, dwarsdoorsnede,	Bepalen welke aspecten van gezondheidszorg patiënttevredenheid beïnvloeden en hun bereidheid om dat ziekenhuis aan te bevelen aan anderen. Daarnaast het exploreren in hoeverre tevredenheid een indicator is voor patiëntervaringen.	Online vragenlijst max. één maand na ontslag, gedurende twaalf maanden (n=2249)	De meeste patiënten beschreven hun ervaring als goed, erg goed of uitstekend en zouden het ziekenhuis aanbevelen. De belangrijkste determinanten van tevredenheid zijn fysiek comfort, emotionele ondersteuning en respectvolle omgang met de patiënt.	Tevredenheid wordt beïnvloed door de hoeveelheid verschillende zorg waarmee de patiënten mee in aanraking zijn gekomen. Daarnaast is het meten van ervaringen i.p.v. tevredenheid meer waardevol als indicator.	2c

Auteur, Jaar, Land	Design	Doel	Methode	Resultaten	Conclusie	Niveau
Larsson et al. 2018 Zweden	Observationele, beschrijvende dwarsdoorsnede	Het onderzoeken van patiënttevredenheid binnen de pre-hospitale spoedeisende zorg bij patiënten met een heupfractuur.	Patiënten zijn gerandomiseerd gekozen voor een origineel onderzoek. Bij verdenking heupfractuur werden zij geïncludeerd voor dit onderzoek en vulden zij een vragenlijst (CECSS) in (n=287).. Geïncludeerde patiënten hebben een vragenlijst aan de hand van de CECSS ingevuld (n=287).	Meer dan 80% van de patiënten hebben de meest positieve antwoorden aangekruist binnen de vragenlijst. Sommigen zijn minder tevreden over de informatie die verpleegkundigen gegeven hebben.	Patiënten scoren de tevredenheid binnen de pre-hospitale spoedeisende zorg zeer positief. Een verbeterpunt is de informatieverstrekking.	2c
Messina et al. 2015 Italië	Beschrijvend, observationeel, dwarsdoorsnede	Het identificeren van aandachtsgebieden binnen de verpleegkundige zorg met betrekking tot patiënttevredenheid.	Een steekproef waarbij vragenlijsten (CECSS) zijn ingevuld tussen 1 december 2010 en 31 mei 2011 in een ziekenhuis in Toscane, Italië (n=259)	Er zijn 2 factoren die significant de tevredenheid in het algemeen beïnvloedde. Het werd positief beïnvloed door het continu verkrijgen van informatie van het personeel over vertraging. Het oordeel werd negatief beïnvloed door de wachttijd voor het onderzoek.	Patiënten op de SEH zijn over het algemeen zeer tevreden over de klinische aspecten van de verpleegkundigen. Er is ruimte voor verbetering, zoals de organisatie van het ontslaan van patiënten, communicatie naar patiënten wanneer zij de patiënten iets willen bijbrengen, meer luisteren naar de onzekerheden van patiënten en het geven van zelfzorginstructies.	2c

