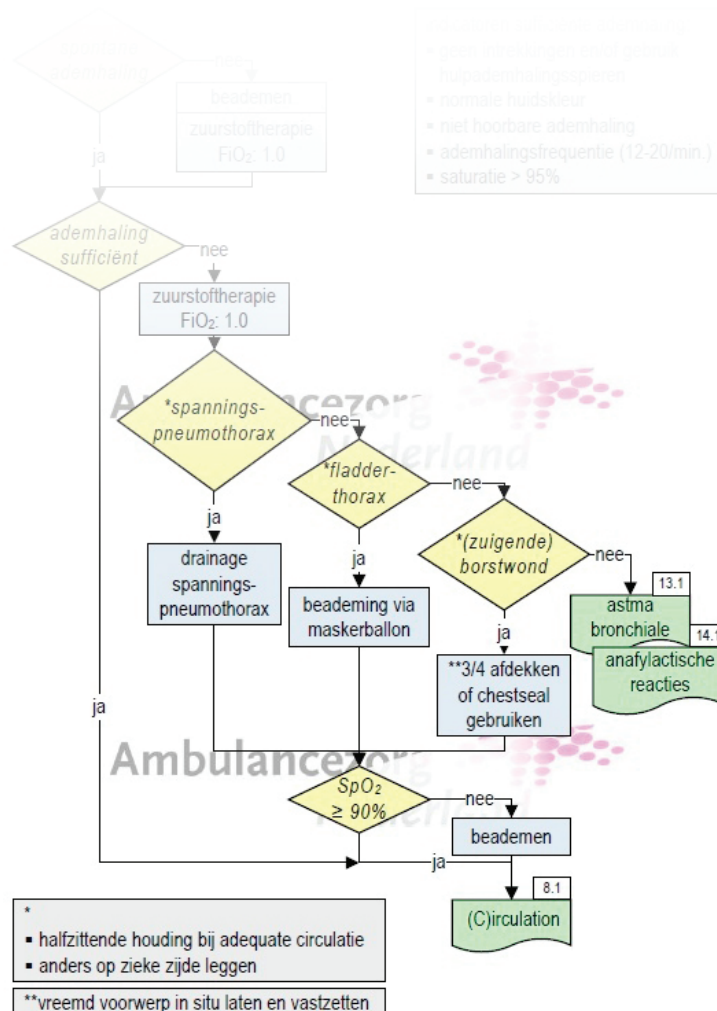


# De discretionaire ruimte van ambulanceverpleegkundigen onder druk?

Een onderzoek naar zowel de invloed van de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het Landelijk Protocol Ambulancezorg als de invloed van sociale variabelen op het diagnose- en behandelproces van ambulanceverpleegkundigen.



## **Woord vooraf**

In het onderhavige onderzoek staat de invloed van het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) met een juridisch, oftewel sterk dwingend, karakter op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan centraal. Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Enerzijds is het doel vast te stellen of conform de veronderstelling van Ringeling (1978) de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA het beslissingsproces van de ambulanceverpleegkundige en de uitkomst daarvan bepalen. Anderzijds is het doel vast te stellen of dat conform de opvatting van Hawkins (2001) ambulanceverpleegkundigen beschikken over discretionaire ruimte en diverse sociale variabelen het diagnose- en beslissingsproces beïnvloeden.

Om dit onderzoek te kunnen uitvoeren had ik de medewerking nodig van een groot aantal respondenten. Alle respondenten wil ik via deze weg nogmaals hartelijk bedanken voor de medewerking en de open wijze waarop ze mij te woord hebben gestaan. In het bijzonder wil ik Eduard van Belle danken voor zijn hulp onder andere bij het benaderen van de respondenten. Ook Johan van Nieuwkerk wil ik bedanken voor de stagedienst die ik met hem mee heb mogen draaien. De stagedienst heeft mij veel ondersteuning geboden in de interviewfase van het onderzoek. Daarnaast wil ik professor R. van der Veen en doctorandus B. Jetten bedanken voor de coachende wijze waarop zij mij in de totstandkoming van het onderzoeksrapport hebben ondersteund. Tot slot wil ik mijn vriend Patrick Karreman bedanken voor zijn hulp bij het nalezen van het onderzoeksrapport en het stellen van de nodige kritische vragen.

Lisette Boers  
Juni 2012

## Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding .....	1
1.1 De discretionaire ruimte onder druk? .....	1
1.2 De status van protocollen in de sociaalwetenschappelijke literatuur .....	2
1.3 Protocollering gebaseerd op wettelijke bepalingen .....	3
1.4 Probleemstelling en deelvragen .....	3
1.5 Ambulancezorg Nederland .....	4
1.6 Maatschappelijke relevantie .....	6
1.7 Wetenschappelijke relevantie .....	7
1.8 Leeswijzer .....	7
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader .....	8
2.1 Discretionaire ruimte .....	8
2.2 Het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen bepaald door wettelijke bepalingen ..	8
2.3 Het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen bepaald door sociale variabelen .....	9
2.3.1 De ontwerpparameters van de organisatie .....	10
2.3.2 Werkomstandigheden .....	12
2.3.3 De kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen ..	13
2.4 Samenvatting .....	14
Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek en analyse .....	16
3.1 Opzet van het onderzoek .....	16
3.2 Methoden van onderzoek .....	16
3.3 Methode van analyse (inclusief betrouwbaarheid en validiteit) .....	19
3.4 Generaliseerbaarheid van het onderzoek .....	19
Hoofdstuk 4 Resultaten .....	20
4.1 Resultaten .....	20
4.1.1 De invloed van de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan .....	20
4.1.2 De discretionaire ruimte van ambulanceverpleegkundigen .....	26
4.1.3 De invloed van sociale variabelen op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan .....	27
Hoofdstuk 5 Conclusie & Discussie .....	42
5.1 Conclusie .....	42
5.2 Discussie en suggesties voor vervolgonderzoek .....	43
5.3 Aanbevelingen .....	44
Literatuurlijst .....	45
Bijlage 1 Eén van de handelingswijzen uit het LPA .....	48
Bijlage 2 Respondenten .....	49
Bijlage 3 Operationalisatie .....	50
Bijlage 4 Relevante artikelen uit de wet BIG .....	54

Bijlage 5 Bekwaamheidsverklaring.....	60
Bijlage 6 Ter plaatse laten .....	61
Bijlage 7 Lachgas .....	62
Bijlage 8 Immobiliseren.....	63

## Afkortingen

BIG:	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BOPZ:	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
ECG:	ElektroCardioGram
GGD:	Gemeentelijke GezondheidsDienst
IC:	Intensive Care
LPA:	Landelijk Protocol Ambulancezorg
LSMA:	Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg
MMA:	Medisch Manager Ambulancezorg
SEH:	Spoed Eisende Hulp
TIA:	Transient Ischaemic Attack
WGBO:	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst

## Samenvatting

De opvatting dat publieke dienstverleners over een bepaalde mate van discretionaire ruimte beschikken en dat diverse sociale variabelen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan beïnvloeden (Hawkins, 2001) is dominant binnen de sociologie (Mascini, 2004).

De discretionaire ruimte van publieke dienstverleners zou echter steeds verder onder druk komen te staan (Freidson, 2001). Steeds vaker worden protocollen opgesteld om in termen van Van der Veen (2007, p.153) "rechten en plichten nadrukkelijk vast te leggen" en het "speelveld" van de publieke dienstverlener te definiëren. Op deze wijze proberen beleidsmakers, verzekeringsmaatschappijen en uitvoerende organisaties meer grip te krijgen op de uitvoering van het werk van publieke dienstverleners en in het bijzonder de gezondheidszorg (Berg, 1997).

