

Zelfzorgadvies op de Meldkamer

Verbeterde Urgentie-Indeling Ambulance

Een studie naar factoren die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden om zelfzorgadvies van centralisten op de Meldkamer Ambulancezorg op te volgen.

Door:

Lieke Verhoofstad 7753519

Utrecht, 24 juni 2024

Msc Medical Humanities

UMC Utrecht & Universiteit Utrecht

Eerste begeleider: C. Bruggeman

Tweede begeleider: Dr. T. van Charldorp



Brabant Midden-West-Noord



Universiteit
Utrecht



UMC Utrecht

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Theoretisch kader.....	7
3. Methode	17
3.1 Instrumentatie	17
3.2 Participanten.....	19
3.3 Procedure.....	20
3.4 Analyse.....	20
4. Resultaten.....	22
4.1 Individuele waarden & behoeften van patiënten	22
4.2 Gedrag van de centralist	25
4.3 Individuele zorgen van patiënten	27
4.4 Visueel contact.....	28
4.5 Sociale omgeving.....	29
5. Conclusie	30
6. Discussie.....	31
6.1 Verklaringen.....	31
6.2 Limitaties	34
6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	35
6.4 Aanpassing op conceptueel model	37
6.5 Aanbevelingen voor de praktijk.....	38
7. Literatuurlijst	40
8. Appendix	44

Samenvatting

Zelfzorgadvies door meldkamercentralisten wordt momenteel zelden gegeven, een taak die nu voornamelijk door huisartsen of huisartsenposten wordt uitgevoerd na doorverwijzing van de centralist. De zogeheten C2-urgentie, waarbij de centralist de patiënt een zelfzorgadvies geeft, wordt binnenkort geïmplementeerd in het urgentiesysteem van alle Meldkamers Ambulancezorg (MKA). Voor een succesvolle implementatie is het essentieel dat patiënten het zelfzorgadvies daadwerkelijk opvolgen. Deze studie onderzoekt daarom de factoren die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden om zelfzorgadvies van centralisten van de MKA op te volgen, vanuit zowel medisch als communicatief perspectief. Er zijn negen semi-gestructureerde diepte-interviews afgenomen met patiënten uit de regio Brabant Midden-West-Noord. Deze patiënten zijn allen in de periode mei 2023 - april 2024 in contact geweest met de ambulancedienst en zijn niet vervoerd naar het ziekenhuis. Data uit de interviews zijn middels een thematische analyse geanalyseerd, waarbij vijf belangrijke factoren naar voren kwamen die de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen beïnvloeden: individuele waarden en behoeften van patiënten, het gedrag van de centralist, individuele zorgen, visueel contact en de sociale omgeving. Resultaten van deze studie benadrukken dat patiënten vooral gerustgesteld willen worden. Dit kan op verschillende manieren worden bereikt, zoals onder andere door zorgvuldig vragen te stellen, een rustige houding aan te nemen, expertise uit te stralen, visueel contact (bijvoorbeeld via beeldbellen) en voldoende tijd voor de patiënt te nemen. Deze bevindingen bieden handvatten voor het verbeteren van de communicatie tussen centralisten en patiënten, met als doel de acceptatie van het zelfzorgadvies te vergroten.

1. Inleiding

De acute zorgketen heeft in de hedendaagse gezondheidszorg te maken met een toenemende vraag naar zorg. Door onder andere de complexiteit van hedendaagse zorgvragen is de acute zorg, en dus ook de ambulancezorg, onder druk komen te staan. Daarnaast zorgt de schaarste van het zorgpersoneel ervoor dat het lastig is om de hulpvragen op het juiste moment door de juiste zorgverlener te laten beantwoorden (AZN, z.d.). Betere samenwerking en afstemming tussen de ketenpartners in de acute zorg (denk aan o.a. regionale ambulancevoorzieningen (RAV), huisartsenposten en de GGZ) is vereist om te kunnen voldoen aan de alsmaar groeiende zorgvraag. Deze verbetering wordt nagestreefd door middel van zorgcoördinatie, zoals beschreven in het Integraal Zorgakkoord (IZA), dat in 2022 is getekend door diverse zorgpartijen (Ministerie van VWS, 2022). In de visie van Ambulancezorg Nederland wordt zorgcoördinatie ook genoemd als één van de pijlers (AZN, 2017). Met zorgcoördinatie wordt de acute zorg op regionale schaal, samen met andere aanbieders in de acute zorg, gezamenlijk georganiseerd en gecoördineerd. Vanuit deze pijler is de urgentie-indeling van de ambulancezorg onder handen genomen en is er sinds februari dit jaar een verbeterde urgentie-indeling geïmplementeerd.

Oude urgentie-indeling

Aan de hand van een triagesysteem wordt een gesprek op de meldkamer ambulancezorg (MKA) getrieerd. Dit houdt in dat op basis van de urgentie-indeling de juiste classificatie van urgentie aan de hulpvraag gekoppeld wordt. Het doel van triage is om te komen tot inzet van de juiste zorgverlener op het juiste moment bij de juiste patiënt, met een voor de patiënt zo optimaal mogelijke uitkomst (Rolink et al., 2019). Tot voor kort werden in Nederland drie urgentieniveaus gebruikt in de ambulancezorg; A1- en A2-urgenties voor spoedeisende ambulancezorg en de B-urgentie voor planbare ambulancezorg. Aan deze urgentie-indelingen zijn responstijden gekoppeld. Deze responstijd is de tijdsduur vanaf het begin van de aanneming van de melding door de centralist, tot het moment waarop de ambulance arriveert op de locatie. Voor een A1-urgentie bedroeg deze tijd 15 minuten en voor A2 meldingen was deze 30 minuten (Rolink et al., 2019). Deze 15 minuten norm, die voor de ambulance tevens een prestatienorm is, is in 1996 ingesteld als praktische planningsnorm en is niet op basis van urgentie bedacht (AZN, 2019). Deze norm komt uit de tijd dat een ambulance slechts een vervoermiddel naar het ziekenhuis was. Heden ten dage begint de behandeling al ver voordat de patiënt naar het ziekenhuis is vervoerd en proberen de ambulancemedewerkers de patiënt ter plaatse te helpen waar mogelijk. Een wetenschappelijke of medische onderbouwing van deze norm bleek er uit onderzoek namelijk niet te zijn (AZN,

2022). Geen enkel ziekteproces bleek tijdskritisch op 15 minuten. Medisch-logisch denken heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat een nieuwe urgentie-indeling ontwikkeld werd, die toereikend was voor de zorgvragen die binnenkomen op de MKA. Bij deze verbeterde urgentie-indeling is niet langer tijd de enige graadmeter voor de kwaliteit van ambulancezorg, maar worden zorginhoudelijke kwaliteitsnormen ook in acht genomen.

Verbeterde urgentie-indeling

De nieuwe urgentie-indeling bestaat uit zeven urgenties; spoedeisende ambulancezorg (A0, A1 en A2), geplande ambulancezorg (B1 en B2) en meldkamerzorg (C1 en C2). In Figuur 1 is te zien wat elke urgentie inhoudt en is de vergelijking gemaakt met de oude indeling.

Figuur 1

Verbeterde Urgentie-Indeling Ambulancezorg (VUI)

		nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg	vergelijking: huidige urgentie-indeling
spoedeisende ambulancezorg	A0	directe inzet met grootst mogelijke spoed	A1
	A1	directe inzet met spoed	A1
	A2	zo spoedig mogelijke inzet	A2
niet spoedeisende ambulancezorg	B1	gepland op bepaald tijdstip hoogcomplex	B
	B2	gepland op bepaald tijdstip laag-/middencomplex	B
meldkamerzorg	C1	doorverwijzing, eventueel met inzet zorgtaxi	informele meldkamerzorg
	C2	zelfzorgadvies	informele meldkamerzorg

(AZN, z.d.)

Alle RAV's hebben de nieuwe urgenties A0, B1 en B2 sinds 1 februari 2024 geïmplementeerd (Netwerk Acute Zorg, 2024). C1- en C2-urgenties zullen later dit jaar pas opgenomen worden in de werkwijze van meldkamercentralisten.

A0-urgentie betreft directe ambulance-inzet die het meest tijd-kritisch is. Hieronder valt bijvoorbeeld een reanimatie of een nauwelijks ademde patiënt. Deze urgentie krijgt voorrang op een A1 urgentie. De C1- en C2-urgenties zijn toegevoegd om de minder urgente hulpvragen

beter te kunnen indelen. Bij beide urgenties wordt dan ook geen ambulance ingezet. In het geval van een C1-urgentie wordt de beller doorverbonden met bijvoorbeeld een huisarts, wijkverpleegkundige of de acute GGZ. Bij de C2-urgentie wordt zelfzorgadvies gegeven aan de beller.

Zelfzorgadvies

Het geven van zelfzorgadvies wordt tot op heden nauwelijks gedaan door de meldkamercentralist en wordt vooral door de huisarts(enpost) gedaan, nadat de meldkamercentralist de patiënt heeft doorverwezen. Op het moment dat een meldkamercentralist een zorgvraag classificeert als een C2-urgentie, wordt de beller niet langer doorverbonden met een huisarts. De centralist zal zelf een zelfzorgadvies uitbrengen, wat ervoor moet zorgen dat er geen onnodig contact met de huisarts opgenomen wordt. Op deze manier wordt de huisarts ontzien en de patiënt direct geholpen. Om dit te realiseren is het wel belangrijk dat het zelfzorgadvies daadwerkelijk wordt opgevolgd.

Om te begrijpen hoe centralisten op de MKA dergelijke gesprekken het beste kunnen aanpakken is het essentieel om de beweegredenen te achterhalen die patiënten motiveren om zelfzorgadvies wel of niet aan te nemen van een meldkamercentralist. Het inzichtelijk maken van de factoren die van invloed zijn op de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen kan leiden tot efficiëntere gesprekken waarbij de centralist beter kan inspelen op de verwachtingen van patiënten. De volgende onderzoeksvraag is opgesteld om aan dit onderzoek richting te geven:

Welke factoren beïnvloeden de ontvankelijkheid van patiënten bij het opvolgen van zelfzorgadvies van een meldkamercentralist ambulancezorg?

Er is een tweetal deelvragen die in deze studie onderzocht zal worden om een antwoord op de hoofdvraag te geven. Deze luiden als volgt:

1. *Welke communicatieve factoren beïnvloeden de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen van een centralist van de meldkamer ambulancezorg?*
2. *Welke medische factoren beïnvloeden de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen van een centralist van de meldkamer ambulancezorg?*

Wanneer triagisten kennis hebben van de factoren die de ontvankelijkheid van patiënten om het advies op te volgen vergroten en deze in acht nemen, is er een grotere waarschijnlijkheid dat

patiënten het advies zullen opvolgen. Antwoorden op deze onderzoeksvraag kunnen dus richting geven aan het RAV Brabant MWN voor het vormgeven van de zelfzorgadviesgesprekken op de MKA.

2. Theoretisch kader

Telefonische triage

Telefonische triage wordt wereldwijd gebruikt in de acute geneeskunde om het urgentieniveau van patiënten in te schalen (Katayama et al., 2022). Er bestaan verschillende systemen die gebruikt kunnen worden om ongevallen in te delen om zo de juiste hulp, op het juiste moment, door de juiste hulpverlener bij patiënt te krijgen. Aan de meldkamercentralist is de taak om te evalueren of de inzet van spoedeisende medische hulpverlening noodzakelijk is, gebaseerd op de informatie die hij/zij tijdens de triage opdoet. De uitdaging hierbij is om het ambulancepersoneel op de juiste momenten naar patiënten te sturen en tegelijkertijd de veiligheid van patiënten te waarborgen (Bohm & Kurland, 2018). Medisch onderzoek suggereert dat het inzetten van telefonische triage op een meldkamer ambulancezorg (MKA) kan leiden tot een verminderd gebruik van spoedeisende medische hulpverlening, doordat er nauwkeuriger gekeken kan worden welke hulp passend is bij de hulpvraag van de patiënt (Roivainen et al., 2020; Bailey et al., 2000). De meeste triagesystemen zijn ontworpen om te identificeren welke patiënten acute medische hulp behoeven en zijn goed passend voor deze doeleinden. Echter, deze systemen schieten vaak tekort als het gaat om het beoordelen van niet- of lager urgente situaties (Roivainen et al., 2020; Scott et al., 2016). Dit geldt ook voor het Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS), het triagesysteem dat door de RAV Brabant-MWN gebruikt wordt op de MKA. Om deze tekortkoming te compenseren wordt er momenteel bewust overgetrieerd om ondertriage te voorkomen. Bij overtriage wordt het urgentieniveau van laag-urgente patiënten hoger ingedeeld dan het daadwerkelijk is (Jeppesen, Cuevas-Ostrem, Gram-Knutsen & Uleberg, 2020). Bij ondertriage, daarentegen, wordt de ernst van de situatie lager ingeschat dan het daadwerkelijk is. Het overtriëren van een patiënt staat haaks op het streven naar het verzorgen van de juiste zorg op het juiste moment, omdat er gehandeld wordt op basis van een hogere noodzaak dan de situatie vereist.

Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS)

Het AMPDS is een beslissingsondersteunend triagesysteem dat zich richt op het bereiken van optimale veiligheid en het vermijden van overbodige zorg (Keizer et al., 2013). Het is gebaseerd op codes, gescrite zinnen en vragen die de centralist aan de beller voorlegt (Bohm & Kurland, 2018). Bij iedere binnenkomende melding worden een aantal vaststaande ingangsvragen gesteld. Op basis van de antwoorden hierop wordt een toestandsbeeld gevormd door het AMPDS. Het systeem kijkt hierna naar de best passende vervolgvragen en geeft aan welke instructies de centralist aan de beller moet geven. Er wordt hierbij nagenoeg geen beroep gedaan op de (medische) ervaring van de centralist. Een mbo- of hbo-verpleegkunde diploma is een vereiste om te mogen starten aan de zeven maanden durende opleiding die behaald moet worden om de bevoegdheid tot meldkamercentralist te krijgen. Tegenwoordig werken ook veel ambulanceverpleegkundigen afwisselend diensten op de ambulance en op de meldkamer. Een van de voordelen van dat er weinig beroep gedaan wordt op de ervaring van de centralist is dat er een minimale variatie ontstaat tussen centralisten die de telefonische triage uitvoeren, wat de betrouwbaarheid van het systeem verhoogt. Een nadeel van het systeem is echter dat in niet- of lager urgente situaties vaak meer context en diepgang gewenst is om de hulpvraag volledig te kunnen duiden, iets waar het AMPDS niet volledig voor geschikt is. Na het uitvragen geeft het systeem een code die gebaseerd is op de snelheid waarmee de hulp ter plaatse moet zijn en het niveau van deskundigheid dat hierbij noodzakelijk is (Keizer et al., 2013). Er zijn zes urgentiecodes: Omega, Alpha, Bravo, Charlie, Delta en Echo. De Echo code is de hoogste urgentiecode waarbij de snelst beschikbare hulp zo snel mogelijk ingezet moet worden (A0-urgentie in de Landelijke Urgentie Tabel (LUT)). Toestandsbeelden met een Alpha code hebben minder snel acute prehospital hulp nodig. BLS-hulp (Basic Life Support) is hierbij voldoende. De Omega code behoort tot toestandsbeelden waarbij geen ambulance-inzet nodig is. Deze hulpvragen worden dan vaak ook bij een andere zorgverlener neergelegd. Dergelijke hulpvragen corresponderen met de urgenties C1 en C2 uit de LUT.