Auteur, Jaar, Land	Design	Doel	Methode	Resultaten	Conclusie	Niveau
Quintana et al. 2006 Spanje	Explorerend, observationeel, dwarsdoorsnede	Het evalueren van mogelijk voorspellende factoren van patiënttevredenheid, met name sociaal-demografische factoren, eerdere opnames en vragenlijst-specifieke onderzoeksfactoren.	Gerandomiseerde patiënten binnen vier ziekenhuizen in Baskenland vragenlijsten in laten vullen, gedurende februari en maart 2002 (n=1910).	Leeftijd, onderwijsniveau, burgerlijke staat, geslacht, arbeidspositie, ligduur en eerdere opnames hebben invloed op de tevredenheid die patiënten aangeven. Timing van het aanbieden van de vragenlijst heeft invloed op de gerapporteerde tevredenheid.	De sociaal-demografische kenmerken van patiënten, evenals hun ligduur en eerdere ziekenhuisopnames, beïnvloeden de patiënttevredenheid. Een aandachtspunt bij vragenlijsten betreft welke factoren het beantwoorden van een vragenlijst beïnvloeden.	2c
Rama & Kanagaluru 2011 India	Explorerend, observationeel, dwarsdoorsnede	Het analyseren van factoren die de patiënttevredenheid beïnvloeden over ziekenhuis faciliteiten.	Een vragenlijst is ontwikkeld om deze in een interview af te nemen (n=150).	De tevredenheid over de faciliteiten onder vrouwen is minder groot dan bij mannen.	Vrouwen zijn over het algemeen meer tevreden dan mannen over de ziekenhuisfaciliteiten. Beiden zijn wel tevreden over de hygiëne van de lakens. Beiden zijn minder tevreden over het gedrag van medewerkers.	2c
Taylor & Bengner 2004 VK	Systematische review	Het indiceren van gepubliceerde bewijsstukken, gerelateerd aan patiënttevredenheid binnen de spoedeisende geneeskunde.	Systematische literatuurstudie binnen vijf databanken. Artikelen tussen januari 1990 en januari 2002 werden geïnccludeerd (n=7).	Leeftijd en ras beïnvloedde tevredenheid in sommige studies. Wachtijd een belangrijk beïnvloedende factor op patiënttevredenheid waaronder triage valt.	Het vergroten van informatieverstrekking bij aankomst op de spoedeisende hulp, scholing over gedrag en communicatie zijn middelen om de tevredenheid te beïnvloeden.	2a

Auteur, Jaar, Land	Design	Doel	Methode	Resultaten	Conclusie	Niveau
Togher et al. 2015 Engeland	Kwalitatieve interviews	Het onderzoeken van de aspecten van ambulance die gewaardeerd worden door patiënten.	Patiënten die recent met de ambulancezorg in aanraking zijn gekomen, zijn geïnterviewd of er is telefonisch contact opgenomen tussen september 2012 en januari 2013. Onderzoek is verricht bij een van de elf ambulance services in Engeland. (n=30).	Een aspect dat zeer gewaardeerd werd was geruststelling om de angst en/of te verminderen. Professionaliteit, communicatie, korte wachttijd en continuïteit tijdens overplaatsingen waren belangrijk om dit te bereiken.	De bekwaamheid van ambulancepersoneel om angsten te verminderen is cruciaal om hoge kwaliteit zorg te leveren.	3b

Bijlage 4: Levels of evidence

Tabel 18

Weergave van de 'levels of evidence'

Level	Type of evidence
1a	Systematic review with homogeneity of randomized control trials
1b	Individual randomized control trial with a narrow confidence interval
1c	All or none related outcome
2a	Systematic review with homogeneity of cohort studies
2b	Individual cohort study (including low-quality randomized control trials, e.g., <80% follow-up)
2c	"Outcomes" Research; Ecological studies
3a	Systematic review with homogeneity of case-control studies
3b	Individual case-control study
4	Case-series (and poor-quality cohort and case-control studies)
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"
Grades of recommendation	
A	Consistent level 1 studies
B	Consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies
C	Level 4 studies or extrapolations from level 2 or 3 studies
D	Level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level

Opmerking. *Levels of evidence*. Overgenomen uit Level of evidence for rating studies and grading recommendations, as per the Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) door The Oxford Centre. Maart 2009. Geraadpleegd op 13 maart 2019, van http://www.sikdt.org/viewimage.asp?img=SaudiJKidneyDisTranspl_2011_22_1_10_74335_b1.jpg

Bijlage 5: Folder participatie tevredenheidsonderzoek



Brabant Midden-West-Noord



Mogelijk heeft u naar aanleiding van deze folder nog een vraag. Of misschien nádat u hebt meegewerkt aan het onderzoek. In dat geval kunt u altijd contact opnemen met de onderzoeker
Email: medisch@ravbrabantmwn.nl
Telefoon: 085-044_22_20

Hebt u medische vragen?

Hebt u na de hulpverlening nog medische vragen, dan kunt u tijdens kantooruren met uw huisarts contact opnemen. Bij niet-levensbedreigende medische vragen in de avond, nacht of weekend kunt u contact opnemen met de Huisartsenpost Midden-Brabant: 0900-3322222, of met de huisartsenpost in uw eigen regio. Bij een levensbedreigende situatie belt u naar 112.