Uit een analyse van de sociaalwetenschappelijke kennis is gebleken dat protocollen doorgaans gedefinieerd zijn als: "een handleiding hoe in bepaalde situaties te handelen, welke afweging te maken en wat als relevante overwegingen te beschouwen" (Van der Veen, 2007, p.155). Deze protocollen zouden het beoordelingsproces structureren zonder dat de uitkomst op deze wijze vast komt te staan (Van der Veen, 2007).

Ringeling (1978) veronderstelt dat de invloed van protocollering tevens van invloed kan zijn op de uitkomst van het beslissingsproces indien een protocol een juridisch, oftewel sterk dwingend, karakter heeft. Volgens Ringeling (1978) zouden wettelijke bepalingen 'normen' vormen waarmee de beslisser rekening dient te houden. Deze wettelijke bepalingen zouden de invloed van sociale variabelen onderdrukken. Deze veronderstelling staat tegenover de dominante opvatting in de sociologie dat publieke dienstverleners altijd over een bepaalde mate van discretionaire ruimte beschikken en dat zij in het beslissingsproces en ten aanzien van de uitkomst daarvan worden beïnvloed door sociale variabelen (Hawkins, 2001).

Het doel van het onderhavige onderzoek was vast te stellen of de veronderstelling van Ringeling (1978) of de veronderstelling van Hawkins (2001) opgaat in de geselecteerde casus.

Het onderzoek is uitgevoerd binnen een aantal verschillende organisaties die ambulancezorg verlenen. Hiervoor is onder andere gekozen omdat er binnen de ambulancezorg het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) wordt gehanteerd. Dit protocol is gebaseerd op wettelijke bepalingen.

De probleemstelling die in het onderhavige onderzoek centraal stond is:

**Is de wettelijke status van het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) bepalend voor het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan of beschikken ambulanceverpleegkundigen over discretionaire ruimte en bepalen andere variabelen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan en waarom?**

Aan de hand van sociaalwetenschappelijk onderzoek dat binnen de gezondheidszorg is verricht, door oriënterende gesprekken te houden binnen organisaties die ambulancezorg verlenen en door een stagedienst mee te draaien zijn acht sociale variabelen geselecteerd namelijk: scholing, hiërarchische controle, klachtenprocedures, tijd, publiek, ervaring, de beoordeling van de situatie en beoordeling van de patiënt.

Het onderzoek is primair uitgevoerd door interviews te houden met ambulanceverpleegkundigen, Medisch Managers Ambulancezorg (MMA) en teamleiders. Daarnaast is een documentenanalyse verricht.

Gebleken is dat het LPA door ambulanceverpleegkundigen gezien wordt als een leidraad en niet als een protocol met een dwingend karakter. Daarnaast is gebleken dat geen van de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA er voor zorgen dat het diagnose- en

behandelproces conform het LPA geschiedt. De bekwaamheidsbepaling (artikel 35 van de wet BIG) wordt zelfs door de ambulanceverpleegkundigen gezien en gebruikt als mogelijkheid om af te wijken van de voorgeschreven zorg in het LPA. Geconcludeerd kan daarom worden dat wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan een protocol niet zoals door Ringeling (1978) verondersteld 'normen' vormen die het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepalen. Het antwoord op het eerste deel van de probleemstelling was daarom: nee, de wettelijke status van het LPA is niet bepalend voor het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan.

In het tweede deel van het onderhavige onderzoek is nagegaan in welke mate ambulanceverpleegkundigen van mening zijn te beschikken over discretionaire ruimte en is onderzocht in hoeverre zij diversiteit waarnemen in medische handelingen in overeenkomstige situaties. Geconcludeerd kan worden dat ambulanceverpleegkundigen een grote mate van discretionaire ruimte ervaren. Daarnaast is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen een grote mate van diversiteit waarnemen in het diagnose- en behandelproces van collega's in overeenkomstige situaties. Ambulanceverpleegkundigen beschikken, overeenkomstig het gestelde van Hawkins (2001), over discretionaire ruimte. Het antwoord op het tweede deel van de probleemstelling was daarom: ja, ambulanceverpleegkundigen beschikken over discretionaire ruimte.

Tot slot is onderzocht in welke mate sociale variabelen het diagnose- en behandelproces van ambulanceverpleegkundigen beïnvloeden. Gebleken is dat de variabelen: bijscholing, publiek, ervaring en de beoordeling van de situatie het diagnose- en behandelproces van de ambulanceverpleegkundige beïnvloeden. Ervaring beïnvloedt de medische beslissingen van ambulanceverpleegkundigen voornamelijk. Uit de interviews is gebleken dat er verschillende typen ervaringen zijn te onderscheiden. Zo handelen ambulanceverpleegkundigen bijvoorbeeld sterk op basis van ervaringen met betrekking tot één type diagnose- en behandelproces. Deze ervaringen hebben ertoe geleid dat ambulanceverpleegkundigen stappen uit het LPA overslaan, stappen aan het behandelproces toevoegen of afwijken van de essentie van het LPA. Concrete voorbeelden zijn het structureel afwijken van het protocol 'wervelkolom indicaties fixatie' en het uit eigen beweging toedienen van lachgas bij hyperventilatie. Het antwoord op het derde en laatste deel van de probleemstelling was dat andere sociale variabelen, in het bijzonder de variabele ervaring, het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan bepalen. De opvatting van Hawkins (2001), dat diverse sociale factoren het beslissingsproces van publieke dienstverleners en de uitkomst daarvan bepalen, kan op grond van deze empirische bevindingen worden bevestigd.

## Hoofdstuk 1 Inleiding

In het onderhavige onderzoek staan twee veronderstellingen centraal die tegenstrijdige voorspellingen opleveren. Ten eerste de opvatting van Hawkins (2001) dat de aanwezigheid van een bepaalde mate van discretionaire ruimte in het beslissingsproces van publieke dienstverleners centraal staat. Deze opvatting is dominant in de sociologie (Mascini, 2004) en gaat ervan uit dat diverse factoren het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing beïnvloeden waardoor zowel de uitkomst van een beslissing kan verschillen als de beoordeling die hieraan ten grondslag ligt. De tweede opvatting is van Ringeling (1978) die in tegenstelling tot Hawkins (2001) stelt dat één variabele in het bijzonder, namelijk protocollering gebaseerd op 'wettelijke bepalingen', het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing bepaalt. Alvorens deze veronderstellingen nader aan bod komen wordt in de eerste twee paragrafen de discretionaire ruimte van publieke dienstverleners en de wijze waarop diverse actoren deze ruimte proberen in te perken aan de orde gesteld. Tevens wordt de relevante bestaande sociaalwetenschappelijke literatuur over de invloed van protocollering op beslissingen kort besproken.

### 1.1 De discretionaire ruimte onder druk?

Publieke dienstverleners, zoals rechters, politieagenten en verpleegkundigen, nemen tijdens het uitvoeren van werkzaamheden een veelheid aan beslissingen. In het proces dat voorafgaat aan het nemen van een beslissing worden zij voor keuzes gesteld die niet voorgeprogrammeerd zijn in regels of moeten zij algemene regels toepassen op concrete gevallen. Discretionaire ruimte, oftewel keuzeruimte, zou voor publieke dienstverleners leiden tot oplossingen voor problemen en antwoorden op vragen, aldus Hawkins (2001). Hawkins (2001) beschouwt de impact van discretionaire ruimte van publieke dienstverleners op macro niveau en stelt dat discretionaire ruimte een onderdeel is van de rechtsorde. "Legal systems have come increasingly to rely on express grants of authority to legal and administrative officials to attain broad legislative purposes" (Hawkins, 2001, p.11).