Secundaire triage

Verschillende onderzoeken laten zien dat de vraag naar ambulancehulp, voornamelijk van patiënten die geen speciale medische hulp behoeven, significant is gestegen (Eastwood et al., 2019; King et al., 2021). Eastwood et al. (2019) stelt zelfs dat sommige ambulancevoorzieningen inschatten dat voor iets minder dan de helft van de mensen die bellen geen ambulance-inzet nodig is en dat die patiënten beter via een alternatief zorgpad geholpen kunnen worden. Ook in Nederland komen jaarlijks een groot aantal meldingen binnen die geen ambulance-inzet behoeven en dus tot de C1 en C2 urgenties zouden behoren. In 2023 zijn er alleen al op de MKA

Oost-Brabant bijna 3600 112-meldingen binnengekomen waarbij geen ambulance-inzet plaats heeft gevonden en waarbij de patiënt is doorverwezen naar de huisarts (RAV Brabant-MWN, 2024)¹. Booker, Purdy & Shaw (2017) deden onderzoek naar de beweegredenen van patiënten om een ambulance te bellen bij klachten waar geen ambulance-inzet nodig is en die door de eerstelijnszorg opgelost zouden kunnen worden. Zij suggereerden dat het keuzeproces dat komt kijken bij de beslissing om wel of geen ambulance te bellen gestuurd wordt door zowel praktische als emotionele factoren. Onder praktische factoren vallen bijvoorbeeld de transportfunctie en de behandelingsfunctie van een ambulance. Patiënten denken de hulp te krijgen die zij zelf verwachten te krijgen, ongeacht of het gaat om kleine of grote medische problemen. Dit komt voort uit het niet goed begrijpen hoe spoedeisende hulp gestructureerd is. Daarnaast zien zij een ambulance als een snelle en makkelijke manier van transport naar een ziekenhuis en hechten patiënten waarde aan het niet te hoeven belasten van naasten. Aan de andere kant spelen emotionele factoren een rol in de beslissing om al dan niet een ambulance te bellen. Patiënten zijn onzeker over hun gezondheid of die van een ander, weten niet hoe en waar ze geschikte hulp kunnen vinden en zijn bang om een foute keuze te maken wanneer ze voor een ander bellen (Booker, Purdy & Shaw, 2017). Wanneer een zorgprofessional de controle hierover overneemt, zorgt dit voor een reductie van de onzekerheid. Patiënten willen volgens Booker, Purdy & Shaw (2017) vooral weten of er geen onderliggende serieuze problemen spelen en willen hierover graag gerustgesteld worden. De thematische analyse, een communicatiewetenschappelijk onderzoek, van Coster et al. (2017) vond soortgelijke resultaten op de vraag waarom mensen ervoor kiezen om gebruik te maken van spoedeisende hulpverlening. Zij onderscheidden zes overkoepelende thema's: (1) beperkte toegang tot of (2) vertrouwen in eerstelijnsgezondheidszorg, (3) door de patiënt ervaren urgentie, (4) gemak, (5) mening van naasten en (6) overtuiging dat hun hulpvraag de middelen en faciliteiten van een specifieke zorgverlener vereiste.

In de medische literatuur worden termen als *low-acuity* en *non-urgent* door elkaar gebruikt als het gaat over de definitie van hulpvragen waarbij geen ambulance-inzet vereist is. Toch is er in de literatuur nog geen eenduidige term die gebruikt wordt voor C1 of C2 meldingen. *Low-acuity* wordt in veel literatuur namelijk ook gebruikt voor Alpha-niveau meldingen (Scott, et al. 2016; Conrad Fivaz, et al. 2015). In tegenstelling tot in Nederland, waar tot op heden slechts primaire triage wordt gedaan op de MKA, wordt er in landen zoals de VS, het VK en Australië al gewerkt met secundaire triage (Eastwood et al., 2018). Secundaire triage is een vorm van triëren waarbij een beller, bij wie al is geconstateerd dat er geen sprake is van levensbedreigende spoed, wordt doorverbonden met een verpleegkundig triagist die de secundaire triage uitvoert. Deze

¹ Bron afkomstig uit interne database (niet publiek toegankelijk) van RAV Brabant-MWN

triagist vraagt de hulpvraag grondiger uit en adviseert een passend zorgtraject. Secundaire triage leent zich er daarom goed voor om ingezet te worden bij verschillende *low-acuity* hulpvragen (Eastwood et al., 2018; Congrad Fivaz et al., 2015; Scott, 2016). Het Emergency Communication Nurse System (ECNS) is een protocol-gedreven systeem dat geïntegreerd kan worden in het secundaire triageproces. Verschillende landen wereldwijd zoals de VS werken al met dit systeem. Welk zorgadvies hieruit volgt kan variëren in de breedste zin, van een verwijzing naar de huisarts binnen enkele uren of dagen (C1), tot zelfzorg (C2) en het sturen van een ambulance (Congrad Fivaz et al., 2015). Het ECNS heeft de unieke kenmerken dat het niet alleen kan adviseren, maar ook daadwerkelijk afspraken kan inplannen met bijvoorbeeld een huisarts of taxiservice. Om dit in Nederland te kunnen realiseren is een brede herziening en integratie nodig van systemen, ook bij verschillende ketenpartners (zoals de huisartsen(posten) en verloskundigenpraktijken), die op dit moment nog niet plaats heeft gevonden.

Gardett et al. (2015) hebben onderzoek gedaan naar de patiënttevredenheid met het ECNS in de VS. Ze onderzochten in hoeverre patiënten tevreden waren met de verpleegkundige, in hoeverre de verpleegkundige volgens hen het probleem begreep, het advies en het systeem. De data is verzameld middels een enquête met 5-punts Likertschalen die de twee meldkamers in Texas en Kentucky zelf hebben uitgezet naar patiënten. De precieze aspecten en thema's die bevraagd zijn, worden echter niet benoemd in het artikel. Uit het onderzoek van Gardett et al. (2015) bleek dat 90.8% van de participanten aangaf tevreden te zijn met het uiteindelijke advies van de verpleegkundige. 90.6% gaf aan dat ze het gevoel kregen dat de verpleegkundige begreep wat het probleem van de patiënt was. De suggestie wordt dus gewekt dat het volledig integreren van ECNS kan zorgen voor een positief effect op patiënttevredenheid. Welke factoren hieraan bijdroegen voor patiënten is echter niet onderzocht, wat maakt dat er meer onderzoek nodig is om te identificeren of de effectiviteit van dit systeem in Nederland ook resulteert in een hoge patiënttevredenheid.

Zelfzorg

Wanneer na de triage een C2 urgentieniveau aan de hulpvraag wordt gekoppeld, zal er overgegaan worden tot een zelfzorgadvies. De WHO definieert self-care (zelfzorg) als volgt: "Self-care is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and cope with illness and disability with or without the support of a health worker" (WHO, z.d.). Zelfzorg in brede zin omvat alle zorg die een individu aan zichzelf besteedt om gezond te blijven. Dit kan variëren tussen het opzoeken van informatie over gezondheid, het veranderen van diens leefstijl of het kopen van de juiste medicatie bij kleine kwalen (HO VUMC, 2023). In de literatuur worden drie concepten van zelfzorg onderscheiden die

nauw aan elkaar raken (Świątoniowska-Lonc et al., 2020). Deze betreffen: (1) onderhouden (bv. zelfzorggedrag observeren, zoals regelmatig bewegen en medicatie zoals aanbevolen innemen), (2) monitoren (bv. veranderingen) en (3) management (bv. veranderen van dieet of medicatiedosis).

Waarden en behoeften van patiënten in het zorgproces

King et al. (2021) hebben een literatuurstudie uitgevoerd om de ervaringen van patiënten die door het ambulancepersoneel niet naar een zorginstelling gebracht werden in kaart te brengen. Uit dit Australisch medisch onderzoek kwamen grofweg twee thema's naar boven die de waarden en behoeften van patiënten uitlichtten: (1) het hechten van waarde aan psychologische ondersteuning en (2) een hoge tevredenheid over paramedici. Wat betreft psychologische ondersteuning gaven patiënten aan dat zij onzekerheid en kwetsbaarheid ervoeren. Wanneer zorgverleners empathie toonden en de behoeften van de patiënt erkend werden, verminderde dit gevoel. Andere aspecten die patiënten belangrijk vonden waren het ontvangen van persoonsgerichte zorg, serieus genomen worden, geïnformeerd worden en zich gehoord voelen. Patiënten gaven over het algemeen aan tevreden te zijn met zowel het ambulancepersoneel als de keuze om niet doorgestuurd te worden naar het ziekenhuis. Welke factoren hier direct toe geleid hebben is echter niet beschreven.

Rantala, Ekwall & Forsberg (2016) voerden een soortgelijk onderzoek uit in Zweden. Zij onderzochten hier de ervaringen van patiënten die door een ambulanceverpleegkundige ter plaatse getrieerd werden en niet naar de SEH werden gebracht. Patiënten gaven ook hier aan dat ze het gevoel willen krijgen dat ze serieus genomen worden en dat er naar ze geluisterd wordt. Daarnaast gaven patiënten aan dat wanneer ze iemand spraken die meer tijd voor ze had, ze hun situatie beter konden uitleggen. Er was meer ruimte om te praten over hun eigen perceptie en interpretatie van symptomen, waardoor ze het gevoel kregen dat er naar ze geluisterd werd, dat er empathie getoond werd en dat ze er minder alleen voor stonden.

Als er verder ingezoomd wordt, kan er gekeken worden naar hoe zorgverleners dat gevoel van zich gehoord voelen en empathisch zijn bij patiënten kunnen bewerkstelligen. Onderzoek van Mazzi, Bensing, Rimondini et al. (2013) richtte zich op verschillende communicatie-uitingen als reactie op de patiënt die zijn/haar zorgen uit en hoe deze beoordeeld werden door patiënten. Hieruit bleek dat patiënten het het belangrijkste vonden dat ze het gevoel kregen de ruimte te hebben om te spreken. Verschillende communicatie-uitingen die hierbij gebruikt kunnen worden zijn: het geven van een empathische reactie (zorgen erkennen), affectieve erkenning (verbaal reageren op iemands emoties), content exploratie (inhoudelijk doorvragen over hetzelfde onderwerp) en affectieve exploratie (doorvragen over het gevoel van iemand). Niet-expliciete

communicatie-uitingen die ingezet kunnen worden bestaan uit backchanneling (woorden gebruiken als 'oke' 'uhu' en 'hmm'), erkennen (bv. zeggen dat je alles hebt opgeslagen) en het actief uitnodigen om te spreken (bv. vragen om de grootste zorgen). Communicatieve reacties die laag gewaardeerd werden bestonden uit reacties die de ruimte om zorgen te bespreken beperkten en bestonden onder andere uit: het wisselen van onderwerp, het negeren van zorgen, het afkappen van het verhaal van de patiënt en het geven van informatie en advies (bv. noemen dat het vaak voorkomt en doorgaan met andere vragen). Patiënten hechten dus veel waarde aan het uiten van hun zorgen en willen de ruimte krijgen om dit te doen. Wanneer een zorgverlener medeleven toont, kan een gevoel van empathie gecreëerd worden, wat ertoe leidt dat een patiënt zich vrij voelt om diens zorgen te uiten. Soortgelijke resultaten zijn gevonden in een conversatieanalyse van triagegesprekken bij de huisartsenpost door Spek, Van Charldorp, Vinck, et al. (2023). Ook zij noemen dat patiënten het waarderen wanneer zij ruimte voelen om hun zorgen te uiten en wanneer centralisten explorerende vragen gebruiken tijdens het uitvragen, in plaats van directe, korte vragen, waarop korte en bondige antwoorden worden verwacht. Wanneer bellers tevreden zijn met de reactie op hun zorgen, blijken betere gezondheidsuitkomsten en een betere relatie met de zorgprofessional het gevolg. In triagegesprekken op de huisartsenpost gebruikten bellers verschillende aanwijzingen die erop duiden dat ze hun zorgen wilden bespreken, zoals het versnellen van het spreektempo na het beantwoorden van een vraag om de nadruk te leggen op bezorgdheid en aarzeling. De meest efficiënte manier om zorgen te bespreken lijkt volgens Spek et al. (2023) door eerst de zorgen van de patiënt te bespreken en daarna terug te gaan naar de hoofdlijnen van het consult. Op deze manier bevestigt de centralist dat de zorgen van de patiënt gehoord worden, maar volgen er ook additieve vragen en een uitleg waardoor de patiënt niet blijft hangen in de zorgen.

Resultaten van medische en communicatieve literatuur lijken op dit punt samen te komen. Hermann, Long & Trotta (2019) voerden een kwalitatieve contentanalyse uit om erachter te komen wat patiënten wensen op het gebied van zorgverlener-patiënt communicatie op de spoedeisende hulp. Zij onderscheidde fundamentele aspecten van interactieaspecten. Tot de fundamentele aspecten behoort gedrag dat respect uitstraalt, wat nodig is voor de patiënt om de interactie met de zorgverlener als positief te ervaren. Patiënten gaven aan dat non-verbale communicatie (het maken van oogcontact, glimlachen, handen schudden) en vriendelijkheid (de patiënt formeel adresseren, bedanken) aspecten zijn die hierbij van belang zijn. Onder interactieaspecten vallen collectieve factoren die bijdragen aan het uitstralen van respect, zoals goed luisteren en informatie duidelijk uitleggen. Patiënten wilden gerustgesteld, gehoord en serieus genomen worden en voelen dat er de tijd voor ze genomen wordt. Gustafsson et al. (2016) toonden aan dat die geruststelling de meest belangrijke indicator is die van invloed is op de

patiënttevredenheid bij het geven van zelfzorgadvies. Vanuit een linguïstisch perspectief is geruststelling de handeling van het wegnemen van bezorgdheid (Van Dale, z.d.-a). Deze bezorgdheid wordt gevormd door het niet voldoen aan psychospirituele behoeften van een persoon. Wanneer aan deze behoeften wordt voldaan wordt bezorgdheid weggenomen en ontstaat er rust bij een persoon. Deze rust is een staat van kalmte waarin de persoon vrij is van innerlijke beroering (Van Dale, z.d.-b).