RAV Brabant Midden-West-Noord

Gruttostraat 14
5212 VM 's-Hertogenbosch

© RAV Brabant Midden-West-Noord 2019



Brabant Midden-West-Noord



Onderzoek naar uw ervaringen en tevredenheid



U heeft zojuist? contact gehad met een ambulancehulpverlener van de RAV Brabant Midden-West-Noord. Op basis van uw hulpvraag heeft de meldkamer een verpleegkundig specialist gestuurd. Na het doorlopen van zorgvuldig lichamelijk onderzoek en samen praten over de medische klachten is besloten de hulpverlening thuis af te ronden. **Mogelijk heeft u een recept gekregen of een verwijzing naar een andere zorgprofessional, zoals de (dienstdoende) huisarts of een specialist in het ziekenhuis. We willen via onderzoek in kaart brengen wat het voor u betekent dat een ambulancehulpverlener u hielp, maar het toch niet nodig was om u naar het ziekenhuis te brengen. Hoe hebben u en uw naasten dit besluit ervaren? Waren de (zelfzorg) instructies duidelijk en bent u geholpen met dit besluit? Ook willen we met dit onderzoek helder krijgen of aanvullende (na)zorg in dat geval nodig is. Met de uitkomsten van het onderzoek kunnen we onze hulpverlening verder verbeteren. Daarom vragen wij u om uw medewerking aan dit onderzoek.**

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

RAV Brabant Midden-West-Noord, de ambulancedienst in een groot deel van Brabant, voert het onderzoek uit.

Doelgroep zijn patiënten van 18 jaar en ouder die onlangs bezocht zijn door een verpleegkundig specialist en uiteindelijk niet naar het ziekenhuis zijn vervoerd. We gaan ervan uit dat het beantwoorden van de vragen maar 5 tot 10 minuten duurt. Als u toestemming geeft wordt uw telefoonnummer genoteerd en bellen wij u binnen 10 dagen voor een telefonisch onderzoek.



Mogelijke voordelen en nadelen van deelname

Door vrijuit te praten over uw ervaringen en gevoelens rondom de acute hulpverlening, kan uw deelname bijdragen aan uw verwerkingsproces. Voor ons kan het onderzoek nuttige gegevens opleveren, bijvoorbeeld of patiënten behoefte hebben aan nazorg. Uw deelname levert dan ook een waardevolle bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg.

Een nadeel kan de tijdsinvestering zijn, een telefoontje kost wat tijd. Het kan zijn dat tijdens het interview voor u confronterende vragen worden gesteld. De onderzoeker is in staat om adequaat en respectvol met eventuele emotionele reacties om te gaan.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?

De onderzoeker noteert uw antwoorden zonder uw persoonsgegevens in een tabel waardoor er een overzicht van alle antwoorden ontstaat. Dit wordt in een later fase gebruikt om conclusies te trekken.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Wilt u deelnemen aan dit onderzoek, dan neemt binnen 10 dagen een onderzoeker van de RAV contact met u op. De onderzoeker loopt samen met u enkele vragen door die inzicht geven op uw ervaring van het zorgcontact. Wij behandelen uw gegevens met respect. Wij waarborgen uw privacy door al uw gegevens te anonimiseren, zodat ze niet herleidbaar zijn. Alleen de onderzoeker heeft tijdens de duur van het onderzoek uw persoonsgegevens tot zijn beschikking. De resultaten van het onderzoek bevatten uitsluitend die gegevens die met uw medeweten en toestemming verkregen zijn. Uw persoonsgegevens en uw antwoorden zijn niet langer beschikbaar dan strikt noodzakelijk voor het uitvoeren van dit onderzoek. De onderzoeker verwacht dat deze gegevens uiterlijk één jaar bewaard blijven; daarna worden ze vernietigd.

Uw rechten

U hebt vanuit de wet een aantal rechten als het gaat om uw persoonlijke gegevens:

- Recht op vergetelheid: -u kunt uw gegevens altijd laten verwijderen.
- Recht op inzage: u kunt uw gegevens die wij verwerken altijd inzien.
- Recht op rectificatie en aanvulling: u kunt uw gegevens altijd aanpassen of aanvullen.
- Recht op beperking van de verwerking: u kunt minder gegevens laten vastleggen.
- Recht om bezwaar te maken tegen het bewaren van uw gegevens.