Tegenover de wijze waarop door Hawkins (2001) de discretionaire ruimte van publieke dienstverleners centraal wordt gesteld staat de wens van beleidsmakers, uitvoerende organisaties en verzekeringsmaatschappijen om het handelen van publieke dienstverleners aan banden te leggen. Zij proberen op deze wijze zowel de uitkomst van een beslissing als de beoordeling die ten grondslag ligt aan deze uitkomst te beheersen. De overheid tracht dit te bereiken door de keuzeruimte te clausuleren, "rechten en plichten worden nadrukkelijk vastgelegd, het 'speelveld' wordt gedefinieerd, er worden financiële grenzen gesteld en de resultaten worden nadrukkelijk gemonitord", aldus Van der Veen (2007, p.153).

Freidson (2001) stelt dat discretionaire ruimte in de huidige samenleving steeds verder onder druk komt te staan. Hij illustreert deze ontwikkeling aan de hand van een vergelijking tussen drie ideaaltypen van de wijze waarop de productie en distributie van goederen en diensten geschiedt, namelijk: de vrije markt, de bureaucratie en het professionalisme. De theorie van Freidson (2001) kan als voorbeeld gebruikt worden voor de druk die op de discretionaire ruimte van publieke dienstverleners wordt uitgeoefend. Publieke dienstverleners zijn per slot van rekening in veel gevallen professionals, zoals artsen of rechters. Tevens kenmerkt het werk van publieke dienstverleners zich evenals het werk van professionals door specialistische kennis en een specifieke dienstverlening waardoor werknemers beschikken over de macht om de eigen werkzaamheden te organiseren en te controleren (Freidson, 2001). Organisatieprincipes die in beginsel ten grondslag liggen aan de vrije markt zijn 'efficiëntie' en 'competitie'. Deze organisatieprincipes zouden steeds vaker een rol gaan spelen binnen het professionalisme, aldus Freidson (2001). Freidson (2001) veronderstelt dat dit een problematische ontwikkeling is omdat de organisatieprincipes van het professionalisme en de vrije markt fundamenteel van elkaar verschillen. Freidson (2001, p.3) zegt hierover het volgende: "freedom of judgement or discretion in performing work is intrinsic to professionalism, which directly contradicts the managerial notion that efficiency is gained by minimizing discretion". Met andere woorden: discretionaire ruimte staat



binnen het professionalisme centraal maar wordt binnen de vrije markt als een versturende factor beschouwd in het nastreven van efficiëntie en competitie.

Een andere ontwikkeling die het professionalisme eveneens onder druk zet is de ontwikkeling om dienstverlening meer wetenschappelijk onderbouwd te maken. Resultaten uit wetenschappelijk onderzoek zijn superieur in vergelijking tot ervaringen uit de dagelijkse praktijk omdat deze informatie een hogere mate van betrouwbaarheid heeft, aldus Hutschemaeker en Tiemens (2006). De invloed van wetenschappelijk onderzoek op de uitvoering van bijvoorbeeld de gezondheidszorg kan worden omschreven aan de hand van evidence based practice. Evidence based practice wil zeggen dat er wetenschappelijk onderzoek is verricht naar interventies binnen de gezondheidszorg en dat er conform de meest effectieve interventie gewerkt wordt (Hutschemaeker & Tiemens, 2006).

Door beleidsmakers, verzekeringsmaatschappijen en uitvoerende organisaties (zoals Ambulancezorg Nederland en ziekenhuizen) wordt evidence based practice enerzijds gebruikt als middel om kwalitatief hoogwaardigere gezondheidszorg te kunnen leveren. Zij nemen de meest effectieve interventies op in protocollen, waarin een medische beslissing is opgedeeld in stappen die door het medisch personeel één voor één moeten worden doorlopen. Protocollering wordt anderzijds gebruikt om in termen van Van der Veen (2007, p.153) "rechten en plichten nadrukkelijk vast te leggen" en het "speelveld" van de publieke dienstverlener te definiëren. Op deze wijze proberen beleidsmakers, verzekeringsmaatschappijen en uitvoerende organisaties meer grip te krijgen op de uitvoering van de gezondheidszorg, aldus Berg (1997).

In dit onderzoek staat de invloed van protocollering op discretionaire ruimte en de uitkomst van beslissingen van publieke dienstverleners centraal. Ik begin met een verkenning van de bestaande sociaalwetenschappelijke kennis over dit onderwerp. Aan de hand van deze verkenning wordt het onderhavige onderzoek nader omschreven.

## **1.2 De status van protocollen in de sociaalwetenschappelijke literatuur**

Uit een analyse van de bestaande sociaalwetenschappelijke literatuur is gebleken dat protocollen op diverse wijzen worden gedefinieerd. Daarnaast is gebleken dat er veel begrippen zoals protocollen, richtlijnen, standaarden en (beleids)instructies in de wetenschappelijke literatuur en door organisaties door elkaar heen worden gebruikt. Wat de ene organisatie aanduidt als 'protocol' duidt een andere organisatie aan als 'richtlijn', aldus Berg (1997). Gebleken is dat onder deze begrippen in grote lijnen hetzelfde wordt verstaan. Veel begrippen komen in grote mate overeen met de definitie die door Van der Veen (2007) is toegekend aan protocollen. Van der Veen (2007) heeft protocollen gedefinieerd als: "een handleiding hoe in bepaalde situaties te handelen, welke afweging te maken en wat als relevante overwegingen te beschouwen" (Van der Veen, 2007, p.155). Van der Veen (2007) stelt in het verlengde hiervan dat protocollen het beoordelingsproces structureren zonder dat de uitkomst op deze wijze vast komt te staan. Een voorbeeld hiervan is een protocol dat is ontwikkeld voor verzekeringsartsen (Dew e.a., 2010). Dit protocol zou effectief zijn doordat er ruimte blijft bestaan voor interpretatie, specifieke kennis en ervaring en oordeelsvorming van de professional (Dew e.a., 2010).

Opvallend zijn de potentiële voor- en nadelen verbonden aan het gebruik van protocollen. Zo worden er door Woolf e.a. (1999) voordelen genoemd als: ondersteuning van onzekere artsen in de wijze waarop zij tot een beslissing komen, het werken conform oude praktijken behoort tot het verleden en zorgverlening geschiedt op een consistentere wijze (Woolf e.a. 1999). Deze potentiële voordelen veronderstellen dat protocollen ervoor zorgen dat de uitkomst van een beslissing vast komt te staan, hetgeen tegengesteld is aan de wijze waarop protocollen doorgaans in de sociaalwetenschappelijke literatuur gedefinieerd zijn. Hetzelfde geldt voor de potentiële nadelen zoals: de reductie van zorg tot een algoritme. Hoe concreter en praktischer protocollen zijn opgesteld, hoe meer zij zorg reduceren tot een algoritme, aldus Woolf e.a. (1999). Reductie tot een algoritme houdt in dat de te verlenen zorg wordt gereduceerd tot een reeks voorgeprogrammeerde beslissingen. Deze reductie zou geen recht doen aan de complexiteit van de zorg en zou eveneens niet aansluiten bij de wijze waarop medische beslissingen tot stand komen

(Woolf e.a., 1999). Protocollen zouden op deze wijze het iteratieve proces dat vooraf gaat aan het nemen van een beslissing in de weg staan en de zorgverlener dwingen tot het plaatsen van een patiënt in een hokje (Woolf e.a., 1999).