Uit zowel medisch als communicatief onderzoek blijkt dat patiënten dus veel waarde hechten aan het gevoel van gehoord worden, wat bereikt lijkt te kunnen worden door onder andere het investeren van meer tijd en het beter uitvragen van de klachten. Toch is er nog weinig bekend over de talige invloeden op deze aspecten. Onderwerpen zoals welke woorden zorgen voor geruststelling, wanneer de patiënt het best onderbroken kan worden en hoe backchanneling ingezet kan worden, zijn in deze context nog weinig onderzocht. Hoe de waarden en belangen die patiënten in eerder onderzoek noemden concreet talig vormgegeven moeten worden in de interactie is iets dat dan ook meer onderzoek behoeft. Daarnaast zal onderzoek moeten uitwijzen of patiënten dezelfde waarden en behoeften hebben wanneer er nog geen ambulanceverpleegkundige ter plaatse is, maar ze nog aan de telefoon zijn met de meldkamercentralist.

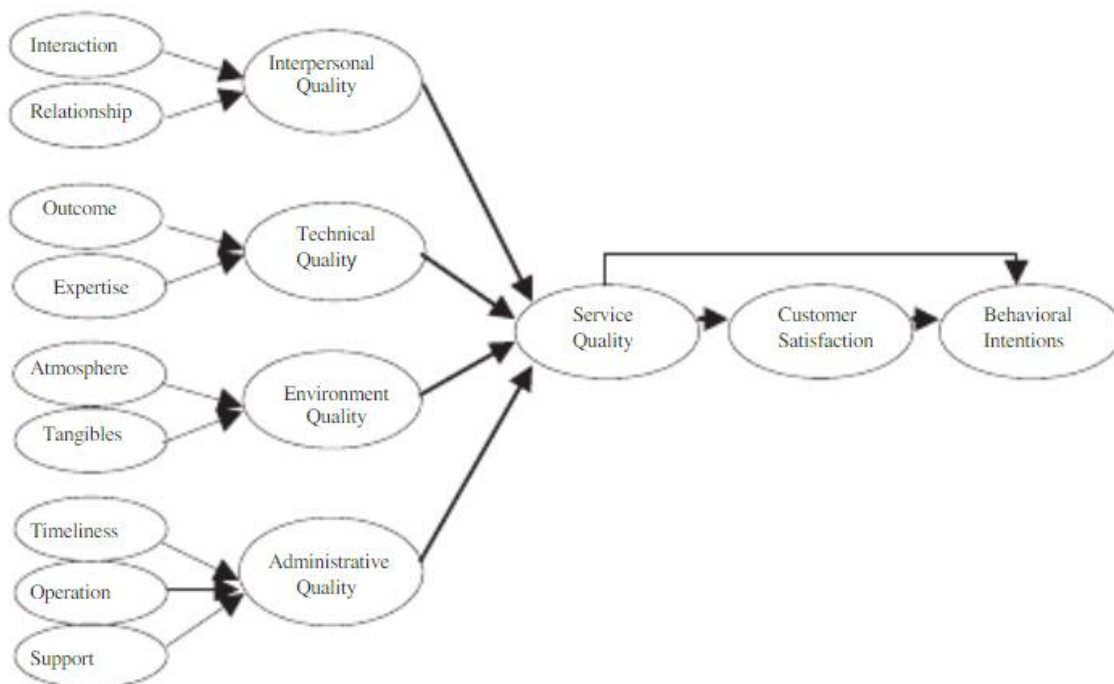
De rol van communicatie bij het adviseren van zelfzorg

Onderzoek van Gustafsson et al. (2016) liet zien dat in Zweden het geven van zelfzorgadvies aan patiënten door een verpleegkundig triagist zorgde voor een lagere patiënttevredenheid dan wanneer patiënten doorverwezen werden naar een huisarts. Een lage patiënttevredenheid heeft op zijn beurt weer negatieve gevolgen voor de naleving van het gegeven advies en op den duur het vertrouwen in de zorg in zijn geheel (Krot & Rudawska, 2019). De resultaten van Gustafsson lijken erop te wijzen dat patiënten mogelijk weerstand zullen tonen tegenover het krijgen van zelfzorgadvies van de meldkamercentralist. Williams et al. (2012) beargumenteerden dat het van belang is dat bellers tevreden zijn met het gesprek met de centralist. Bellers die tevreden zijn met de interactie met de centralist blijken namelijk vier keer sneller geneigd te zijn om het zelfzorgadvies na te leven. Świątoniowska-Lonc et al. (2020) claimen zelfs dat er een significante relatie is tussen de zorgverlener-patiënt communicatie en zelfzorg en therapietrouw. Met de Communication Assessment Tool (CAT) is de kwaliteit van de zorgverlener-patiënt communicatie gemeten. Deze vragenlijst bevraagt verschillende aspecten van de communicatie, zoals in hoeverre de zorgverlener de patiënt met respect behandelde, maar ook in hoeverre de patiënt betrokken werd in de besluitvorming. Uit dit internationale onderzoek, dat zich richtte op patiënten met hypertensie, bleek dat tevredenheid van patiënten over de

communicatie met hun zorgverlener direct gerelateerd is aan de bereidheid om zelfzorgadvies op te volgen. Hoe beter de communicatie, hoe groter de toewijding om het advies na te leven en het zelfzorgadvies uit te voeren. Voor elk van het drietal concepten waaruit zelfzorg bestaat bleek dit te gelden. Dit valt te verklaren vanuit het onderzoek van Dagger, Sweeney & Johnson (2007) dat resulteerde in het Health service quality model (HSQ). Dit hiërarchische model dat de kwaliteit van gezondheidsdiensten meet laat zien dat (1) de kwaliteit van persoonlijke relaties, (2) technische kwaliteit, (3) de kwaliteit van omgevingsfactoren en (4) administratieve kwaliteiten factoren zijn die de kwaliteit van de dienst bepalen (Figuur 2).

Figuur 2

Health Service Quality Model (Dagger et al., 2007)



Interpersoonlijke kwaliteit

De kwaliteit van de interpersoonlijke relatie tussen de zorgverlener en patiënt is volgens Dagger et al. (2007) de belangrijkste factor die de kwaliteit van de zorgverlening bepaalt. De subdimensie interactie duidt op de interactieve aard van het interpersoonlijke proces (Wiggers et al. 1990; Zifko-Baliga & Krampf, 1997 in Dagger et al., 2007). Het gaat hierbij om het uitwisselen van informatie tussen een zorgverlener en patiënt, de mate van interactie en de mate van tweewegcommunicatie. Het subthema relatie duidt op hoe sterk de relatie tussen de patiënt en zorgverlener wordt ervaren.

Technische kwaliteit

De belangrijkste factoren die de technische kwaliteit van de zorgverlening beoordelen zijn de expertise die getoond wordt tijdens de dienstverlening en het resultaat dat behaald wordt (Grönroos, 1984; McDougall & Levesque, 1994 in Dagger et al., 2007). Hierbij worden ook protocollen en procedures meegenomen.

Omgevingskwaliteit

Alle factoren die te maken hebben met de omgeving waar de hulpverlening zich afspeelt en die de perceptie van patiënten beïnvloedt, hebben te maken met de omgevingskwaliteit. Zowel tastbare als ontastbare aspecten kunnen van invloed zijn op deze perceptie en spelen zich vaak af in het onderbewuste van patiënten. In de context van de ambulancezorg kan het hier het comfort of de geur in de ambulance betreffen. Gezien het feit dat in de zorgverlening van de meldkamercentralist de patiënt niet blootgesteld wordt aan een nieuwe omgeving, is de verwachting dat de omgevingsdimensie in deze context nauwelijks een rol zal spelen.

Administratieve kwaliteit

De administratieve kwaliteit hangt af van de wijze waarop de zorg georganiseerd is. Subdimensies hiervan zijn de tijd, de manier waarop de zorg gefaciliteerd wordt, en de ondersteuning tijdens en na de afname van een dienst (McDougal & Levesque, 1994; Lovelock, Patterson & Walker, 2001 in Dagger et al., 2007). Ook deze dimensie wordt geacht weinig relevant te zijn als het gaat over de centralist van de MKA. Op het moment van bellen naar 112 duurt het maximaal één minuut voordat een centralist de beller te woord staat. Dit betekent dat er vrijwel geen wachttijd is, waardoor subdimensies zoals afspraakwachttijden en toegankelijkheid van zorgdiensten hier niet van toepassing zijn.

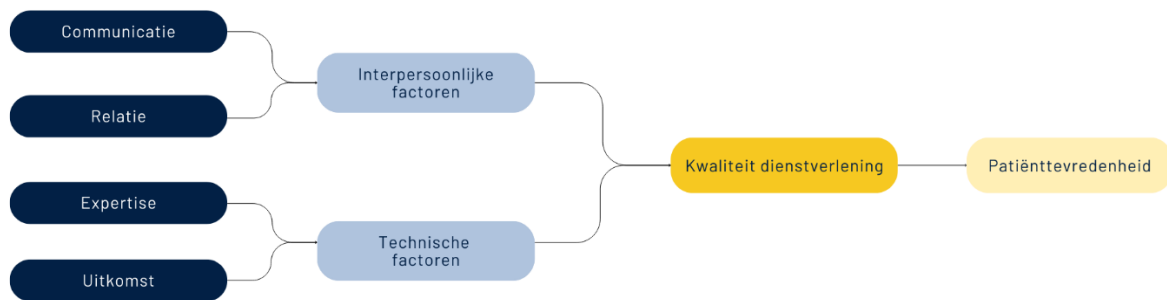
Wanneer patiënten met klachten rondom hypertensie de interactie met de zorgverlener als positief ervaart, is de kans dat patiënten zelfzorgadvies opvolgen groter dan wanneer zij een negatieve attitude hebben ten opzichte van de interactie (Świątoniowska-Lonc et al., 2020). Echter, weinig onderzoek heeft zich tot op heden gericht op de toepasbaarheid van deze theorie in de context van de MKA. Ook is niet bekend welke communicatieve factoren patiënten in een dergelijke interactie het meest belangrijk achten. Dit onderzoek zal daarom verkennen of eenzelfde resultaat ook in de context van de Nederlandse MKA te identificeren is en welke communicatieve factoren daaraan bijdragen.

Conceptueel model

Op basis van de onderzochte literatuur is onderstaand conceptueel model opgesteld. Deze is voornamelijk gebaseerd op de (sub-)dimensies van Dagger et al (2007). Świątoniowska-Lonc et al. (2020) bestempelden patiënttevredenheid over de communicatie als de belangrijkste indicator voor de bereidheid om zelfzorgadvies op te volgen. Hoe hoger de patiënttevredenheid, hoe hoger de ontvankelijkheid om het advies op te volgen. Om het conceptueel model te valideren is deze voorgelegd aan een professional van de RAV Brabant MWN, die in een klankbordsessie corroborerde dat het model vanuit de theorie gezien passend lijkt.

Figuur 3

Conceptueel Model Kwaliteitsbeoordeling Dienstverlening Meldkamercentralist Ambulancezorg



Verschillende factoren lijken dus van invloed op de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen. Uit eerder onderzoek lijken interpersoonlijke en technische aspecten het meest bij te dragen aan de ervaren kwaliteit van dienstverlening, die op zijn beurt weer leidt tot patiënttevredenheid in de context van zelfzorgadvies door de meldkamercentralist. Om uit te wijzen of deze factoren ook daadwerkelijk direct de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden om zelfzorgadvies op te volgen, zullen er inzichten verzameld moeten worden van patiënten. Het is van belang om te weten welke behoeften zij hebben om te identificeren wat hun verwachtingen zijn en welke onderliggende waarden hierbij een rol spelen.

3. Methode

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatieve benadering gehanteerd. Er zijn diepte-interviews afgenomen met deelnemers om inzicht te krijgen in de factoren die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden bij het opvolgen van zelfzorgadvies van de meldkamercentralist ambulancezorg. Door middel van een thematische analyse van de verkregen data konden onderliggende principes, ideeën en motivaties van de deelnemers geïdentificeerd worden. Kwalitatief onderzoek leent zich er beter voor om deze factoren te meten dan verschillende vormen van kwantitatief onderzoek, aangezien betekenis centraal staat bij kwalitatief onderzoek (Braun & Clarke, 2013). Deze aanpak biedt een dieper begrip van de redenen achter de uitspraken van de deelnemers doordat kwalitatief onderzoek rekening houdt met de complexiteit van het onderwerp. In de volgende sectie worden verschillende aspecten van de methode beschreven, waaronder de instrumentatie, participanten, procedure en analyse.

3.1 Instrumentatie

Voor dit onderzoek zijn negen diepte-interviews afgenomen om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen. Deze interviews zijn op basis van een semi-gestructureerde interviewgids afgenomen. Op deze manier was er ruimte voor de participanten om eigen ideeën met betrekking tot zelfzorgadvies van de centralist in te brengen in het gesprek.

De WHO definieert self-care (zelfzorg) als volgt: "Self-care is the ability of individuals, families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and cope with illness and disability with or without the support of a health worker" (WHO, z.d.). Zelfzorg in brede zin omvat alle zorg die een individu aan zichzelf besteedt om gezond te blijven. Dit kan variëren tussen het opzoeken van informatie over gezondheid, het veranderen van diens leefstijl of het kopen van de juiste medicatie bij kleine kwalen (HO VUMC, 2023). Deze definitie is in dit onderzoek aangehouden wanneer het ging over zelfzorg.