Wilt u deelnemen aan het onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Wij vragen twee maal uw toestemming, na de hulpverlening? en aan het begin van het telefoongesprek.

Als u niet wilt deelnemen

Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u in de toekomst weer onze patiënt bent, krijgt u vanzelfsprekend gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen.

Meer informatie?





CQ-index spoedeisende ambulancezorg

Mei 2017

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

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

INTRODUCTIE

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

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

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

Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met *[invullen naam (meet)organisatie]*, telefoonnummer *[invullen]*. U kunt ook een e-mail sturen naar: *[invullen]*.

INVULINSTRUCTIE

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

INLEIDING

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

1. Heeft u afgelopen 4 maanden spoedeisende ambulancezorg gehad?

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

2. Welke situatie is op u van toepassing?

- Ik ben de patiënt en vul de vragenlijst zelf in → *ga door naar vraag 4*
- Ik ben niet de patiënt, maar ik vul de vragenlijst namens de patiënt in → *Waar in de vragenlijst staat 'u' of 'ik', moet u lezen 'de patiënt'. → ga door naar vraag 4*
- Ik ben niet de patiënt, maar ik help de patiënt bij het invullen van de vragenlijst

3. Hoe helpt u de patiënt bij het invullen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik lees de vragen voor
- Ik schrijf de antwoorden op
- Ik vertaal de vragen in de taal van de patiënt
- Ik help op een andere manier, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

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

5. Wat was de aard van de gebeurtenis?

(a.u.b. één antwoord aankruisen)

- Ongeval met verwondingen
- Hartklachten
- Benauwdheid of ademhalingsproblemen
- Onwel geworden of bewusteloos geraakt
- Ik weet het niet (meer)
- Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

112 EN DE MELDKAMER AMBULANCEZORG

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

6. Heeft u (degene die deze vragenlijst invult) het alarmnummer 112 gebeld?

- Ja → *ga door naar vraag 8*
- Nee, de huisarts of de dienstdoende arts op de huisartsenpost heeft de ambulance laten komen → *ga door naar vraag 13*
- Nee, iemand anders heeft 112 gebeld

7. Kunt u degene die 112 heeft gebeld de vragen over de meldkamer laten beantwoorden?

- Ja → *Laat hem/haar vragen 8 tot en met 12 beantwoorden*
- Nee, dat is niet mogelijk → *ga door naar vraag 13*

8. Had de centralist van de meldkamer ambulancezorg voldoende aandacht voor u?

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

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

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

10. Legde de centralist dingen op een begrijpelijke manier uit?

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

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

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

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

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

SAMENWERKING TUSSEN (HUIS) ARTS EN AMBULANCEPERSONEEL

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

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

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

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

ZORG VAN HET AMBULANCEPERSONEEL

De vragen 15 t/m 29 gaan over uw ervaringen met het ambulancepersoneel.

15. Hoe lang moest u wachten op de ambulance?

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

16. Was het wachten op de ambulance een probleem?

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

17. Nam het ambulancepersoneel u serieus?

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

18. Had het ambulancepersoneel genoeg tijd voor u?

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

19. Werd u door het ambulancepersoneel gerustgesteld?

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

20. Had u vertrouwen in het ambulancepersoneel?

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

21. Ging het ambulancepersoneel kordaat te werk?

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

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

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

23. Bent u door het ambulancepersoneel opgetild en verplaatst?

- Nee → *ga door naar vraag 25*
- Ja

24. Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?

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

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

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

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

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

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

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

28. Gaf het ambulancepersoneel duidelijk antwoord op uw vragen?

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

29. Werkte het ambulancepersoneel goed met elkaar samen?

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

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

- Nee
- Ja → **ga door naar vraag 33**

EERSTE HULP; GEEN VERVOER

De vragen 31 en 32 gaan over wat het ambulancepersoneel heeft gedaan voordat ze weggingen.