### **1.3 Protocollering gebaseerd op wettelijke bepalingen**

Zojuist is vastgesteld dat protocollen in de sociaalwetenschappelijke literatuur doorgaans gelijkgesteld zijn aan een handleiding die het beoordelingsproces dat voorafgaat aan het nemen van de beslissing structureert zonder dat hiermee de uitkomst van een beslissing vast te staan. Ringeling (1978) veronderstelt dat een protocol eveneens de uitkomst van een beslissing kan bepalen indien een protocol een wettelijke status heeft. In het bijzonder stelt Ringeling (1978) dat 'wettelijke bepalingen' die ten grondslag liggen aan een protocol, 'normen' vormen waarmee de beslisser rekening dient te houden. Deze wettelijke bepalingen zouden de invloed van andere variabelen, zoals werkomstandigheden (Lipsky, 1980), hiërarchische controle (Mascini, 2004), democratische controle (Ringeling, 1978) en scholing (Mintzberg, 2003) op de uitkomst van een beslissing beperken.

Tegenover de opvatting van Ringeling (1978) staat de dominante opvatting binnen de sociologie dat publieke dienstverleners door een scala aan factoren worden beïnvloed alvorens een beslissing tot stand komt. Deze dominante opvatting wordt geïllustreerd aan de hand van een citaat van Hawkins (2001, p.11), waarin hij stelt dat: "het vertalen van algemene wetten in beslissingen over concrete gevallen onvermijdelijk gepaard gaat met keuzemogelijkheden". Concreet stelt Hawkins (2001) dat publieke dienstverleners altijd over een bepaalde mate van discretionaire ruimte beschikken. Dit betekent dat de uitkomst van een beslissing kan verschillen evenals de beoordeling die ten grondslag ligt aan deze uitkomst (Sainsbury, 2004).

### **1.4 Probleemstelling en deelvragen**

Dit onderzoek focust zich op protocollering waar in termen van Ringeling (1979) 'wettelijke bepalingen' aan ten grondslag liggen. Oftewel protocollering waarmee zowel beleidsmakers als de organisatie in termen van Berg (1997) grip proberen te krijgen op het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen. Het doel van dit onderzoek is te onderzoeken of de veronderstelling van Ringeling (1978) of de veronderstelling van Hawkins (2001) opgaat in de geselecteerde casus.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen een aantal verschillende organisaties die ambulancezorg verlenen. In paragraaf 1.5 wordt deze keuze gemotiveerd. De overkoepelende organisatie, Ambulancezorg Nederland, heeft het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) ontwikkeld. Het LPA is "een protocol waarin gestructureerd is omschreven welke handelingen wanneer uitgevoerd moeten worden en welke medicatie in welke dosering wanneer toegediend mag worden" (Ambulancezorg Nederland, 2008, p.87). In bijlage 1 treft u één van de handelingswijzen uit het LPA ter visualisatie.

De probleemstelling die centraal staat binnen dit onderzoek is:

**Is de wettelijke status van het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) bepalend voor het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan of beschikken ambulanceverpleegkundigen over discretionaire ruimte en bepalen andere variabelen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan en waarom?**

De probleemstelling is tot stand gekomen op basis van de twee tegenstrijdige opvattingen die centraal staan in het onderhavige onderzoek. Het eerste deel van de probleemstelling sluit aan bij de opvatting van Ringeling (1978) namelijk dat de wettelijke status van het protocol de beslissing en het proces dat hieraan ten grondslag ligt bepaalt. Het tweede deel van de probleemstelling sluit aan bij de opvatting van Hawkins (2001) dat publieke dienstverleners beschikken over discretionaire ruimte en dat diverse factoren zoals werkomstandigheden (Lipsky, 1980), en hiërarchische controle (Mascini, 2004) in samenhang het beslissingsproces en de uitkomst hiervan bepalen.

De probleemstelling is opgesplitst in vier deelvragen:

#### Theoretische deelvragen

1. Op welke wijze kan protocollering gebaseerd op wettelijke bepalingen het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing beïnvloeden volgens Ringeling (1978) en welke uitgangspunten liggen hieraan ten grondslag?

Het doel van de eerste deelvraag is de veronderstelling van Ringeling (1978) nader uit te werken en uitgangspunten die hieraan ten grondslag liggen nader te beschrijven.

2. Waarom beschikken publieke dienstverleners over discretionaire ruimte volgens Hawkins (2001) en welke variabelen kunnen het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing beïnvloeden, op welke wijze en welke uitgangspunten liggen hieraan ten grondslag?

Deelvraag twee is gesteld om onder andere op grond van de sociaalwetenschappelijke literatuur in het verlengde van de opvatting van Hawkins (2001) variabelen te selecteren die het beslissingsproces van publieke dienstverleners en de uitkomst daarvan kunnen bepalen. Tevens worden de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de opvatting van Hawkins (2001) nader uitgewerkt en afgezet tegen de opvatting van Ringeling (1978).

#### Empirische deelvragen:

3. Welke invloed heeft de wettelijke status van het LPA op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan en waarom?

Deze deelvraag is gesteld om te onderzoeken of overeenkomstig de opvatting van Ringeling (1978) de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA 'normen' vormen waarmee de ambulanceverpleegkundige zowel in zijn beslissingen als het proces dat daaraan ten grondslag ligt rekening houdt.

4. Welke invloed hebben de geselecteerde variabelen (zie deelvraag 2) op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan en waarom?

De doelstelling van deze deelvraag is te bepalen of conform de veronderstelling van Hawkins (2001) andere variabelen (in samenhang) het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen van ambulanceverpleegkundigen bepalen.

### **1.5 Ambulancezorg Nederland**

Dit onderzoek wordt uitgevoerd bij een aantal organisaties die in Nederland ambulancezorg verlenen. De primaire dienstverlening van de organisaties omvat het verlenen van hulp aan de patiënt binnen het kader van zijn aandoening of letsel en indien nodig het vervoeren van de patiënt danwel het verwijzen van de patiënt naar een andere hulpverlener (Ambulancezorg Nederland, 2010). In het jaar 2008 is het aantal ambulance-inzetten gestegen tot boven de één miljoen inzetten per jaar. Een ambulance is bemand door een ambulancechauffeur en een ambulanceverpleegkundige. In Nederland verlenen ongeveer 2150 verpleegkundigen ambulancezorg. Het werk van een ambulanceverpleegkundige is erg divers. Door Ambulancezorg Nederland (2006, p.24-25) is het werk als volgt omschreven:

*"Ambulancemensen staan in slaapkamers, bars, restaurants, op een voetbalveld, in een schuur of een stal, in het ruim van een schip of in de stromende regen bij een aangereden fietser. De afwisseling in patiënten: van heel jong tot heel oud, van rijk tot arm, afkomstig uit alle windstreken, van toerist tot gastarbeider, van man tot vrouw en van doodziek tot springlevend. De afwisseling in aandoening: bij de ene patiënt hebben ze te maken met wonden en breuken, bij een ander met acute pijn in de buik of op de borst, die heeft weer moeite met ademen en de volgende is getroffen door een beroerte of is geestelijk behoorlijk in de war."*

Kwaliteit van de zorg is binnen de gezondheidszorg wettelijk geregeld. De zorgaanbieder hoort op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) zelf kwaliteitseisen te formuleren met betrekking tot zorginhoudelijke en organisatorische aspecten. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde in 2008 dat conform 'het recht op kwaliteit en veiligheid voor patiënten' protocollen moeten worden uitgewerkt. "Wanneer deze uitwerkingen niet tot stand komen of niet worden nageleefd kan de minister aanvullende normen stellen" (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008, p.38).