Om bredere inzichten op te doen over de behoeften van patiënten is tijdens het onderzoek niet direct gesproken over zelfzorg, maar zijn er vragen gesteld hoe een centralist de patiënt het beste kan helpen. Zo kon er geïdentificeerd worden of patiënten zelf al dachten aan zelfzorg, of dat er andere ideeën en behoeftes naar voren kwamen. Ook kon op deze manier geen verwarring ontstaan over het concept zelfzorg en eventuele bijbehorende connotaties. Een voorbeeldvraag die gesteld is om deze percepties te onderzoeken is: "Stel uw hulpvraag was minder erg geweest en de centralist had u willen helpen, in plaats van dat er een ambulance zou

komen. Hoe zou hij/zij dat het beste kunnen doen?”. De volledige interviewgids is te vinden in Appendix A.

Het interview kon verdeeld worden in drie delen. In het eerste deel is gevraagd wat de algemene ervaring was van de patiënt met de ambulancedienst, met welke hulpvraag er is gebeld en of de deelnemer al dan niet zelf 112 heeft gebeld. Op deze manier kon de situatie waarin de deelnemer zich begeven heeft beter begrepen worden en kon de deelnemer eerst zijn/haar verhaal vertellen voordat er dieper ingegaan werd op bepaalde aspecten van de ervaring. Het tweede deel bestond uit de eerdere ervaring die de deelnemer gehad heeft met de meldkamercentralist ambulancedienst. Hier werd gevraagd naar de algemene ervaring, de behoeften en waarden van patiënten op het moment van bellen. Wanneer een deelnemer niet zelf naar 112 gebeld had of hier geen actieve herinneringen aan had, is dit onderwerp niet bevraagd. In het laatste deel van het interview is een hypothetische situatie geschetst waarin gevraagd werd naar een situatie waarin de centralist zelfzorgadvies zou geven. De situatie die geschetst werd, werd aangepast aan de casus van de patiënt bij de eerdere hulpvraag. Er werd een situatie geschetst die minder acuut en ernstig was dan de vorige hulpvraag van de patiënt, maar waarin ze zich wel zouden kunnen verplaatsen. De hulpvragen die voorgelegd werden voor de hypothetische situatie zijn verworven uit een Urgentiecodelijst van de RAV Brabant MWN. Er is hierbij gefilterd op hulpvragen waarbij, in de huidige urgentie-indeling, een huisartsverwijzing volgt. In deze situatie is er gevraagd naar hoe een centralist in een dergelijke situatie het beste kan helpen, wat de waarden en behoeften van deelnemers in die situatie zouden zijn en welke praktische handvaten ze nodig hebben.

Betrouwbaarheid & validiteit

Bij een thematische analyse kan de betrouwbaarheid een bedreiging zijn in relatie tot de dataverzameling, codering en subjectiviteit (Nowell, Norris & Moules, 2017). Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen zijn verschillende maatregelen getroffen voor- en nadat de analyse plaatsvond. Bij het opstellen van de semi-gestructureerde interviewgids is extra aandacht besteed aan de mate van sturing in de vragen. Nadat de open, niet-sturende vragen zijn opgesteld is de interviewgids getest in een proefinterview. Op deze manier is er gekeken of de vragen leidden tot de antwoorden die voor het onderzoek belangrijk waren. Dit zorgde ook voor een hogere validiteit van het onderzoek. Door het stellen van directe vragen, wordt datgene gemeten dat beoogd wordt te meten. Na het proefinterview is ervoor gekozen om niet één casus te schetsen aan deelnemers, maar om deze aan te passen aan de situatie waarin zij zich bevonden tijdens hun eerdere ervaring met de ambulance. Op deze manier konden zij zich beter inleven in de situatie.

Na het afnemen van de interviews is een codeboek opgesteld voor de analyse, waarin de definities van de codes zijn opgenomen om eenheid tijdens het coderingsproces te waarborgen (Appendix B)². Een tweede codeur heeft vervolgens onafhankelijk één transcript gecodeerd met het codeboek, waarna de gecodeerde transcripten vergeleken werden. Bij verschillen in mening over de codes werden deze besproken en aangepast totdat beide partijen overeenstemming bereikten. Met het gereviseerde codeboek heeft de tweede codeur nog één transcript gecodeerd om te controleren of het codeboek volledig en duidelijk was. Na een tweede vergelijking van de coderingen bleek het codeboek geschikt om de overige transcripten te coderen.

3.2 Participanten

Deelnemers die aan dit onderzoek hebben deelgenomen zijn allen mensen die eerder in aanraking zijn geweest met de ambulancedienst. Er hebben in totaal negen participanten deelgenomen aan deze interviewstudie. De leeftijden van deelnemers varieerden tussen 23 en 77 jaar (M = 56.3). De participanten zijn geworven via een database van de RAV Brabant MWN. Hierin stonden patiëntgegevens van mensen die in het afgelopen jaar (mei 2023 - april 2024) gezien zijn door een ambulance. Bij deze mensen is allen een ambulance ter plaatse geweest, maar heeft geen vervoer met de ambulance plaatsgevonden (eerste hulp geen vervoer (EHGV). Aangezien er op het moment van het onderzoek nog geen data was van mensen die een huisartsverwijzing of zelfzorgadvies hebben gehad van de centralist, is de groep EHGV gekozen als patiëntengroep die het dichtst bij de onderzoekssituatie kwam. Patiënten uit de database hadden al eerder meegedaan aan interviews over kwaliteit van zorg en hadden aangegeven open te staan om telefonisch benaderd te worden voor aanvullende vragen. In deze lijst is vervolgens gefilterd op leeftijd van de patiënt, datum van hulpverlening en plaats van hulpverlening om ervoor te zorgen dat er een zo groot mogelijke verscheidenheid aan patiënten geïnccludeerd kon worden en patiënten uit het gehele werkgebied van de RAV Brabant MWN meegenomen werden. In Tabel 1 is de relevante patiëntinformatie weergegeven. Er is bij dit onderzoek voor gekozen om geen onderscheid te maken tussen de aard van de hulpvraag waarvoor deelnemers in contact zijn geweest met de ambulancedienst. Het doel van dit onderzoek was tenslotte om voor een brede groep patiënten te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op hun ontvankelijkheid om zelfzorgadvies op te volgen.

² Appendix B is te vinden in een los document getiteld: 'Appendix B - Codeboek'

Tabel 1*Relevante kenmerken geïnterviewde respondenten*

Deelnemer	Geslacht	Leeftijd	Datum hulpverlening	Locatie hulpverlening
1	Man	77	18-03-2024	Breda
2	Vrouw	68	18-10-2023	Oss
3	Vrouw	65	09-02-2024	Etten-Leur
4	Man	60	05-04-2024	Roosendaal
5	Vrouw	61	12-08-2023	Halderberge
6	Man	61	03-02-2024	Oosterhout
7	Vrouw	51	12-10-2023	Meierijstad
8	Vrouw	41	25-05-2023	Oosterhout
9	Man	23	03-02-2024	Heusden

3.3 Procedure

Uit de lijst met potentiële deelnemers zijn mensen telefonisch benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. Deelnemers die hiermee instemden kregen een informatie- en toestemmingsdocument via e-mail doorgestuurd, waarin zij konden lezen hoe de informatie verzameld en opgeslagen werd en met welk doel (Appendix C). Deelnemers hebben voorafgaand aan het interview het document gelezen en nogmaals toestemming gegeven om het gesprek op te nemen. Ook bevestigden ze kennis te hebben van de vrijwilligheid van deelname aan het onderzoek. De interviews zijn afgenomen via Teams of een telefoongesprek. Twee deelnemers gaven de voorkeur aan het houden van een telefonisch interview vanwege persoonlijke omstandigheden. De interviews duurden gemiddeld 20 minuten, variërend van 11 minuten tot 34 minuten. Alle interviews zijn, met toestemming van de deelnemers, opgenomen via Teams of een voice-recorder, om de gesprekken na afloop terug te luisteren en te transcriberen. Om de anonimiteit van de respondent te waarborgen, is de naam van de respondent veranderd in een nummer. Na het transcriberen van alle interviews is de analyse gestart. De opnames en transcripten van de gesprekken staan opgeslagen op een laptop van het RAV Brabant MWN in een beveiligde omgeving en zijn verwijderd na afloop van het onderzoek.

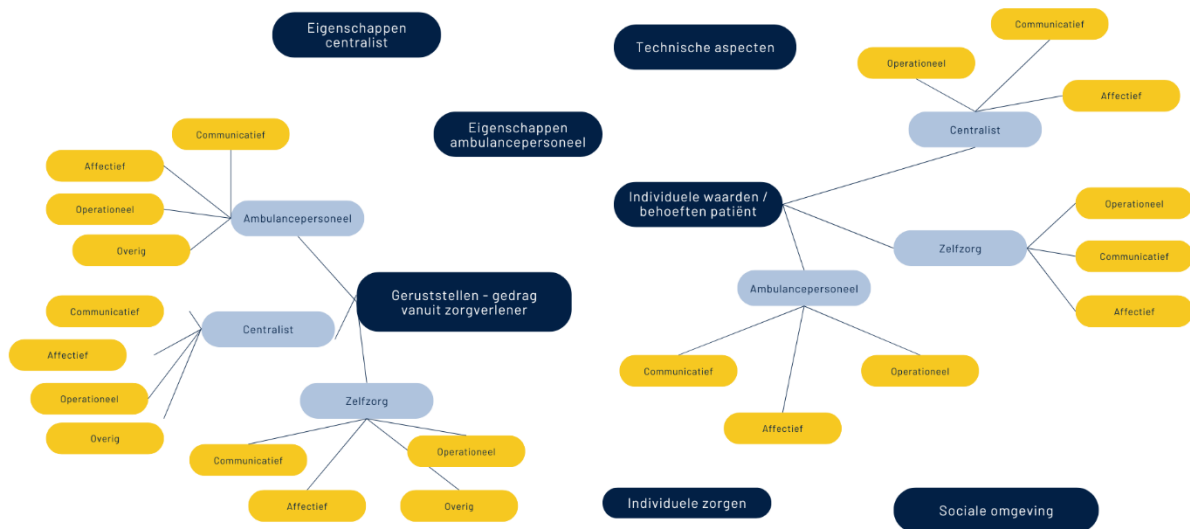
3.4 Analyse

Een thematische analyse is uitgevoerd om de data die via de interviews verzameld zijn te analyseren. Een inductieve thematische analyse is in staat om patronen (thema's) in de data te identificeren en analyseren. Het organiseert en beschrijft de dataset weinig in detail, maar is

bedoeld om verschillende aspecten van het onderzoek te interpreteren (Braun & Clarke, 2006). Dit wordt gedaan door de data subjectief in stukken op te breken en niet objectief te lezen en te verdelen. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van het stappenplan van Braun en Clarke (2006), welke bestaat uit vijf fases die gelijktijdig of cyclisch kunnen plaatsvinden. De eerste fase bestaat uit het vertrouwd raken met de data. De onderzoeker duikt in de data en maakt notities van eerste indrukken en observaties. De tweede fase bestaat uit het genereren van de eerste codes. Hier worden eerste codes, die gebaseerd zijn op de initiële indrukken, gevormd. De software ATLAS.TI is vanaf deze fase gebruikt in het analyseproces. In de derde fase worden relevante thema's gezocht, waarbij de codes onderverdeeld worden in thema's en wordt nagedacht over hoe deze met elkaar in verband staan. Vervolgens worden in de vierde fase de thema's herzien. Er wordt gecontroleerd of de codes en bijbehorende quotes passen bij de thema's. Hieruit volgen de definitieve thema's die in fase 5 gevormd worden, waarop een gedetailleerde analyse volgt die de essentie van het thema belicht. De thema's die in dit onderzoek zijn gevormd zijn in onderstaand figuur schematisch weergegeven. De hoofdthema's die uit de coderingen naar voren kwamen, zijn weergegeven in donkerblauw. Deze coderingen zijn ingedeeld op basis van de context waarin ze door de patiënt werden genoemd: de eerdere ervaring met het ambulancepersoneel ter plaatse, eerdere ervaring met de centralist, of de hypothetische situatie met betrekking tot zelfzorgadvies. De subthema's, die binnen de hoofdthema's onderscheiden konden worden, zijn in geel weergegeven. Slechts de twee meest voorkomende hoofdthema's zijn onderverdeeld in subthema's. Dit is gedaan om de onderliggende oorzaken en ideeën beter te kunnen weergeven. De kleinere hoofdthema's behoeften geen subthema's, door de afwezigheid van veel verschillende onderliggende ideeën, principes en waarden. Deze thema's konden overzichtelijk geanalyseerd worden zonder de coderingen in te delen in subthema's.

Figuur 4

Schematische weergave thematisering



4. Resultaten

De thematische analyse die op de transcripten werd toegepast, leverde een vijftal sleutelconcepten op die duidelijk in de data naar voren kwamen. Deze zijn op basis van voorkomens gekozen. Deze thema's worden als essentieel beschouwd als het gaat over invloeden voor patiënten om zelfzorgadvies op te willen en kunnen volgen. De vijf thema's zijn als volgt gecategoriseerd: (1) Individuele waarden & behoeften van patiënten, (2) Gedrag van de centralist, (3) Individuele zorgen, (4) Visueel contact en (5) Sociale omgeving. Er bestaat enige overlap tussen sommige van de aspecten, wat laat zien dat de opvattingen en belangen vaak relatief zijn ten opzichte van elkaar en niet volledig als losse concepten beschouwd kunnen en moeten worden.

4.1 Individuele waarden & behoeften van patiënten

De onderscheiden waarden en behoeften die deelnemers noemden zijn opgedeeld in drie subthema's: (1) affectieve waarden en behoeften, (2) communicatieve waarden en behoeften en (3) operationele waarden en behoeften.

Affectieve waarden & behoeften

Het gevoel van serieus genomen worden en zich gehoord voelen blijkt bij patiënten een belangrijke affectieve waarde. Patiënten geven aan vanuit hun eerdere ervaring dat zij op het moment van bellen naar de MKA veel belang hechten aan gehoord worden. Dit gehoord worden gaat in veel gevallen gepaard met een verlangen naar het krijgen van een advies.

L: Wat was het voor u belangrijk op dat moment dat u belde?

Spreker 2: Ja. Dat ik belde dat ik gehoord werd, en het advies: wat moet ik doen?

Dit gevoel blijkt ook belangrijk in een andere context waar de deelnemers nog geen ervaring mee hebben. Wanneer ze gevraagd worden wat een centralist moet en kan doen wanneer hij/zij zelfzorgadvies zou willen geven, worden soortgelijke antwoorden gegeven. Deelnemers geven aan dat wat de hulpvraag ook is, het belangrijk is dat de centralist de zorgen van de patiënt serieus neemt.