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

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

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

- Nee
 - Ja, mondeling en schriftelijk
 - Ja, schriftelijk
 - Ja, mondeling
 - Weet ik niet (meer)
- **ga door naar vraag 37**

VERVOER

De vragen 33 t/m 36 gaan over het vervoer met de ambulance.

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

- Nee
- Ja
- Weet ik niet (meer)

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

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

35. Maakte het ambulancepersoneel de rit zo comfortabel mogelijk?

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

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

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

SAMENWERKING TUSSEN AMBULANCEPERSONEEL EN HET ZIEKENHUIS

De volgende vragen (37 t/m 39) gaan over de samenwerking tussen het ambulancepersoneel en de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis.

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

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

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

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

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

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

ALGEMEEN OORDEEL

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

(a.u.b. in blokletters)

41. Heeft u positieve punten over de ambulancezorg?

- Nee
- Ja, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

42. 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 43 t/m 46 gaan over uzelf (de patiënt).

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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**44. 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:

45. Wat is uw leeftijd?

- 16 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

46. Bent u een man of vrouw?

- Man
- Vrouw

(a.u.b. in blokletters)

Vragenlijst tevredenheidsonderzoek bij EHGV-patiënten na consult van Verpleegkundig Specialist

Maart 2019

Deze vragenlijst is ontwikkeld door twee studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de RAV Brabant Midden-West-Noord. Het ontwerp en sommige vragen zijn gebaseerd op de vragenlijst 'CQ-index Spoedeisende Ambulancezorg' uit mei 2017.

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over de ervaringen van patiënten na een Eerste Hulp Geen Vervoer consult van een Verpleegkundig Specialist binnen de regio Brabant Midden-West-Noord. Bij patiënten is een folder over dit onderzoek achtergelaten na het consult door een Verpleegkundig Specialist. Patiënten die toestemming hebben gegeven voor het nabellen over de tevredenheid van dit consult, worden binnen tien dagen gebeld.

De vragenlijst wordt telefonisch afgenomen door twee studenten. Deze studenten vullen vervolgens de onderstaande vragenlijst voor de patiënt in. Voorafgaand aan het afnemen van de vragenlijst, wordt de patiënt nogmaals gevraagd of ze nog steeds toestemming geven voor hun deelname aan het onderzoek. De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden de patiënt heeft gegeven. Ook de patiëntgegevens worden met niemand gedeeld. Daarnaast wordt de patiënt geïnformeerd over de tijd die het afnemen van de vragenlijst in beslag neemt.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig.

INLEIDING

De vragen in deze vragenlijst gaan over uw ervaringen met de spoedeisende ambulancezorg.

1. Was dit uw eerste ervaring met de spoedeisende ambulancezorg als patiënt?

- Nee, ik ben eerder als patiënt met ambulancezorg in aanraking gekomen
- Ja, dit was mijn eerste ervaring

2. Hoe ernstig schatte u de gebeurtenis in, toen u ambulancezorg nodig had?

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

ZORG VAN DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST

De vragen 3 t/m 15 gaan over uw ervaringen met de Verpleegkundig Specialist.

3. Hoe lang moest u wachten op de hulpverlener?

- Veel langer dan verwacht
- Langer dan verwacht
- Even lang als verwacht
- Kortere dan verwacht
- Weet ik niet (meer)

4. Was het wachten op de hulpverlener een probleem?

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

5. Nam de hulpverlener u serieus?

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

6. Had de hulpverlener genoeg tijd voor u?

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

7. Werd u door de hulpverlener gerustgesteld?

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

8. Had u vertrouwen in de hulpverlener?

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

9. Had de hulpverlener aandacht voor de mensen die aanwezig waren? (familie/vrienden/omstanders)

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

10. Bent u door de hulpverlener opgetild en/of verplaatst?

- Nee → *ga door naar vraag 12*
- Ja

11. Voelde u zich veilig tijdens het optillen en verplaatsen?

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

12. Heeft de hulpverlener voldoende gedaan om u met uw pijn te helpen?

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

13. Gaf de hulpverlener uitleg over wat hij of zij met u deed?

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

14. Legde de hulpverlener u dingen op een begrijpelijke manier uit?

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

15. Gaf de hulpverlener duidelijk antwoord op uw vragen?

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

EERSTE HULP; GEEN VERVOER

De vragen 16 t/m 22 gaan over wat de Verpleegkundig Specialist heeft gedaan voordat hij/zij wegging en de afloop.