De wijze waarop de diverse organisaties die ambulancezorg verlenen zijn ingericht verschilt. De koepelorganisatie Ambulancezorg Nederland biedt ondersteuning aan deze organisaties. Zij heeft bijvoorbeeld het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) ontworpen. Het LPA is tot stand gekomen op basis van "de laatste stand van de wetenschap", "de praktische toepasbaarheid" en is de "communis opinio van de gehele beroepsgroep", aldus Ambulancezorg Nederland (2009a, p.14). Met het LPA streeft Ambulancezorg Nederland een tweetal doelen na. Ten eerste wenst zij de uniformiteit van de dienstverlening te verhogen en ten tweede de transparantie hiervan. Ambulancezorg Nederland stelt dat haar protocol de status van rechtsregels heeft oftewel dat haar protocol in het recht in beginsel een bindende werking heeft. Zij baseert zich daarbij op een uitspraak van de Hoge Raad dat "van een ziekenhuis en de daaraan verbonden artsen mag worden verwacht dat zij zich in beginsel houden aan de door henzelf opgestelde voorschriften met betrekking tot verantwoord handelen. Uitgangspunt is dat het niet naleven van het protocol als een toerekenbare tekortkoming heeft te gelden" (Ambulancezorg Nederland e.a. 2005, p.9).

*"Protocollen zijn voor hulpverleners instrumenten om verantwoorde zorg te kunnen leveren. In een procedure toetst de rechter of de hulpverlener heeft gehandeld in overeenstemming met deze 'instrumenten' en zo niet, welke argumenten de hulpverlener had om daar van af te wijken. Tevens toetst de rechter of gehandeld is zoals een redelijk bekwame vakgenoot in gelijke omstandigheden zou hebben gehandeld."* (Ambulancezorg Nederland e.a., 2005, p.6)

Ambulancezorg Nederland is als casus geselecteerd omdat het protocol een juridisch, dat wil zeggen sterk dwingend, karakter heeft. Daarnaast veronderstel ik dat een ambulanceverpleegkundige een grote mate van discretionaire ruimte nodig heeft, hetgeen de casus van het LPA extra interessant maakt. Deze veronderstelling onderbouw ik aan de hand van de theorie van Hasenfeld (1983). Hasenfeld (1983) heeft een zestal 'human service organizations' onderscheiden. De zes typen organisaties ontstaan door drie typen services te combineren met twee typen cliënten. Organisaties zouden primair gericht zijn op het labelen van cliënten, het behouden van het welzijn van de cliënt of het veranderen van persoonlijke eigenschappen. Daarnaast heeft Hasenfeld een onderscheid gemaakt naar het type cliënten waar de dienstverlening op is gericht; de cliënten kunnen worden ingedeeld in normaal en niet normaal functionerend. Organisaties die ambulancezorg verlenen leveren in beginsel alle typen services aan niet normaal functionerende cliënten, hetgeen conform de theorie van Hasenfeld (1983) betekent dat zij niet zoals vele andere publieke dienstverleners te maken krijgen met één type dilemma maar met verschillende type dilemma's. Ze krijgen bijvoorbeeld te maken met het dilemma dat "maatschappelijke afkeuring voor het labelen van een zieke cliënt als 'normaal functionerend' veel groter is dan het labelen van een 'normaal functionerende' cliënt als ziek", aldus Hasenfeld (1983, p.6-7). Anderzijds kunnen zij ook te maken krijgen met dilemma's die samenhangen met de andere type services die zij verlenen zoals het dilemma of een patiënt naar het ziekenhuis vervoerd moet worden of niet. Dit zijn allemaal situaties waarin een keuze gemaakt moet worden en dit onderscheid kan volgens Hasenfeld (1983) in de praktijk erg willekeurig zijn. Hasenfeld (1983, p.7) omschrijft de willekeurige wijze waarop onderscheid gemaakt wordt als volgt:

*"they encounter the issue of determining an acceptable and adequate level of care and sustenance. Both ideological and fiscal factors enter into such a decision and pull the organization in opposite directions."*

Omdat ambulanceverpleegkundigen solistisch werken, in een onvoorspelbare omgeving werken en in termen van Hasenfeld (1983) alle typen diensten leveren krijgen zij in hoge mate te maken met dilemma's. Deze dilemma's zijn volgens Hasenfeld (1983) situaties waarin een keuze gemaakt dient te worden, deze keuze zou worden beïnvloed door verschillende factoren. Zowel aan de hand van de context waarin ambulanceverpleegkundigen werken als aan de hand van de theorie van Hasenfeld (1983) kan daarom verondersteld worden dat ambulanceverpleegkundigen over een grote mate van discretionaire ruimte beschikken.

### **1.6 Maatschappelijke relevantie**

Protocollering is binnen de ambulancezorg niet alleen tot stand gekomen om onder andere "optimale zorg aan de patiënt" te leveren en "conform de laatste stand van de wetenschap" te werken (Ambulancezorg Nederland, 2009a, p.14). Protocollering is tevens een belangrijk middel om ervoor te zorgen dat er geen artsen op ambulances hoeven te worden ingezet. De inzet van artsen op ambulances zou voor de samenleving immers veel hogere kosten met zich meebrengen. Om er juridisch voor te zorgen dat ambulanceverpleegkundigen werkzaamheden kunnen verrichten die doorgaans zijn voorbehouden aan artsen is in het LPA precies vastgesteld op welke wijze in situatie 'a' tot een diagnose en behandeling dient te worden gekomen. Het bestaan van het LPA is voor de politiek een belangrijke reden geweest om het gebied van deskundigheid van ambulanceverpleegkundigen, ten opzichte van doorsnee verpleegkundigen, uit te breiden met handelingen die voorbehouden zijn aan artsen (Borst-Eiler, 1997).

Dit onderzoek is dan ook relevant voor verschillende actoren waaronder de politiek, de organisaties die ambulancezorg verlenen, overeenkomstige organisaties en de patiënt.

In de toelichting van het besluit 'functionele zelfstandigheid' (Borst-Eiler, 1997) stelt de overheid dat er binnen de Ambulancezorg Nederland als volgt wordt gewerkt:

*"Aan de hand van protocollen stellen de ambulanceverpleegkundigen vast welke handelingen vereist zijn. De in een dergelijk protocol opgenomen algemene opdracht hoe in voorkomende situaties te handelen, wordt beschouwd als een opdracht van een arts."*  
(Borst-Eiler, 1997, p.5)

Dit onderzoek stelt de invloed van het LPA op het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing centraal. Uit dit onderzoek zal blijken of het LPA daadwerkelijk door ambulanceverpleegkundigen wordt beschouwd als een opdracht van een arts en in welke situaties wel en niet volgens het protocol wordt gewerkt en waarom. De uitkomst van het onderhavige onderzoek kan een rol spelen in het politiek debat.

Daarnaast maakt dit onderzoek de invloed van het LPA op het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen transparanter voor organisaties die ambulancezorg verlenen. Doordat er stilgestaan wordt bij verschillende situaties waarin het protocol wel of niet gebruikt wordt en er verklaard wordt welke factoren in deze situaties een rol spelen wordt duidelijk in welke mate ambulanceverpleegkundigen conform het LPA werken. Op basis van deze informatie kan de organisatie vaststellen of het protocol de leidende rol speelt die zij wenst en kan zij nagaan of er aanpassingen dienen plaats te vinden in bijvoorbeeld de organisatie of de scholing.