Spreker 2: Kijk ook, al heb je pijn in je grote tenen. Het is voor de patiënt op dat moment belangrijk.

Spreker 3: Je wil gewoon gehoord worden.

Een manier om de zorgen serieus te nemen en patiënten het gevoel te geven gehoord te worden is het nemen van genoeg tijd voor de patiënt. Dit is een factor die patiënten ook aangeven fijn te vinden wanneer de ambulance ter plaatse komt. Wanneer ambulancepersoneel de tijd neemt voor de patiënt en grondig te werk gaat, krijgen patiënten het gevoel dat ze serieus genomen worden. Dezelfde waarden lijken voor patiënten dus belangrijk wanneer zij zelfzorgadvies ontvangen van de centralist.

Ja oh ja, en wat ik ook altijd wel erg belangrijk vind, is dat je het gevoel hebt dat er tijd voor je wordt genomen. Dus niet dat je het gevoel krijgt van oh nou ja, weet je, ga maar rechtop zitten en de groeten bij wijze van spreken, maar dat je echt het gevoel krijgt van oh, ze nemen de tijd.

Communicatieve waarden & behoeften

Deelnemers geven aan dat ze van de centralist verwachten dat hij/zij de hulpvraag goed uitvraagt. Aan de ene kant zodat de centralist zeker weet dat er geen ambulance nodig is en aan de andere kant om de patiënt gerust te stellen en te overtuigen van het feit dat dit het geval is.

Nou ja in ieder geval denk ik voldoende vragen stellen, hè? Dus dat je het echt zeker weet dat dat de ambulance niet nodig is.

Spreker 2: Dus dan zouden bijvoorbeeld ook kunnen vragen van goh is is, is dit, al is dit de eerste keer of is dit vaker gebeurd en hè? En misschien vragen stellen van goh, hebt u zelf al iets gedaan of er bent u al bij een specialist of nou ja, zoiets weet je wel dat soort vragen, denk ik.

L: Want tot wat denk je dat dat zou kunnen leiden? Wat is dan het positieve gevolg van die vragen?

Spreker 2: Nou ja, vooral denk ik het serieus genomen worden. Ik denk dat dat voor heel veel mensen ook wel heel belangrijk is, want ik heb zelf gebeld voor een paniekaanval waarvan ik zelf achteraf denk ja, daar had ik geen ambulance voor moeten bellen en daar voel ik me dan ook bezwaard over en het is dan heel prettig als je toch het gevoel krijgt van we nemen dit echt heel serieus en en... Dat ze ook wat breder kijken, dus niet alleen misschien daar precies dat moment waarop jij belt, maar dan ook inderdaad een vraag stellen van goh, hè, is het al eerder gebeurd of zoiets en is gewoon net iets breder kijken dan net die die die minuut waarin je dan aan de telefoon bent.

Het goed uitvragen van de hulpvraag en doorvragen naar de situatie leidt tot het verminderen van angst en een beter begrip van de keuze bij de patiënt, blijkt uit de interviews. Op het moment dat de patiënt begrip heeft voor de situatie en begrijpt waarom welke keuzes gemaakt worden, is hij/zij sneller geneigd om het advies vervolgens op te volgen, geven deelnemers aan. Daarnaast vertellen ze dat de centralist aanvullende informatie moet geven in een dergelijke situatie. Praktische tips die de patiënt direct kan toepassen dragen bij aan het gevoel dat er hulp geboden wordt door de centralist en dat de patiënt niet met lege handen staat na het bellen met de meldkamercentralist. Sommige patiënten geven aan dat hun hulpvraag ook opgelost had kunnen worden zonder inzet van een ambulance wanneer de centralist de situatie goed in kaart brengt. Als de centralist inventariseert welke omstanders aanwezig zijn en kunnen helpen kunnen directe instructies aan omstanders volgens deelnemers helpen de hulpvraag op te lossen.

Kijk en als die centralist had verteld van nou, mevrouw, als wij u nou aanwijzingen geven dat er twee mensen zijn die haar wel op kunnen tillen, dan kunnen wij aanwijzingen geven hoe ze dat moeten doen. En dan had hij een ambulance die hoeven komen, dan had er een ambulance weer nog iets kunnen gaan wat echt urgent was.

Nou ja, misschien wel wat informatiepunten over van heb je heb je pijn op je borstbeen. En, heb je dat niet, dan hoef je op dit moment niet per se druk te maken. Wat je gedaan hebt is natuurlijk niet handig en symptomen zijn niet prettig, maar zolang je geen pijn op de borst hebt. dan zou het op zich oké

Operationele waarden & behoeften

Wanneer een centralist een patiënt adviseert contact op te nemen wanneer de klachten niet verminderen, krijgen patiënten het gevoel dat er iemand is om op terug te vallen indien nodig. Dit geeft ze vertrouwen om het advies op te volgen. Daarnaast geven deelnemers aan dat zij gerustgesteld zullen zijn wanneer de centralist hen door zou verwijzen naar een huisarts of eerstehulp, mits dit overtuigend en onderbouwd gebracht wordt.

En ook gewoon ja, misschien ook uitleggen van nou ja, hè, we denken niet dat de ambulance nodig is, want zus en zo en dit kunt u doen of u kunt contact opnemen met de huisarts. Of nou ja, weet ik veel, maar ja, dat er wel dat er wel iets mee gedaan wordt. Niet alleen maar zeggen van, nou ja, hier is geen ambulance voor nodig en dat was het dan. Ik denk dat het dan belangrijk is om aan te geven wat wel nodig is op dat moment ja of eventueel later.

4.2 Gedrag van de centralist

Gerustgesteld worden is door de deelnemers het vaakst benoemd als benodigdheid van de zorgverlener. Zowel als het gaat over het ambulancepersoneel ter plaatse als het contact met de centralist, maar het wordt ook het meest genoemd als behoefte van de patiënt in de zelfzorgsituatie. Deelnemers noemen verschillende manieren waarop zij in het verleden (effectief) gerustgesteld werden, gerustgesteld zouden willen worden en andere factoren die tot geruststelling kunnen leiden. De oorzaken van geruststelling en factoren die hieraan kunnen bijdragen die een centralist kan toepassen, zijn onderscheiden in drie subthema's: (1) affectieve factoren, (2) communicatieve factoren en (3) operationele factoren.

Affectieve factoren

Deelnemers noemen rustig zijn en gerustgesteld worden vaak in één zin. Aan de ene kant leidt een centralist die rustig is ertoe dat een patiënt ook rustig is. Aan de andere kant zeggen deelnemers dat wanneer een centralist rustig is, dit vertrouwen uitstraalt. Rustig zijn wordt dus genoemd als een vereiste om onrust weg te nemen en gerustgesteld te worden. Hierbij is van belang dat zowel de centralist rust uitstraalt, als de patiënt rust ervaart.

L: Wat was eigenlijk belangrijk voor u op dat moment? Van de centralist?

Spreker 2: Ja om die onrust weg te nemen en kijk, ik weet als je belt, dan wordt er gelijk geschakeld door hun, dus dan komt er al iemand. Maar doordat ze zo rustig was, werd ik ook wat rustiger, denk ik.

Ook empathie wordt genoemd als een belangrijk aspect dat bijdraagt aan geruststelling.

En een beetje empathie en een beetje zacht brengen dat stelt de patiënt of hoe je dat noemt ook een beetje gerust. Maar het is altijd, maar het is soort van ja wij zijn dit en het lijkt net of dat ze opnoemen een lijstje met vragen en dan is het dan. Als je een warm iemand aan de lijn hebt of met beeldbellen dat scheelt al enorm.

Wanneer patiënten het gevoel krijgen dat een centralist kundig is en expertise heeft, zorgt dit bij een patiënt ook voor geruststelling. Deelnemers geven aan dat wanneer ze weten dat een centralist geschoold is en wanneer ze het gevoel krijgen dat de centralist professioneel is en voldoende kennis heeft van de situatie, dit leidt tot een gerustgesteld gevoel.

Ik denk door in ieder geval aan te geven van hé mevrouw vanuit mijn ervaring weet ik, weet ik dat hoe u dit beschrijft dat dit niet een acute situatie is en dus ga ik u op een andere manier helpen. Ik denk dat het rustgevend dan op dat moment zou zijn dat hij zegt mevrouw vanuit mijn ervaring denk ik of interpreteer ik het zo. Dat verwacht ik dat dat rustgevend zal zijn.

Communicatieve factoren

Niet alleen wat er gezegd wordt blijkt van invloed op de mate van geruststelling bij de patiënt. Ook de manier waarop dit gebracht wordt. Patiënten geven aan dat rustig en duidelijk praten belangrijk is bij het overbrengen van de boodschap door de centralist. Daarnaast zeggen ze dat de stem van de centralist belangrijk is voor het gevoel dat de patiënt krijgt aan de telefoon. Een rustige stem leidt ertoe dat de patiënt rustig wordt en kan op zijn beurt leiden tot vertrouwen bij de patiënt.

Andere aspecten die bijdragen aan een gevoel van geruststelling bij patiënten zijn uitleggen en uitvragen. Door het uitvragen van de hulpvraag heeft de patiënt het gevoel dat de centralist overal aan denkt en de nodige dingen uitsluit.

Juist om allemaal dat soort vragen te stellen en daar meteen op te acteren, juist daardoor straalt de centralist een zekere soort in control helikopterview uit wat je dan denk ik als patiënt of moeder van nodig hebt.

Een aantal deelnemers geeft aan dat op het moment van bellen ze in een fase zitten waarin ze weinig opnemen en in paniek zijn. Wanneer er uitgelegd wordt wat er gaat gebeuren, kan dit leiden tot geruststelling. Hierbij noemen ze dat het van belang is dat de informatie op een duidelijke en eenvoudige manier gecommuniceerd wordt.

Operationele factoren

Om deze geruststelling te kunnen laten plaatsvinden, geven deelnemers aan dat het van belang is dat er de tijd genomen kan worden. Het geruststellen van een patiënt door een ambulanceverpleegkundige ter plaatse wordt voor een groot deel gedaan door het grondig te werk gaan en de tijd nemen om te achterhalen wat de problemen zijn en welke vervolgstappen nodig zijn, noemen deelnemers. In de context van zelfzorg lijken patiënten hetzelfde te willen.

4.3 Individuele zorgen van patiënten

Deelnemers noemen een aantal zorgen die zij hebben met betrekking tot het geven van zelfzorgadvies door een centralist. Zo geven ze aan dat ze denken dat een centralist de ernst van de situatie niet goed genoeg kan inschatten. De fysieke afwezigheid van de centralist wordt veelal als een extra belemmering gezien. Patiënten vinden het moeilijk om erop te vertrouwen dat een centralist de situatie correct beoordeelt wanneer hij/zij niet ter plaatse aanwezig is. Ook noemen deelnemers dat zij denken dat een centralist niet deskundig genoeg is om via de telefoon de patiënt te helpen.

Ik kan natuurlijk uitleggen wat er gebeurd is en wat er aan de hand is, maar zij kunnen door de telefoon niet beoordelen hoe ernstig het is en ik kan aangeven ik heb een hoofdwond en dat bloed erg en daar houdt het dan zo ongeveer mee op en mijn vrouw die stond er naast, ja die die kan alleen maar bevestigen wat er aan de hand was.

Praktische belemmeringen die genoemd worden zijn dat patiënten denken dat ze zelf niet deskundig genoeg zijn om het advies op te volgen of dat ze (op dat moment) niet over de middelen beschikken.

Maar je kunt de wond niet schoonmaken, want je staat op straat. Je kunt, je kunt niet afdeppen, je kunt geen pleister of niks aanbrengen, dus ik zou dat niet zo zien zitten in deze situatie.

Naast dat er praktische belemmeringen kunnen optreden kan het voorkomen dat patiënten niet welwillend zijn tegenover zelfzorgadvies om andere redenen, bijvoorbeeld omdat ze (op dat moment) zelf niet genoeg motivatie hebben om zelf zorg te dragen voor het oplossen van de zorgvraag.

Nou ja, dan moet je het zelf doen en dan ben je ook niet in de stemming om dat soort dingen te doen.

4.4 Visueel contact

Deelnemers geven aan dat ze het belangrijk vinden om visueel contact te hebben met een centralist wanneer het gaat over het ontvangen van zelfzorgadvies door een centralist. Volgens hen draagt het kunnen zien van de zorgverlener bij aan het vertrouwen in de hulpverlening. Wanneer ze de centralist niet kunnen zien, is dit vertrouwen lager. Ook wordt meermaals genoemd dat het fysiek aanwezig zijn van het ambulancepersoneel er onder andere voor zorgt dat zij patiënten beter gerust kunnen stellen dan een centralist.

Dat is denk ik ook echt denk ik door de afstand. Ik denk dat het gewoon echt omdat ze fysiek aanwezig zijn, dat dat heel veel scheelt. Je ziet ze in pak en in tenue. Of ja in hun werkkleding en dat straalt toch een stukje professionaliteit uit, ook al klinken ze aan de telefoon professioneel. Je hebt hier nu ook een stukje ja optische toevoeging bij zeg maar en dat scheelt heel veel.

Naast de werkkleding wordt ook andere non-verbale communicatie genoemd als factor die positief bijdraagt aan het vertrouwen in een hulpverlener en de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener.

Je zou kunnen zeggen die die verpleegkundige die hier was, die stelt vragen, dat kan die mevrouw achter weet ik veel waar ze vandaan komen ook doen. Maar de persoon die je ziet, die je voor je hebt, de uitstraling van de ogen, denk ik. Is toch anders, waardoor ik of een patiënt rustiger wordt, of het meer binnenkomt.

Deelnemers waren het erover eens dat het kunnen zien van de centralist zowel voor de centralist als voor de patiënt van toegevoegde waarde kan zijn. Waar sommige deelnemers het slechts als een belemmering zagen dat dit niet mogelijk is, vonden anderen een oplossing om dit probleem te verhelpen. Beeldbellen werd door verschillende deelnemers genoemd als een praktische oplossing om het contact tussen de centralist en de patiënt persoonlijker te maken.

Het zien van het gezicht en de werkkleding worden ook hier genoemd als factoren die meehelpen in de geruststelling.

Ja, ik denk het, ja, ik denk dat dat net iets scheelt, dan heb je een gezicht. Je ziet iemand in ja, ik weet niet of zo'n centralist in geel en blauw zitten, maar. Ja, dan denk je wel een beetje van, oh, oke, ze zijn er.

...