16. Heeft de hulpverlener u uitgelegd waarom u niet met de ambulance naar het ziekenhuis hoefde?

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

17. Heeft de hulpverlener u informatie gegeven over wat u moet doen met uw aandoening (zelfzorginstructies)?

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

18. Heeft de hulpverlener u uitgelegd wat te doen als de klachten terugkomen of verergeren?

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

19. Waren de zelfzorginstructies die u kreeg van de hulpverlener duidelijk?

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

20. Heeft u het advies dat de hulpverlener heeft gegeven opgevolgd?

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

21. Heeft de hulpverlener geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat hij/zij vertrok?

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

22. Bent u in de drie dagen na het bezoek van de hulpverlener nog bij de huisarts, HAP, SEH of andere specialist geweest?

- Nee
- Ja, namelijk:

ALGEMEEN OORDEEL

De vragen 23 t/m 26 gaan over uw algemene oordeel van de hulpverlener.

23. Vindt u dat u goed bent geholpen met uw klacht?

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

24. Welk cijfer geeft u uw hulpverlener?

Een 1 betekent: heel erg slecht.

Een 10 betekent: uitstekend.

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

25. Kunt u toelichten waarom u dit cijfer heeft gegeven?

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

OVER UZELF

De vragen 27 t/m 30 gaan over uzelf (de patiënt).

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

- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed
- Uitstekend

28. 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

29. 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:

30. Bent u een man of vrouw?

- Man
- Vrouw

Bijlage 8: Aanpassingen en codeboek

In deze bijlage wordt het verschil in nummering tussen de CQ-index en de Vragenlijst VS weergegeven, evenals de toegevoegde vragen. Ook wordt de codering van de antwoorden van de vragenlijst VS uitgelegd. Een overzicht van de coderingen per vraag is te vinden in tabel 21.

Tabel 19

Overzicht verandering nummering vragenlijst

Nummer vraag CQ-index	Nummer vraag vragenlijst VS
4	2
15 t/m 20	3 t/m 8
22 t/m 28	9 t/m 15
31, 32	16, 17
40	26
42	24
43	27
44	29
45	28
46	30

Tabel 20

Overzicht toegevoegde vraag aan vragenlijst VS

Nummer toegevoegde vraag	Vraag
18	Heeft de hulpverlener u uitgelegd wat te doen als de klachten terugkomen of verergeren?
19	Waren de zelfzorginstructies die u kreeg van de hulpverlener duidelijk?
20	Heeft u het advies dat de hulpverlener heeft gegeven opgevolgd?
21	Heeft de hulpverlener geregeld dat er voor u gezorgd werd nadat hij/zij vertrok?
22	Bent u binnen drie dagen na het bezoek van de hulpverlener nog bij de huisarts, HAP, SEH of andere specialist geweest?
23	Vindt u dat u goed bent geholpen met uw klacht?
25	Kunt u toelichten waarom u dit cijfer heeft gegeven?

Nominale vragen

Bij vraag 1, vraag 10 en vraag 22 worden alleen de antwoordopties 'nee' en 'ja' gegeven. Hierbij is 'nee' als 0 gecodeerd en 'ja' als 1. Bij vraag 22 is daarnaast de mogelijkheid voor de respondent om toelichting te geven bij het antwoord. Vraag 30 informeert naar of de respondent een man of een vrouw is. Hierbij is het antwoord 'man' als 0 en 'vrouw' als 1 gecodeerd.

Ordinale vragen

In overeenstemming met de CQ-index is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van vier-punts Likert-schalen met de antwoordopties 'nee, helemaal niet', 'een beetje', 'grotendeels' en 'ja, helemaal'. Deze antwoorden zijn in Excel gecodeerd als 0, 1, 2 en 3. De antwoordopties 'weet ik niet (meer)' is aan elk van deze vragen toegevoegd en de optie 'niet van toepassing' zo nodig ook. Deze antwoorden hebben de codes W en X gekregen, omdat zij buiten de ordening van de eerste vier opties vallen en geen informatie geven over de mate van tevredenheid. In totaal zijn er zeventien vragen die een combinatie van de bovenstaande antwoordopties bevatten.