Ook levert dit onderzoek waardevolle informatie op voor organisaties die protocollering met een juridisch karakter hebben ingevoerd en waarin bij benadering dezelfde variabelen op een min of meer overeenkomstige wijze een rol spelen in het beslissingsproces en ten aanzien van de uitkomst van beslissingen.

Tot slot is dit onderzoek relevant voor burgers omdat het vertrouwen van cliënten in de expertise van professionals de afgelopen decennia sterk is afgenomen, aldus Le Grand (2003). Ondanks dat dit onderzoek een aantal (risicovolle) gevolgen van de wijze waarop ambulanceverpleegkundigen de discretionaire ruimte benutten blootlegt, verschaft het inzicht in de wijze waarop ambulanceverpleegkundigen in een complexe omgeving het werk vormgeven en waarom zij dit doen.

### **1.7 Wetenschappelijke relevantie**

Dit onderzoek is wetenschappelijk relevant omdat er nog niet eerder sociaalwetenschappelijk onderzoek is verricht naar de invloed van protocollering met een juridisch, oftewel sterk dwingend, karakter op de discretionaire ruimte van publieke dienstverleners en de uitkomst van beslissingen die zij nemen. Op grond van dit onderzoek kan worden geconcludeerd of, conform de opvatting van Ringeling (1978), protocollering gebaseerd op wettelijke bepalingen bepalend is voor het beslissingsproces en de uitkomst daarvan. Tegenover deze opvatting staat de dominante opvatting binnen de sociologie dat publieke dienstverleners bij het nemen van beslissingen worden beïnvloed door een scala aan factoren (Hawkins, 2001). Omdat de opvatting van Ringeling (1978) en Hawkins (2001) tegenstrijdige voorspellingen opleveren kan aan de hand van dit onderzoek worden bepaald welke van beide opvattingen opgaat.

Het onderhavige onderzoek is tevens wetenschappelijk relevant omdat het onderzoek afstand neemt van de wijze waarop protocollen doorgaans in de sociaalwetenschappelijke literatuur zijn gedefinieerd, te weten als: "een handleiding hoe in bepaalde situaties te handelen, welke afweging te maken en wat als relevante overwegingen te beschouwen" (Van der Veen, 2005, p.155). Het gaat in dit onderzoek niet alleen om de invloed van protocollering op het beslissingsproces maar ook om de uitkomst van de beslissing zelf.

### **1.8 Leeswijzer**

Het onderzoeksrapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk twee komt het theoretisch kader aan bod waarin begrippen en variabelen gedefinieerd worden en de opvattingen van Ringeling (1978) en Hawkins (2001) nader aan de orde worden gesteld. Vervolgens komt in hoofdstuk drie de methodologische verantwoording aan bod en worden de variabelen geoperationaliseerd. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het empirische deel van het onderzoek beschreven. Tot slot worden in hoofdstuk vijf de empirische bevindingen in verband gebracht met de theorie waarna de probleemstelling beantwoord zal worden.

## Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 2.1 kort stil gestaan bij hetgeen onder discretionaire ruimte wordt verstaan. In paragraaf 2.2. wordt de veronderstelling van Ringeling (1978) nader uiteengezet. De veronderstelling van Hawkins (2001) wordt in paragraaf 2.3 nader aan de orde gesteld waarna in paragraaf 2.4 de variabelen die van invloed kunnen zijn op het beslissingsproces en op beslissingen één voor één worden behandeld.

### 2.1 Discretionaire ruimte

Het concept 'discretionaire ruimte' staat centraal in dit onderzoek.

Discretionaire ruimte is de keuzeruimte waarover de publieke dienstverlener beschikt, de ruimte voor interpretatie, wanneer een abstracte regel wordt toegepast op een concrete situatie die niet voorgeprogrammeerd is in regels (Hawkins, 2001, p.11).

Bovenstaande definitie is gekozen omdat de opvatting van Ringeling (1978) en van Hawkins (2001) aan de hand van deze definitie duidelijk tegenover elkaar kunnen worden gezet. De discretionaire ruimte heeft immers betrekking op "the freedom to be influenced by factors other than the law" (Hawkins, 2001, p. 44). Dit betekent dat wanneer de publieke dienstverlener over discretionaire ruimte beschikt de wettelijke status van protocollering niet of nauwelijks bepalend is voor de uitkomst van beslissingen en het beslissingsproces. Anderzijds betekent het wanneer de wettelijke status van protocollering bepalend is voor de uitkomst van beslissingen en het beslissingsproces de publieke dienstverlener niet of nauwelijks beschikt over discretionaire ruimte.

### 2.2 Het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen bepaald door wettelijke bepalingen

In hoofdstuk 1 is kort stilgestaan bij de opvatting van Ringeling (1978) dat protocollen gebaseerd op wettelijke bepalingen het beslissingsproces structureren en de uitkomst van een beslissing bepalen. In deze paragraaf wordt de invloed van deze variabele nader aan de orde gesteld.

#### De juridische status van protocollering

De uitgangspunten die ten grondslag liggen aan de opvatting van Ringeling (1978) kunnen het beste geïllustreerd worden aan de hand van de theorie van Dworkin (2001). Dworkin (2001, p.14) stelt dat discretionaire ruimte een relatief concept is: "which takes its meaning from a context of rules and standards and existing only as an area left open by a surrounding belt of restriction". Oftewel discretionaire ruimte wordt door Dworkin gepresenteerd als het spiegelbeeld van protocollering. De wijze waarop Dworkin (2001) discretionaire ruimte definieert kan gesymboliseerd worden aan de hand van een donut, zie figuur 1. De donut impliceert protocollering. De overgebleven ruimte in het midden van de donut is de discretionaire ruimte. De publieke dienstverlener beschikt slechts over discretionaire ruimte in situaties waarin protocollen geen instructies geven.

Ringeling (1978) veronderstelt dat protocollen gebaseerd op 'wettelijke bepalingen' een dwingend karakter hebben en dat deze 'wettelijke bepalingen' het relatieve gewicht van protocollering in het beslissingsproces kracht bij zetten en de invloed van andere variabelen beperken. Protocollering gebaseerd op 'wettelijke bepalingen' zou de keuzeruimte beperken doordat de publieke dienstverlener wel rekening moet houden met hetgeen de protocollen voorschrijven. De ruimte in het midden van de donut is daarom zeer beperkt aanwezig indien protocollering gebaseerd is op 'wettelijke bepalingen'.

*Figuur 1: discretionaire ruimte in de afwezigheid van regels*



Een voorbeeld van een 'wettelijke bepaling' die ten grondslag ligt aan protocollering is tuchtrecht. Tuchtrecht is een vorm van rechtspraak met het doel te toetsen of "enig handelen of nalaten in strijd is met een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg" (artikel 47 wet BIG). De verzameling van rechterlijke uitspraken vormt jurisprudentie. Jurisprudentie is net als een wet een rechtsbron die ten grondslag kan liggen aan protocollering.