Ja het uniform sowieso, want dat is natuurlijk een geheel. Ja en dat is denk ik per broeder of hulpverlener ander. Dat geruststellen, de een kan dat toch wel beter dan de ander, maar ik denk altijd dat het gezicht wel helpt, ja.

4.5 Sociale omgeving

In hoeverre er naasten aanwezig zijn die mee kunnen luisteren en beslissen in het gesprek tussen de centralist en de patiënt is een factor die bijdraagt aan de bereidheid om open te staan om zelfzorgadvies te ontvangen. Deelnemers geven aan dat wanneer een naaste aanwezig is, het makkelijker is om te accepteren dat een centralist de hulpvraag gaat beantwoorden, in plaats van ambulancepersoneel, omdat de naaste ook de ernst van de situatie kan beoordelen.

Ook heeft de aanwezigheid van naasten een positief effect op de geruststelling van de patiënt op het moment zelf, doordat de patiënt troost kan zoeken. Wanneer er zelfzorgadvies gegeven wordt, en er dus geen personeel ter plaatse komt, kunnen naasten de taak van het geruststellen op zich nemen.

L: Scheelt het dan dus dat er iemand om je heen was?

Spreker 2: Het maakt het wel iets makkelijker dat je niet alleen bent. Ik denk dat als je alleen bent, dan is het. Dat is niet fijn. Nee.

Dit vijftal thema's blijkt voor patiënten belangrijk te zijn bij het ontvangen van zelfzorgadvies van een meldkamercentralist. In hoofdstukken 5 en 6 wordt dieper ingegaan op de betekenis van deze thema's, de implicaties voor de praktijk, en de mate waarin het oorspronkelijk opgestelde conceptuele model passend is in deze context. In paragraaf 6.4 is een aangepast conceptueel model te vinden, gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek.

5. Conclusie

Dit onderzoek had als doel om de factoren te achterhalen die de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen van een centralist van de meldkamer ambulancezorg beïnvloeden. Er is gekeken naar zowel verschillende medische factoren als communicatieve factoren die hierin een rol speelden. Een vijftal factoren die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden is hierbij naar voren gekomen: (1) individuele waarden en behoeften van patiënten, (2) het gedrag van de centralist, (3) individuele zorgen, (4) visueel contact en (5) de sociale omgeving. Individuele waarden en behoeften die voor patiënten belangrijk zijn betreffen serieus genomen worden en het gevoel krijgen gehoord te worden, het gevoel krijgen dat de hulpvraag goed is uitgevraagd en iets of iemand hebben om op terug te kunnen vallen. Als het gaat over het gedrag van de centralist vinden patiënten het belangrijk dat de centralist ze geruststelt. Dit kan gedaan worden door als centralist rustig te zijn, expertise te hebben en dit ook uit te stralen, op een juiste manier gebruik maken van diens stem en het rustig en duidelijk communiceren. Ten slotte willen patiënten dat de centralist de tijd neemt voor de patiënt. Patiënten noemen ook een aantal expliciete zorgen die zij hebben met betrekking tot het krijgen van zelfzorgadvies door de centralist. Zo zijn ze bang dat de centralist de ernst niet goed kan inschatten, noemen ze enkele praktische belemmeringen en denken sommigen ook zelf niet kundig genoeg te zijn om het zelfzorgadvies op te volgen. Technische aspecten die ze noemen die belangrijk zijn in deze context gaan voornamelijk over de aan- of afwezigheid van visueel contact in de interactie tussen de beller en de centralist. Beeldbellen wordt hier genoemd als een middel dat ingezet kan worden om deze afwezigheid te overbruggen. Tot slot blijkt de sociale omgeving van de patiënt van invloed op de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen. De aanwezigheid van naasten vergoot de ontvankelijkheid van patiënten om het advies van de centralist op te volgen.

6. Discussie

6.1 Verklaringen

Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten het belangrijk vinden dat de centralist hen serieus neemt en de patiënt het gevoel geeft gehoord te worden. Dit leidt ertoe dat patiënten het idee hebben dat er naar ze geluisterd wordt en dat ze hun verhaal kunnen vertellen. Eerder onderzoek van Rantala, Ekwall & Forsberg (2016) liet zien dat dit ook het geval is wanneer ambulancepersoneel ter plaatse bij de patiënt aanwezig is en de patiënt niet naar het ziekenhuis vervoert. Ook hier willen patiënten dat er de tijd voor ze wordt genomen en er ruimte is om hun perceptie op de symptomen te delen en zorgen te uiten. Eenzelfde benadering die ambulancepersoneel ter plaatse heeft ten opzichte van patiënten op dit gebied kan dus ook ingezet worden door centralisten in de zelfzorgsituatie. Mazzi, Bensing, Rimondini et al. (2013) toonden onder andere aan dat wanneer zorgverleners empathische reacties geven, patiënten meer ruimte voelen om hun zorgen te uiten en zich gehoord voelen, wat corroborert met de resultaten van dit onderzoek. Twee manieren die patiënten noemen die ingezet kunnen worden om het gevoel te creëren dat de patiënt gehoord wordt zijn het bespreken van zorgen en het nemen van tijd voor de patiënt. Wanneer een centralist zelfzorgadvies geeft, wil een patiënt dat hij/zij zeker weet dat de centralist een volledig beeld heeft van de situatie, juist omdat diegene niet ter plaatse aanwezig is. Dit kan gedaan worden door goed uit te vragen, zodat er een zo correct mogelijke inschatting gemaakt kan worden van de ernst en aard van de situatie. Hierbij is het niet alleen belangrijk om naar symptomen te vragen, maar willen patiënten ook dat de achtergrond van de patiënt mee wordt genomen en er breder gekeken wordt naar het probleem. Op deze manier krijgt de patiënt het meeste vertrouwen in de centralist. Indien de centralist de controle neemt over de situatie waarin de patiënt zich bevindt, wordt de onzekerheid en angst die patiënten op dat moment ervaren verminderd (Booker, Purdy & Shaw, 2017). Patiënten willen uitsluiten dat er geen onderliggende serieuze problemen spelen en moeten hierover gerustgesteld worden. Het vertrouwen dat een patiënt in de centralist heeft is lastig te meten, aangezien het een multidimensionaal concept is en dus gebaseerd is op een grote range aan componenten die met elkaar interacteren (Yang et al., 2022). De factoren en de mate waarop die factoren het vertrouwen in de centralist beïnvloeden verschillen per patiënt en per situatie. Ook angst en onzekerheid zijn emoties die lastig te meten zijn, maar die nauw verbonden zijn met de ervaringen van patiënten. Emoties als deze zouden gemeten kunnen worden door middel van vragenlijsten en psychometrische instrumenten (zoals de Fear Questionnaire), maar misschien nog wel belangrijker is om te begrijpen hoe deze zich manifesteren in de communicatie met de centralist. Een centralist die in staat is deze emoties te herkennen en erop in te spelen, kan het vertrouwen van de patiënt vergroten. Hiervoor is het

echter wel van belang dat er onderzocht wordt op welke manier emoties zoals deze zich uiten in het gesprek tussen de centralist en de patiënt. Pas dan kunnen centralisten getraind worden om deze emoties te herkennen en adequaat te reageren. Een andere manier waarop de centralist het vertrouwen van de patiënt kan winnen kan worden is door het bespreken van zorgen van de patiënt. Wanneer ze het gevoel krijgen dat dit gedaan kan worden, voelen zij zich sneller serieus genomen en gehoord. Het identificeren op welke manier en op welke momenten de zorgen van patiënten het best besproken kunnen worden, behoeft gedetailleerder onderzoek waarin de interactie tussen de centralist en de beller geanalyseerd wordt. Daarnaast kan er door het analyseren van gesprekken op een interactionele wijze geïdentificeerd worden welke factoren er direct aan bijdragen dat een centralist de patiënt het gevoel geeft de tijd voor hem/haar te nemen.

Op het gebied van communicatie blijken verschillende aspecten belangrijk te zijn om in acht te houden als centralist wanneer er met een patiënt over zelfzorg gesproken wordt. Hermann, Long & Trotta (2019) onderzochten zorgverlener-patiënt interactie op de spoedeisende hulp. Zij onderscheidden de belangrijkste wensen en behoeften van patiënten in interactieaspecten en fundamentele aspecten. Aspecten die hier gevonden zijn komen overeen met aspecten die patiënten noemen belangrijk te vinden als het gaat over zelfzorg. De communicatieve factoren die bijdragen aan de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen kunnen dus grotendeels ingedeeld worden in deze twee groepen. Wat betreft interactieaspecten vinden patiënten het belangrijk dat de centralist vriendelijkheid en expertise uitstraalt. Goed luisteren en informatie op een duidelijke, rustige manier uitleggen zijn hierbij van groot belang. Hoe een centralist er precies voor zorgt dat hij/zij kundig geacht wordt, is iets dat uit vervolgonderzoek zal moeten blijken. Kundigheid en expertise kunnen op verschillende manieren getoetst worden en het is nog niet duidelijk hoe patiënten het gevoel krijgen dat een centralist een expert is. Expertise zou bijvoorbeeld gebaseerd kunnen zijn op de hoeveelheid kennis die iemand heeft van een onderwerp of de ervaring die iemand heeft opgedaan. Echter, het zou ook het gevoel kunnen zijn van een ander, zonder dat dit daadwerkelijk gegrond is op basis van de kennis van een centralist. Wellicht kan een centralist als kundig worden beschouwd zonder dat hij/zij daadwerkelijk veel kennis heeft. Een andere mogelijkheid is dat de manier waarop een centralist een boodschap overbrengt zwaarder weegt voor een patiënt dan wat de centralist daadwerkelijk zegt om als kundig te worden beschouwd. Fundamentele communicatieve aspecten, aan de andere kant, zijn factoren die bijdragen aan gedrag dat respect uitstraalt. Een belangrijk aspect voor een centralist is bijvoorbeeld empathie uitstralen. Dit kan zowel gedaan worden door de woorden die een centralist zegt, maar het gebruik van de stem blijkt hierbij minstens zo belangrijk. Andere non-

verbale aspecten spelen ook een grote rol bij het opbouwen en onderhouden van de relatie tussen de centralist en de patiënt. Onderzoek van Hermann, Long & Trotta (2019) laat zien dat het maken van oogcontact en glimlachen bijvoorbeeld ook bijdraagt aan een positieve ervaring voor patiënten. Patiënten geven aan dat wanneer zij zelfzorgadvies van een centralist krijgen, het kunnen zien van de centralist bijdraagt aan de geruststelling van de patiënt en het vertrouwen in de centralist. Er kan dus geconcludeerd worden dat deze non-verbale aspecten ook in het geval van zelfzorg door de centralist ontzettend belangrijk zijn.

In dit onderzoek werd ook een aantal zorgen over het geven van zelfzorgadvies gegeven door patiënten. Enkele patiënten geven aan dat ze denken dat een centralist de ernst van de situatie niet goed kan beoordelen. Oorzaken die hiervoor genoemd worden zijn dat een centralist niet kundig genoeg geacht wordt, hij/zij geen fysiek onderzoek kan doen en de situatie niet kan zien. De situationele context waarin een beller contact opneemt met 112, is tevens iets waar de centralist rekening mee moet houden. De omgeving waarin de patiënt zich bevindt op het moment van bellen is van invloed op de mate waarin patiënten in staat zijn om het zelfzorgadvies op te volgen. Patiënten geven aan dat zij niet altijd de middelen hebben om het advies op te volgen. Wanneer er bijvoorbeeld geen materialen in huis zijn die wel nodig blijken (zoals verband of gaasjes om de wond mee te desinfecteren), of wanneer een patiënt zich op straat bevindt, verlaagt dit de kans dat zelfzorgadvies (effectief) opgevolgd kan worden. Daarnaast blijkt dat patiënten niet altijd genoeg zelfvertrouwen hebben om zelfzorg toe te passen. Dit zelfvertrouwen blijkt wel een belangrijke indicator om in te schatten of patiënten het zelfzorgadvies daadwerkelijk zullen opvolgen. Gustafsson et al. (2016) legt uit dat mensen met een hoge mate van zelfredzaamheid namelijk eerder geneigd zijn om aan zelfzorg te doen dan mensen die zichzelf hier minder toe instaat achten. Opvallend is dat deze zorgen vooral door ouderen genoemd werden. Er lijkt een verschil te zitten tussen oudere en jongere patiënten als het gaat om de opvattingen over de taken van een centralist en het ambulancepersoneel. Ouderen lijken minder snel het advies op te willen volgen van een centralist dan jongere mensen, omdat zij meer twijfelen aan de deskundigheid van de centralist en de kwaliteit van dienstverlening. Ook lijken ze meer waarde te hechten aan het lichamelijk onderzoek en het fysiek aanwezig zijn van de hulpverleners. Echter, om te identificeren of deze verschillen in de praktijk daadwerkelijk te vinden zijn, zou er een uitgebreider onderzoek gedaan moeten worden.

Ook geven patiënten aan dat wanneer een centralist de patiënt doorverwijst naar een huisarts, zij hier positief tegenover staan, mits er een duidelijke onderbouwing is waarom dit het geval is. Wanneer de centralist dit overtuigend kan brengen, is de patiënt gerustgesteld dat dit een goede oplossing is. Gerustgesteld worden kan dus beschouwd worden als de

belangrijkste factor die bijdraagt aan de acceptatie van het krijgen van een zelfzorgadvies. Tegelijkertijd geven patiënten aan dat ze het fijn zouden vinden om iemand te hebben om op terug te vallen wanneer dit nodig blijkt. Tot op heden lijkt er nog geen wetenschappelijke verklaring voor de oorzaken hiervan en zou vervolgonderzoek dus moeten uitwijzen waarom dit het geval is.

De rol van de aanwezigheid van naasten in de ontvankelijkheid van patiënten om zelfzorgadvies op te volgen van de centralist is vanuit de literatuur lastig te verklaren. Patiënten geven aan dat ze sneller bereid zijn om het advies op te volgen wanneer een naaste aanwezig is. Dit lijkt dus te zorgen voor een extra validatie van wat de centralist zegt en lijkt een factor voor de geruststelling van de patiënt. Ook blijkt dat naasten kunnen zorgen voor troost en geruststelling op het moment dat zij het zelfzorgadvies moeten uitvoeren. Naar beste weten van de onderzoeker is hiervoor nog geen wetenschappelijke verklaring.