Overige ordinale vragen

Vraag 3 en vraag 4 gaan over het wachten op het arriveren van de VS. Bij de vraag over hoe lang de respondent moest wachten is de antwoordoptie 'veel langer dan verwacht' geschaald als 0, 'langer dan verwacht' als 1, 'even lang als verwacht' als 2 en 'korter dan verwacht' als 3. Of het wachten een probleem was werd gecodeerd van 'groot probleem' = 0, naar 'klein probleem' = 1 en 'geen probleem' = 2. Aan beide vragen is de optie 'weet ik niet (meer)' toegevoegd.

Vraag 24 verzoekt de respondent om de VS een cijfer te geven tussen 1 (heel erg slecht) en 10 (uitstekend). Het cijfer dat gegeven wordt is gelijk aan de code die wordt ingevoerd in Excel. Bij de optie 'weet ik niet/geen mening' wordt, zoals eerder gezegd, een W ingevoerd. Vraag 27 vraagt naar de actuele gezondheidsstatus zoals de respondent deze op het moment van het afnemen van de vragenlijst ervaart. Hierbij is het antwoord 'slecht' als 0 gecodeerd, 'matig' als 1, 'goed' als 2, 'zeer goed' als 3 en 'uitstekend' als 4. Vraag 28 geeft acht antwoordopties over in welke leeftijdscategorie de respondent valt. De antwoorden zijn oplopend als 0 tot en met 7 gecodeerd. Vraag 29 geeft acht antwoordopties betreffende de hoogste voltooide opleiding van de respondent. Ook deze zijn als 0 tot en met 7 gecodeerd. Als negende optie is 'anders, namelijk' toegevoegd voor het geval dat de opleiding van de respondent niet tussen de antwoordopties staat. Deze optie wordt als Y gecodeerd.

Tabel 21

Coderingstabel

Vraagnummer	Meetniveau	Antwoordcodering
1	Nominaal	0-1
2	Ordinaal	0-1-2-3-W
3	Ordinaal	0-1-2-3-W
4	Ordinaal	0-1-2-W
5	Ordinaal	0-1-2-3-W
6	Ordinaal	0-1-2-3-W
7	Ordinaal	0-1-2-3-W
8	Ordinaal	0-1-2-3-W
9	Ordinaal	0-1-2-3-W-X
10	Nominaal	0-1
11	Ordinaal	0-1-2-3-W
12	Ordinaal	0-1-2-3-W-X
13	Ordinaal	0-1-2-3-W
14	Ordinaal	0-1-2-3-W
15	Ordinaal	0-1-2-3-W-X
16	Ordinaal	0-1-2-3-W
17	Ordinaal	0-1-2-3-W
18	Ordinaal	0-1-2-3-W
19	Ordinaal	0-1-2-3-W
20	Ordinaal	0-1-2-3-W
21	Ordinaal	0-1-2-3-W
22	Nominaal	0-1
23	Ordinaal	0-1-2-3-W
24	Ordinaal	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-W
25	Open vraag	Open vraag
26	Open vraag	Open vraag
27	Ordinaal	0-1-2-3-4
28	Ordinaal	0-1-2-3-4-5-6-7
29	Ordinaal	0-1-2-3-4-5-6-7-Y
30	Nominaal	0-1

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

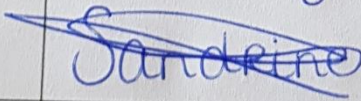
Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	579009
Naam	Sandrine Smole
Opleiding	Bachelor Medische Hulpverlening
Geboortedatum	24-04-1997
Geboorteplaats	Nijmegen

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragcode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	16-03-'19
Handtekening	

Bijlage 1: Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	583390
Naam	Marjje van der Wielen
Opleiding	Bachelor Medische Hulpverlening
Geboortedatum	22-10-1993
Geboorteplaats	Deventer

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragcode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	16-03-2019
Handtekening	