De publieke dienstverlener in de gezondheidszorg kan tevens als individu beïnvloed worden door tuchtrecht indien er een klacht tegen de betreffende persoon wordt ingediend. De tuchtrechter doet een bindende uitspraak over de klacht en kan een maatregel opleggen. De maatregel kan uiteenlopen van een waarschuwing tot het doorhalen van de inschrijving van de beroepsbeoefenaar in het BIG register. Het tuchtrecht kan in termen van Ringeling (1978) worden beschouwd als een vorm van democratische controle. Onder democratische controle wordt in dit onderzoek verstaan "de terugkoppeling die is verkregen op beslissingen" (Mascini, 2004, p.7) buiten de ambtelijke hiërarchie. Een vereiste voor het uitoefenen van deze democratische controle zou zijn dat de democratisch controlerenden in staat zijn om die controle uit te oefenen, aldus Ringeling (1978). De mate waarin tuchtrecht invloed uit kan oefenen op de status die publieke dienstverleners aan het protocol verbinden en de mate waarin zij protocollair werken is afhankelijk van de mate waarin omstanders medisch onderlegd zijn (Dodier, 1994). Indien omstanders weinig medische kennis hebben zullen zij immers niet-protocolaire handelingen minder snel opmerken.

### **2.3 Het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen bepaald door sociale variabelen**

In deze paragraaf wordt de opvatting van Hawkins (2001) nader omschreven.

Aan de opvatting van Hawkins (2001) ligt een alternatief uitgangspunt ten grondslag. Hawkins (2001) legt de nadruk op het proces dat ten grondslag ligt aan een beslissing. Protocollen spreken niet voor zich, aldus Hawkins (2001). Oftewel regels moeten geïnterpreteerd worden en er moeten keuzes gemaakt worden tussen regels. Hawkins (2001) beschouwt discretionaire ruimte, in tegenstelling tot Ringeling (1978), dan ook niet als spiegelbeeld van protocollering. Met andere woorden, er is volgens Hawkins (2001) niet alleen in situaties waarin regels ontbreken sprake van discretionaire ruimte.

Hawkins (2001) maakt in zijn opvatting geen onderscheid in verschillende type protocollen, zoals Ringeling (1978) die zich richt op protocollering gebaseerd op 'wettelijke bepalingen'. Hawkins (2001) stelt daarentegen dat ontwikkelingen in de hedendaagse samenleving, zoals de toegenomen complexiteit en afhankelijkheid van wetenschappelijke kennis en expertise, ervoor zorgen dat protocollen complexer zijn. Complexere protocollen zouden er voor zorgen dat bij het omzetten van regels in handelingen, interpretaties en keuzes een steeds belangrijker rol spelen.



Het toepassen van protocollen in de huidige samenleving is een interpretatieve onderneming waarbij discretionaire ruimte een vereiste is, aldus Hawkins (2001).

Zoals eerder aan bod is gekomen zou de keuzeruimte van publieke dienstverleners door diverse variabelen worden beïnvloed. Publieke dienstverleners nemen geen autonome beslissingen omdat zij beïnvloed worden door diverse sociale variabelen. In het onderhavige onderzoek is een onderscheid gemaakt in drie groepen variabelen die de benutting van de discretionaire ruimte beïnvloeden namelijk:

- de ontwerpparameters van de organisatie;
- de werkomstandigheden;
- de kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen.

Omdat er een breed scala variabelen is dat beslissingen van publieke dienstverleners kan beïnvloeden is een selectie gemaakt. Deze selectie is gemaakt door de focus te leggen op sociaalwetenschappelijk onderzoek dat binnen de gezondheidszorg is verricht, door oriënterende gesprekken te houden binnen organisaties die ambulancezorg verlenen en door een stagedienst mee te draaien (zie tevens paragraaf 3.2). Uit de oriënterende gesprekken is gebleken dat de variabelen die zijn geschaard onder de noemer 'de ontwerpparameters van de organisatie' het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kunnen beïnvloeden. Er is uit deze gesprekken onder andere gebleken hoe de organisatie is ingericht, of er processen zijn geautomatiseerd en of de organisatie over een klachtenprocedure beschikt. Tijdens de stagedienst is gebleken dat de tijd waarbinnen de werkzaamheden moeten worden uitgevoerd en het publiek waarmee ambulanceverpleegkundigen te maken krijgen essentiële werkomstandigheden zijn en daarom in het onderhavige onderzoek als variabele moesten worden opgenomen. Tot slot is uit de stagedienst gebleken dat ervaringen een rol kunnen spelen ten aanzien van beslissingen van ambulanceverpleegkundigen. Uit een analyse van sociaalwetenschappelijk onderzoek, in het bijzonder met betrekking tot de gezondheidszorg, bleek dat waarden de wijze waarop de cliënt wordt gediagnosticeerd en behandeld kunnen beïnvloeden en dat medici in het diagnose- en behandelproces de voorkeur geven aan objectieve danwel subjectieve informatie. De variabelen zijn vervolgens aan de hand van gehanteerde begrippen van Mintzberg (2003) en Lipsky (1980) ingedeeld in de groep 'de ontwerpparameters van de organisatie' en de groep 'de werkomstandigheden'. De derde groep variabelen genaamd 'de kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen' is tot stand gekomen doordat deze groep betrekking heeft op variabelen die per individu oftewel per ambulanceverpleegkundige verschillen.

De groepen variabelen worden nu één voor één behandeld.

### **2.3.1 De ontwerpparameters van de organisatie**

Organisaties proberen de keuzeruimte van publieke dienstverleners te beïnvloeden omdat "zij erop toe moeten zien dat de organisatie haar missie effectief uitvoert en dat tevens voldaan wordt aan de behoeften van degenen die controle of op een andere wijze macht over de organisatie hebben (zoals overheidsinstanties)" (Mintzberg, 2003, p.14). Instrumenten waarmee zij het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing proberen te beïnvloeden zijn onder andere: scholing, hiërarchische controle en klachtenprocedures. De effectiviteit van de inzet van deze instrumenten zou afhangen van situationele factoren, het voornaamste deel van de organisatie, het primaire coördinatiemechanisme en de belangrijkste ontwerpparameters, aldus Mintzberg (2003).

#### **Scholing**

De ontwerpparameter scholing zou met name effectief zijn als middel om werkzaamheden te coördineren in organisaties waarvan de uitvoerende werkzaamheden stabiel en complex zijn (Mintzberg, 2003). Andere coördinatiemechanismen zijn volgens Mintzberg (2003) in deze organisaties minder effectief omdat publieke dienstverleners zich in deze organisaties zouden

verzetten tegen direct toezicht en onderlinge aanpassing en omdat standaardisatie van output niet effectief zou zijn gezien de complexiteit van de werkzaamheden.

Mintzberg (2003) stelt dat scholing een methode is om tot gewenste gedragingen van de werknemer te komen, met andere woorden om het gedrag van de medewerker te standaardiseren. Hij stelt dat scholing beschouwd kan worden als een proces waarbij sprake is van internalisering van gedragspatronen (Mintzberg, 2003). Mintzberg (2003) illustreert dit proces aan de hand van een citaat van Spencer:

*"Mijn trouwe kantoomedewerkers hebben de term 'kookboek' bedacht, omdat 'Hoe voer ik deze operatie uit' veel weg heeft van een recept als 'Hoe bakt men een cake'....Een ingewikkelde operatie (...) kan opgesplitst worden in 10 tot 15 stappen die achtereenvolgens genomen moeten worden; elke stap heeft 2 tot 5 essentiële elementen"* (Spencer in Mintzberg, 2003, p.42).

Nadat de organisatie heeft gespecificeerd over welke kennis en vaardigheden een werknemer moet beschikken worden veelal scholingsprogramma's ontworpen om deze kennis en vaardigheden aan te leren. Dit proces wordt door de organisatie vaak zo vroeg mogelijk opgestart bij voorkeur voordat publieke dienstverleners in functie treden, aldus Mintzberg (2003).