6.2 Limitaties

Herinneringen aan contactmoment

Een belangrijk discussiepunt van dit onderzoek is de deelnemers die gekozen zijn voor de interviews. Deelnemers zijn, zoals eerder benoemd, gefilterd op 'EHGV' cases. Alle patiënten die deelnamen aan dit onderzoek zijn dus bezocht door een ambulance. Hierdoor zijn ze vaak slechts kort in contact geweest met de centralist. Het bleek voor deelnemers moeilijk om herinneringen aan het moment van contact met de centralist op te halen, aangezien de komst van de ambulance het meeste indruk heeft gemaakt. Deelnemers die recentelijk nog in aanraking geweest zijn met de ambulance konden zich vanzelfsprekend beter herinneren wat hun ervaringen waren dan deelnemers waarvan dit contact langer geleden was. Sommige deelnemers hadden moeite met het loslaten van de situatie waarin zij zich zelf bevonden wanneer ze bevroegd werden over de hypothetische zelfzorgsituatie, waardoor ze zich moeilijk in de situatie konden verplaatsen. Ondanks dat deze groep patiënten het dichtst in de buurt komt van de beoogde doelgroep voor dit onderzoek, is het mogelijk dat de emotionele reacties afwijken van de reacties die in de werkelijke situatie gegeven zouden worden.

Selectie Bias

Ook is het mogelijk dat er een selectiebias heeft opgetreden bij het selecteren van de deelnemers. De deelnemers zijn geselecteerd uit een database van patiënten die eerder al meegedaan hebben aan onderzoek en expliciet aangegeven hadden open te staan voor aanvullende vragen. Deze groep is mogelijk niet representatief voor alle patiënten die in

aanraking komen met ambulancezorg, waardoor een vertekening kan ontstaan in de data. Deelnemers die bereid waren om aan dit onderzoek deel te nemen kunnen over het algemeen mondiger zijn en positiever staan tegenover de gezondheidszorg en onderzoeksdeelname. In medisch onderzoek komt het ook vaak voor dat mensen die eenzaamheid ervaren of op zoek zijn naar sociaal contact eerder bereid zijn om deel te nemen aan dergelijke onderzoeken. Ook in dit onderzoek kan dat het geval zijn, waardoor er geen representatief beeld van de gehele patiëntenpopulatie wordt geschetst.

Demografische en geografische oriëntatie

Dit onderzoek is uitgevoerd in regio Brabant MWN, wat betekent dat de bevindingen specifiek zijn voor deze geografische locatie. Ondanks dat er enige variatie was in de leeftijden, het geslacht en de locatie van de hulpverlening van de deelnemers, was de algehele demografische spreiding beperkt. Er is in dit onderzoek geen rekening gehouden met de gemiddelde leeftijd van bellers naar de MKA en de frequentie van bellers op basis van geografische gegevens. Wellicht zijn er verschillen in voorkeuren van patiënten in stedelijke en landelijke gebieden te identificeren. Ook de communicatievoorkeuren van patiënten van verschillende leeftijden kunnen verschillen. Oudere patiënten zijn waarschijnlijk minder vaardig met bijvoorbeeld beeldbellen. Aangezien zij opgegroeid zijn met het oude zorgstelsel, hebben zij mogelijk andere verwachtingen van wat een zorgverlener doet dan jongere patiënten. De hedendaagse patiënt is over het algemeen mondiger dan vroeger en hecht waarde aan het mee kunnen beslissen in het zorgproces, terwijl de oudere patiënt over het algemeen meer waarde hecht aan gezag (denk hierbij ook aan de werkkleding en de rol van de huisarts)(Huisman, 2018). Dit onderzoek is opgezet om eerste indrukken op te doen over factoren die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden. Wanneer er gekeken gaat worden naar de implementatie van het zelfzorgadvies, zullen factoren als deze verder uitgediept moeten worden.

6.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op dit moment bestonden er in de database van het RAV Brabant MWN nog geen gegevens van patiënten die zelfzorgadvies hebben ontvangen, aangezien deze urgentie nog niet in het huidige systeem is geïmplementeerd. Wanneer deze classificatie in de toekomst wordt ingevoerd en patiënten die zelfzorgadvies ontvangen geregistreerd worden, is het wenselijk om vervolgonderzoek uit te voeren waarbij deze specifieke groep bevraagd wordt over hun wensen en behoeften, terugkijkend op de ontvangen hulpverlening. Dit zal waardevolle inzichten bieden in hoe zelfzorgadvies in de praktijk wordt ervaren en wordt opgevolgd.

Daarnaast vond het onderzoek van Mazzi, Bensing, Rimondini et al. (2013) verschillende communicatie-uitingen die ertoe leidden dat patiënten de ruimte voelen om hun zorgen te delen. In dit onderzoek werd bevestigd dat een empathische reactie van de centralist ook in de zelfzorgsituatie leidt tot eenzelfde gevoel. Vervolgonderzoek zou echter moeten uitwijzen of de andere communicatie-uitingen die Mazzi, Bensing, Rimondini et al. (2013) als effectief bestempelden ook in het geval van zelfzorgadvies op de MKA effectief kunnen zijn. Wanneer de interactie tussen de centralist en de beller onder de loep genomen wordt, kan er geïdentificeerd worden hoe en wanneer de zorgen het beste besproken kunnen worden. Ook kunnen op deze manier andere waarden die voor patiënten belangrijk zijn, zoals het gevoel krijgen dat er de tijd genomen wordt, verder uitgediept worden om te identificeren hoe en wanneer de centralist in het gesprek het best hier aandacht aan kan schenken. Op deze manier wordt er meer inzicht verworven over praktische handvaten die centralisten tijdens de conversatie kunnen inzetten en de gevolgen daarvan voor patiënten.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat patiënten het fijn vinden om een specialist te hebben waar ze op terug kunnen vallen indien dit nodig is. Patiënten noemden dit als een factor die bijdraagt aan de acceptatie van het krijgen van zelfzorgadvies. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat indien de patiënt de mogelijkheid heeft om een deskundige te raadplegen wanneer zelfzorg niet toereikend blijkt, dit zou kunnen leiden tot geruststelling. Echter, gedetailleerd onderzoek zou moeten uitwijzen of er een relatie tussen deze factoren bestaat en hoe deze relatie met elkaar in verband staat.

Een andere onderbelichte voorwaarde die de naleefbaarheid van zelfzorgadvies kan vergroten is de aanwezigheid van naasten. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de rol van de sociale omgeving van een patiënt op de ontvankelijkheid om zelfzorgadvies op te volgen. De aanwezigheid van naasten kan ervoor zorgen dat een patiënt zich op een andere manier gerustgesteld voelt. Of dit daadwerkelijk in deze situatie het geval is, hoe op deze manier een patiënt gerustgesteld kan worden en wat de rol van de centralist hierin moet zijn, zal uit verder onderzoek moeten blijken.

Tot slot lenen verschillende factoren die naar voren kwamen uit de data van dit onderzoek zich voor vervolgonderzoek met een interdisciplinaire benadering. Zo bracht dit onderzoek aan het licht dat centralisten angst en onzekerheid moeten weghalen bij patiënten, dat ze patiënten moeten geruststellen, vertrouwen moeten winnen en als deskundig beschouwd moeten worden. Experimenteel vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op wat de praktische implicaties van deze termen zijn. Zo zou er bijvoorbeeld getest kunnen worden of bepaalde adviezen, vragen, formuleringen of de duur van het gesprek van invloed zijn op de mate van angst, vertrouwen of geruststelling die de patiënt ervaart. Op deze manier kan er

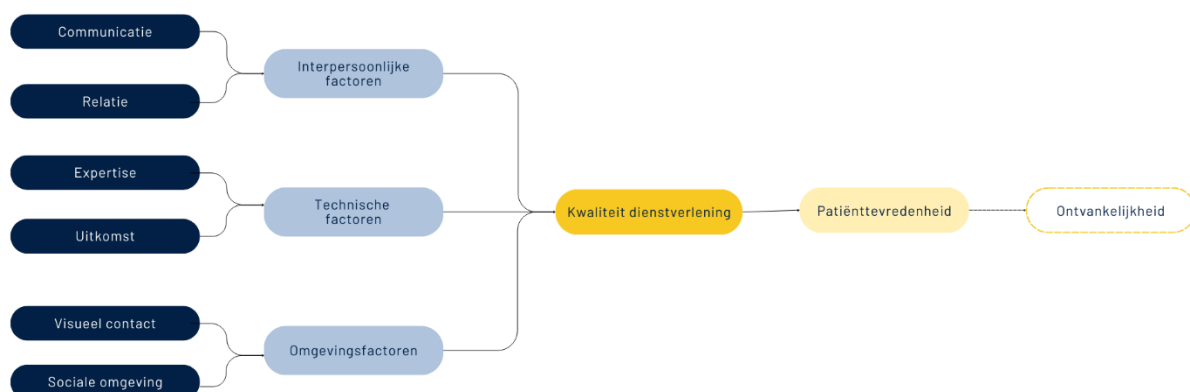
vanuit de praktijk gekeken worden naar hoe deze factoren in het gesprek tot uiting komen en kan de effectiviteit en de efficiëntie van de conversatie geëvalueerd worden. Ook kan er onderzocht worden hoe centralisten expertise kunnen uitstralen. Vragen zoals hoe expertise gemeten kan worden en hoe dit zichtbaar kan worden voor de patiënt kunnen centraal staan in vervolgonderzoek om uiteindelijk te kijken of en hoe dit bijdraagt aan een betere opvolging van het zelfzorgadvies.

6.4 Aanpassing op conceptueel model

In hoofdstuk 5 en paragraaf 6.1 is aangetoond dat de resultaten van het onderzoek een relatie tonen met het conceptueel model dat in hoofdstuk 2 is gepresenteerd. Uit het onderzoek zijn verschillende aspecten van het conceptueel model naar voren gekomen, waardoor het model toepasbaar lijkt op de situatie waarin zelfzorgadvies door de centralist wordt gegeven. Echter, er zijn twee factoren aan het licht gekomen die niet meegenomen waren in het conceptueel model, maar wel een rol blijken te spelen die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden om zelfzorgadvies al dan niet op te volgen van de meldkamercentralist. Omgevingsfactoren moeten beschouwd worden als invloeden die voor patiënten belangrijk zijn in deze context. Zowel de aan- of afwezigheid van een sociale omgeving en dus het bijzijn van naasten, als de aan- of afwezigheid van visueel contact tijdens het gesprek met de centralist zijn factoren die de mate van ontvankelijkheid bij patiënten te beïnvloeden. Onderstaand is het aangepaste conceptuele model gepresenteerd (Figuur 5).

Figuur 5

Aangepast Conceptueel Model Kwaliteitsbeoordeling Dienstverlening Meldkamercentralist Ambulancezorg



6.5 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen er verschillende aanbevelingen worden gedaan aan de RAV Brabant MWN. Hieronder worden deze aanbevelingen beknopt toegelicht.

Focus op geruststelling

Geruststelling is voor patiënten de belangrijkste factor die de ontvankelijkheid beïnvloedt om zelfzorgadvies al dan niet op te volgen van de meldkamer centralist. Het is hierbij belangrijk dat patiënten zich gehoord voelen en serieus genomen worden. Dit kan onder andere bereikt worden door de zorgen van patiënten te bespreken, genoeg tijd te nemen, grondig uit te vragen en duidelijke uitleg te geven. Patiënten geven aan dat rustig en duidelijk praten belangrijk is en dat de stem en het stemgebruik van de centralist hierbij belangrijk is. Een centralist die rust uitstraalt en deze rust kan overdragen op de patiënt zorgt ervoor dat de patiënt vertrouwen in hem of haar heeft.

Beeldbellen

Onderzoek de mogelijkheden om een videoverbinding toe te voegen aan de telefonische triage. Non-verbale communicatie blijkt een grote rol te spelen in het vertrouwen van de patiënt in de centralist en helpt bij het geruststellen van de patiënt. Daarnaast zorgt het zien van de dienstkleeding van de centralist er onder andere voor dat patiënten vertrouwen krijgen in de deskundigheid van de centralist. Het is belangrijk dat de patiënt weet dat ze een hulpverlener met expertise spreken, aangezien patiënten dan sneller geneigd zijn om het advies aan te nemen en op te volgen.

Stimuleer de zelfeffectiviteit van patiënten

Patiënten met een hogere zelfredzaamheid zijn sneller geneigd en in staat om zelfzorgadvies te geven. Ook blijkt dat patiënten die een hogere mate van zelfeffectiviteit hebben en dus meer geloven in hun eigen bekwaamheid om zelfzorgadvies op te volgen, hier sneller in zullen slagen. Het is als centralist dus belangrijk de patiënt hiervan te overtuigen, zodat de patiënt zelf meer vertrouwen krijgt in zijn/haar eigen bekwaamheid, wat de kansen dat het advies opgevolgd wordt vergroot.

Afsluiting

De implementatie van zelfzorgadvies door meldkamercentralisten markeert een verschuiving binnen de ambulancezorg, waarbij er meer focus gelegd wordt op preventieve zorg en een nieuwe manier van contact tussen een patiënt en een centralist ontstaat. Dit onderzoek heeft inzichten opgeleverd in de factoren die de ontvankelijkheid van patiënten beïnvloeden om zelfzorgadvies op te volgen. Door het verkennen van onder andere individuele waarden, de rol van visueel contact en de sociale omgeving, biedt dit onderzoek concrete aanbevelingen voor het verbeteren van de praktijk. Het creëren van een geruststellende omgeving en het tonen van expertise blijken cruciaal te zijn voor het bevorderen van de patiëntbetrokkenheid en de zelfeffectiviteit van patiënten.

Met dit onderzoek is een basis gelegd voor verder onderzoek binnen de ambulancezorg. De uitdagingen van morgen vragen om voortdurende innovatie en behoeven een diepgaand begrip van patiëntenbehoeften. Door voort te bouwen op deze inzichten kan gewerkt worden aan het effectief integreren van zelfzorgadvies, gericht op het verbeteren van het welzijn van elke individuele patiënt.

7. Literatuurlijst

- AZN. (z.d.). Optimale inzet ambulancezorg: De urgentie-indeling. *Ambulancezorg Nederland*. Geraadpleegd op 30 maart 2024, van <https://www.ambulancezorg.nl/themas/kwaliteit-van-zorg/urgentie-indeling>
- AZN. (2017, juni). Ambulancezorg in 2025: zorgcoördinatie en mobiele zorg. Visiedocument *Ambulancezorg Nederland*. Geraadpleegd van <https://www.ambulancezorg.nl/azn/missie-en-visie#:~:text=In%20de%20zomer%20van%202017,regionaal%20en%20in%20samenhang%20organiseren.>
- AZN. (2019, september). Hoe is de 15 minuten norm ontstaan? Factsheet. *Ambulancezorg Nederland*.
- AZN. (2022, 13 juni). Passende zorg door nieuwe urgentie-indeling. *Ambulancezorg Nederland*. Geraadpleegd op 30 maart 2024, van <https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/passende-zorg-door-nieuwe-urgentie-indeling>
- Bailey, E.D., O'Connor R.E. & Ross, R.W. (2000). The use of emergency medical dispatch protocols to reduce the number of inappropriate scene responses made by advanced life support personnel. *Prehospital emergency care*, 4(2), 186-189. <https://doi.org/10.1080/10903120090941489>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): p 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: a practical guide for beginners*. Londen: SAGE Publications Ltd.
- Bohm, K. & Kurland, L. (2018). The accuracy of medical dispatch - a system review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 26(94). DOI:[10.1186/s13049-018-0528-8](https://doi.org/10.1186/s13049-018-0528-8)
- Booker, M.J., Purdy, S. & Shaw, A.R.G. (2019). Seeking ambulance treatment for 'primary care' problems: a qualitative systematic review of patient, carer and professional perspectives. *BMJ Open*, 7, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016832>
- Conrad Fivaz, M. Scott, G., Clawson, J., Toxopeus, C., Zavadsky, M., Miller, K., Richmond, N & Olola, C. (2015). Assessing call demand and utilization of a secondary triage emergency communication nurse system for low acuity calls transferred from an emergency dispatch system. *Annals of Emergency Dispatch & Response*, 3(2), p11-15.
- Coster, J.E., Turner, J.K., Bradbury, D. & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency

and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24(9): 1137-1149.

<https://doi.org/10.1111/acem.13220>

Dagger, T.S., Sweeney, J.C. & Johnson, L.W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality. *Journal of Service Research*, 10(2): 123-142. DOI: 10.1177/1094670507309594

Eastwood, K., Morgans, A., Stoelwinder, J. & Smith, K. (2018). Patient and case characteristics associated with 'no paramedic treatment' for low-acuity cases referred for emergency ambulance dispatch following a secondary telephone triage: a retrospective cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26(8).

<https://doi.org/10.1186/s13049-018-0475-4>

Eastwood, K., Morgans, A., Stoelwinder, J & Smith, K. (2019). The appropriateness of low-acuity cases referred for emergency ambulance dispatch following ambulance service secondary telephone triage: A retrospective cohort study. *PLoS One*, 14(8).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221158>

Gardett, I., Scott, G., Clawson, J.J., Miller, K., Richmond, N., Sasson, C., Zavadsky, M., Rector, M., Wilcox, A., Olola, C. (2015). 911 Emergency Communication Nurse Triage reduces EMS patient costs and directs patients to high-satisfaction alternative point of care. *Annals of Emergency Dispatch & Response*, 3(1), p:8-13.

Gill, L. & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1): 8-19. DOI: [10.1108/17511870910927994](https://doi.org/10.1108/17511870910927994)

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? *Field Methods* 18(1): 59-82. DOI: [10.1177/1525822X05279903](https://doi.org/10.1177/1525822X05279903)

Gustafsson, S., Martinsson, J., Wälivaara, B-M., Vikman I & Sävenstedt. S. (2016). Influence of self-care advice on patient satisfaction and healthcare utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8): p1789-1799. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/jan.12950>

Hermann, R.M., Long, E. & Trotta, R.L. (2019). Improving Patients' Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(5): 523-530. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.001>

HO VUMC. (2023, 17 mei). Stimulatie zelfzorg patiënt. *Huisartsopleiding VUMC*. Geraadpleegd op 1 april 2014, van

https://www.hovumc.nl/wiki/Stimulatie_zelfzorg_pati%C3%ABnt#:~:text=Het%20betref%20alle%20zorg%20die,veranderen%20wanneer%20dit%20nodig%20is

Huisman, F.G. (2018). De arts-patiëntrelatie. In Hillen, H.F.P., Houwaart, E.S. & Huisman, F.G. (Eds.), *Leerboek medische geschiedenis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, (pp 139-151)

https://doi.org/10.1007/978-90-368-2169-8_11

- Jeppesen, E., Cuevas-Ostrem, M., Gram-Knutsen, C. & Uleberg, Od. (2020) Undertriage in trauma: an ignored quality indicator? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 28, 34 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00729-6>
- Katayama, Y., Kitamura, T., Nakao, S., Himura, H., Deguchi, R., Tai, S., Tsujino, J., Mizobata, Y., Shimazu, T. & Nakagawa, Y. (2022). Telephone Triage for Emergency Patients Reduces Unnecessary Ambulance Use: A Propensity Score Analysis With Population-Based Data in Osaka City, Japan. *Front Public Health* 10: 986506. DOI: [10.3389/fpubh.2022.896506](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.896506)
- Keizer, E., Huibers, L., Gijzen, R., Peters, Y., Smits, M., Kommer, G.J. & Giesen, P. (2013, maart). Inventarisatie triage ambulancezorg in Westerse landen: Literatuurstudie en Enquête. *Scientific Institute for Quality of Healthcare*.
- Krot, K. & Rudawska, I. (2019). Is patient satisfaction the key to promote compliance in health care sector? *Economics and Sociology*, 12(3): 291-300. DOI: [10.14254/2071-789X.2019/12-3/19](https://doi.org/10.14254/2071-789X.2019/12-3/19)
- Netwerk Acute Zorg. (2024, 14 februari). Ambulancesector start met verbeterde urgentie-indeling. *Netwerk Acute Zorg*. Geraadpleegd op 30 maart 2024, van <https://netwerkacutezorg.nl/ambulancesector-start-met-verbeterde-urgentie-indeling/#:~:text=Door%20de%20invoering%20van%20de,wordt%20geen%20ambulance%20Deenheid%20ingezet>
- Makoul, G., Krupat, E. & Chang, C. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education and Counseling*, 67(3): 333-342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>
- Mazzi, M. A., Bensing, J., Rimondini, M., Fletcher, I., Van Vliet, L., Zimmermann, C. & Deveugelde, M. (2013). How do lay people assess the quality of physician's communicative responses to patient's emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 90(3):347-353. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.06.010>
- Ministerie van VWS. (2022, 16 september). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. Geraadpleegd op 21 juni 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods* 16: 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Rantala, A., Ekwall, A. & Forsberg, A. (2016). The meaning of being triaged to non-emergency

- ambulance care as experienced by patients. *International Emergency Nursing*, 25: 65-70, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.08.001>
- Rolink, M., Bos, M. & Boer, D. de. (2019, juni). Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen; Een verantwoording voor de urgentie-indeling. *Nivel*.
- Roivainen, P., Hoikka, M. J., Raatiniemi, L., Silfvast, T., Ala-Kokko, T. & Kääriäinen, M. (2020). Telephone triage performed by nurses reduces non-urgent ambulance missions: A prospective observational pilot study in Finland. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 64(4), p 556-563. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1111/aas.13542>
- Scott, G., Clawson, J., Fivaz, M.C., McQueen, J., Gardett, M.I., Schultz, B., Youngquist, S. & Olola, C.H.O. (2016). Using On-scene EMS Responders' Assessment and Electronic Patient Care Records to Evaluate the Suitability of EMD-triaged, Low-acuity Calls for Secondary Nurse Triage in 911 Centers. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(1). DOI: [10.1017/S1049023X15005567](https://doi.org/10.1017/S1049023X15005567)
- Spek, T., Van Charldorp, T., Vinck, V.V., Venekamp, R.P., Rutten, F.H., Zwart, D.L. & De Groot, E. (2023). Displaying concerns within telephone triage conversations of callers with chest discomfort in out-of-hours primary care: A conversation analytic study. *Patient Education and Counseling*, 113 (2023) 107770. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107770>
- Świątoniowska-Lonc, N., Polański, J., Tański, W. & Jankowska-Polańska, B. (2020). Impact of satisfaction with physician-patient communication on self-care and adherence in patient with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 20(1046). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05912-0>
- Van Dale. (z.d.-a). Betekenis 'geruststellen'. *Van Dale*. Geraadpleegd op 14 juni 2024, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/geruststellen>
- Van Dale. (z.d.-b). Betekenis 'rust'. *Van Dale*. Geraadpleegd op 14 juni 2024, van <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/rustig>
- WHO. (z.d.). Self-care interventions for health. *World Health Organization*. Geraadpleegd op 1 april 2024, van https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1
- Yang, M., Jiang, J., Kiang, M. & Yuan, F. (2022). Re-Examining the Impact of Multidimensional Trust on Patients' Online Medical Consultation Service Continuance Decision. *Information Systems Frontiers* 24: 983-1007. <https://doi.org/10.1007/s10796-021-10117-9>

8. Appendix

Appendix A Interviewguide

Opening

U bent recentelijk in contact geweest met de ambulancedienst. Wat was uw algemene ervaring met de ambulance?

- Met welke hulpvraag is er gebeld?
- Heeft u zelf gebeld of heeft een ander gebeld?

Eerdere ervaring

Dan gaan we even terug naar het moment waar het contact begon. U heeft 112 gebeld.

- Hoe was uw ervaring met de centralist?
- Wat was voor u belangrijk op dat moment
 - o Praktisch gezien
 - o Emotioneel gezien
- Wat vond u fijn?
- Wat vond u minder fijn?
- Wat vond u fijn dat de hulpverlener ter plekke deed? Wat voor gevoel kreeg u daarbij?

Toekomstige situatie

- Stel, uw hulpvraag was minder erg geweest en de centralist had u willen helpen, in plaats van dat er een ambulance zou komen. Hoe zou hij/zij dat het beste kunnen doen?
- Wat zou u fijn vinden dat de centralist zou doen in een dergelijke situatie?
- Wat heeft u nodig om het advies van de centralist op te kunnen volgen?
- Zijn er praktische handvaten die de centralist u kan bieden?

- Hoe kan een centralist hetzelfde gevoel bereiken bij u als dat de zorgverleners ter plekke uw gaven?

Achtergrondinformatie

- In hoeverre heeft u medische kennis of een medische achtergrond?

Afsluiting

- Zijn er nog dingen die u fijn zou vinden dat de centralist kan of doet die u nog niet heeft benoemd?
- Zijn er nog dingen die u graag wil zeggen?

Appendix C

Informatie- en toestemmingsformulier deelnemers

Informatie voor deelname aan het onderzoek

Verbeterde Urgentie-Indeling Ambulance – Zelfzorg op de meldkamer

Geachte mevrouw, heer,

U bent van harte uitgenodigd om deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek wordt uitgevoerd door Lieke Verhoofstad, masterstudente Medical Humanities aan de Universiteit Utrecht in opdracht van de RAV Brabant MWN.

Hoe ziet het onderzoek eruit?

U neemt deel aan een interview waarin aan u vragen gesteld worden over uw ervaring met de ambulancevoorziening. Er zal verder ingegaan worden op uw ervaringen met de centralist en hoe deze u het beste kan helpen. Van het interview zal een audio-opname gemaakt worden, zodat het gesprek later woord voor woord kan worden uitgewerkt tot een transcript. Dit transcript wordt vervolgens gebruikt in het onderzoek voor de analyses.

Vrijwilligheid

U doet vrijwillig mee aan dit onderzoek en krijgt geen vergoeding voor uw deelname. U kunt als deelnemer uw medewerking aan het onderzoek te allen tijde stoppen, of weigeren dat uw gegevens voor het onderzoek gebruikt mogen worden, zonder opgaaf van redenen. U hoeft geen vragen te beantwoorden die u niet wilt beantwoorden.

Wat wordt verzameld en hoe wordt hiermee omgegaan?

In dit onderzoek worden onderzoeksgegevens verzameld. Deze worden gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden. Uw privacy is en blijft maximaal beschermd. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht. De geanonimiseerde onderzoeksgegevens worden gebruikt voor dit wetenschappelijke onderzoek. De audio-opname en het transcript die in het kader van dit onderzoek worden gemaakt, worden opgeslagen op een beveiligde locatie bij de RAV Brabant MWN en de Universiteit Utrecht.

Vragen?

Bij vragen over het huidige onderzoek kun je terecht bij Lieke Verhoofstad via het volgende e-mailadres: l.verhoofstad@ravbrabantmwn.nl

Toestemmingsverklaring

Met uw ondertekening van dit document geeft u aan dat u minstens 18 jaar oud bent, dat u goed geïnformeerd bent over het onderzoek, de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld. U geeft aan dat u vrijwillig akkoord gaat met uw deelname aan dit onderzoek.

Naam:

Handtekening:

Datum:



Appendix D

Voorbeeld transcript met coderingen

34 ambulance nodig is, maar ik zou je graag willen helpen. Hoe zou zo'n centralist dat dan het beste kunnen doen, denk je? Zou die dat kunnen doen überhaupt?

35  **IB**
PP08 8:38

Zeg maar in zo een diabetes situatie zal ik maar zeggen, hè? Zo'n hypo situatie die niet zo acuut lijkt, zal ik maar zeggen. Ik denk door in ieder geval aan te geven van hé mevrouw vanuit mijn ervaring weet ik, weet ik dat hoe u dit beschrijft dat dit niet een acute situatie is en dus ga ik u op een andere manier helpen. Ik denk dat het rustgevende dan op dat moment zou zij dat hij zegt mevrouw vanuit mijn ervaring denk ik of interpreteer ik het zo. Dat verwacht ik dat dat rustgevend zal zijn.

36  **VI**
LV 9:23

Ja. Dus die expertise eigenlijk dat die dat die rust geeft.

37  **IB**
PP08 9:28

Ja eigenlijk de expertise, de ervaring hè? Het de stem doet ook heel veel, hè? Dat merk ik ook van daar zitten allemaal mensen met een rustige, kordate stem. Dat werkt ook.

38  **VI**
LV 9:40

Ja wat waar leidt dat toe dan? Wat zorgt ervoor dat iemand rustig praat?

39  **IB**
PP08 9:46

Als je zelf gestrest bent dan, ik probeer ook

2.1.1 Ik denk door in ieder geval aan te geven van hé mevrouw vanuit mijn er...

- Geruststellen zelfz...
- Zelfzorg door de ...

2.2 Het de stem doet ook heel veel, hè? Dat merk ik ook van d...

- Geruststellen zelfz...
- Geruststellen zelfz...