Geconcludeerd kan worden dat publieke dienstverleners doorgaans in organisaties werken waar er veel in scholing wordt geïnvesteerd (Mintzberg, 2003) en dat scholing (zie het bovenstaande citaat) in grote mate het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kan beïnvloeden.

### **Hiërarchische controle**

Een andere manier om de uitvoerende werkzaamheden te coördineren is hiërarchische controle. Mintzberg (2003) stelt dat hiërarchische controle het best uit te oefenen is in kleine organisaties met een eenvoudige structuur. Hiërarchische controle is echter een mechanisme dat in veel publieke dienstverlenende organisaties, ondanks de structuur van de organisatie, een belangrijke rol speelt.

Democratische controle en hiërarchische controle zijn in het onderhavige onderzoek beide voor een deel op dezelfde wijze gedefinieerd, namelijk als "de terugkoppeling die is verkregen op eerdere beslissingen" (Mascini, 2004, p.7). Het onderscheid tussen beide vormen van controle heeft betrekking op de actor die de controle uitoefent. Bij hiërarchische controle wordt er controle uitgeoefend binnen een organisatie door daartoe aangewezen functionarissen zoals leidinggevenden, in tegenstelling tot democratische controle waar het gaat om een terugkoppeling die is verkregen buiten de ambtelijke hiërarchie.

Hiërarchische controle zou actuele beslissingen beïnvloeden en ervoor zorgen dat medewerkers in mindere mate van "heersende beslisnormen afwijken" (Mascini, 2004, p.20). Ringeling (1978) verbindt echter een aantal voorwaarden aan de effectiviteit van hiërarchische controle. De toepassing van hiërarchische controle zou volgens hem effectiever zijn wanneer de beleidsuitvoering beter is te overzien. De beleidsuitvoering zou volgens Ringeling (1978) beter te overzien zijn wanneer een kleiner aantal beslissingen wordt genomen en het proces dat voorafgaat aan het nemen van een beslissing transparant is.

Omdat in publieke dienstverlenende organisaties "de macht niet is verbonden aan een positie maar aan kunde" (Mintzberg, 2003, p.202), de structuur uiterst gedecentraliseerd is (Mintzberg, 2003) en een veelheid aan beslissingen genomen dient te worden, kan geconcludeerd worden dat de invloed van hiërarchische controle op de benutting van de discretionaire ruimte doorgaans beperkt zal zijn.

### **Klachtenprocedures**

Een organisatie kan ook gebruik maken van klachtenprocedures om informatie te verzamelen over de dienstverlening en op een indirecte wijze het beslissingsproces en de uitkomst hiervan te sturen. Door middel van klachtenprocedures kan de organisatie haar informatiepositie versterken

en geeft zij cliënten de mogelijkheid om informatie te delen. Door middel van klachtenprocedures trachten organisaties de democratisch controlerenden in staat te stellen om daadwerkelijk controle uit te oefenen (Ringeling, 1978). De mogelijkheid om een klacht in te dienen verschilt echter van de mogelijkheid het beslissingsproces van een publieke dienstverlener en de uiteindelijke beslissing te kunnen ontrafelen. Zo zouden medici vaak over veel keuzeruimte beschikken omdat omstanders veelal geen medische kennis hebben, aldus Dodier (1994). Hierop wordt onder het kopje 'publiek' in paragraaf 2.3.2 verder ingegaan.

Publieke dienstverlenende organisaties beschikken (vrijwel) altijd over klachtenprocedures. De hoeveelheid klachten en de kwaliteit van de informatie die door klachten aan de organisatie beschikbaar wordt gesteld is afhankelijk van het type organisatie dat publieke diensten verleent. Omdat medici veelal te maken hebben met een niet medisch onderlegd publiek (Dodier, 2004) wordt er verondersteld dat klachtenprocedures in het onderhavige onderzoek een beperkte invloed hebben op de benutting van de discretionaire ruimte.

### **2.3.2 Werkomstandigheden**

De aard van de dienstverlening van publieke dienstverleners kan met zich meebrengen dat de dienstverlening onder specifieke werkomstandigheden geschiedt. Lipsky (1980) stelt dat publieke dienstverleners werken onder ongunstige werkomstandigheden. Dit zou ervoor zorgen dat zij niet tegemoet kunnen komen aan de hooggestemde idealen waarmee zij het werk beginnen. Volgens Lipsky passen publieke dienstverleners daarom het werk aan zodat het hanteerbaar wordt en zij het idee krijgen dat ze zinvol werk verrichten. Werkomstandigheden waar publieke dienstverleners mee te maken krijgen zijn: een chronisch gebrek aan tijd en onvrijwillige cliënten met onvoldoende kennis van het vakgebied van de publieke dienstverlener.

#### **Tijd**

Publieke dienstverleners zouden over een chronisch gebrek aan tijd beschikken om iedere cliënt goed van dienst te kunnen zijn en overtreden daarom regels om op een snelle manier toch beslissingen te kunnen nemen, aldus Lipsky (1980). Simon (2001) heeft dit chronische gebrek aan tijd nader omschreven. Publieke dienstverleners zouden niet beschikken over onbeperkte mogelijkheden en capaciteit om informatie te zoeken maar zouden werken met een beperkt aantal logische en mogelijke alternatieven, aldus Simon (2001). Gilboy en Clark-Daniels en Daniels (2004) hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop publieke dienstverleners onder een grotere tijdsdruk het werk uitvoeren. Gilboy (2004) constateerde dat douaneambtenaren bij het ondervragen van reizigers eerder terugvielen op 'simplificerende categorieën'. Deze constatering werd eveneens gedaan door Clark-Daniels en Daniels (2004, p.3) die constateerden dat maatschappelijk werkers "bij de afhandeling van aanklachten over mishandeling van bejaarden met minder aanwijzingen genoeg namen".

Op grond van bovenstaande informatie kan geconcludeerd worden dat tijd een bepalende factor is in het beslissingsproces van publieke dienstverleners en ten aanzien van de uitkomst hiervan.

#### **Publiek**

Publieke dienstverleners hebben veelal te maken met onvrijwillige cliënten. Zo kunnen mensen die een paspoort aan willen vragen alleen terecht bij de gemeente. Dit is volgens Lipsky (1980) van invloed op de mate waarin publieke dienstverleners gedisciplineerd het werk verrichten, cliënten kunnen immers nergens anders terecht. Cliënten zouden niet de belangrijkste referentiekaders zijn omdat publieke dienstverleners weinig te verliezen hebben wanneer zij falen in de dienstverlening aan de cliënt, aldus Lipsky (1980). Aan de andere kant hebben publieke dienstverlenende organisaties te maken met grote hoeveelheden cliënten en zijn zij er wel degelijk bij gebaat dat cliënten zich voegen naar de wensen en eisen van de organisatie.

Cliënten waaraan publieke diensten worden verleend zijn niet alleen onvrijwillig maar veelal ook niet voldoende onderlegd om beslissingen en het beslissingsproces te analyseren. Dodier (1994) heeft een sociologische analyse gemaakt van de wijze waarop medische beslissingen tot stand

komen. Hij stelt dat medici beslissingen vaak moeten kunnen uitleggen aan de omgeving. Indien omstanders echter niet medisch onderlegd zijn dan zouden medici over een grote mate van discretionaire ruimte beschikken (Dodier, 1994).

Omdat cliënten en omstanders veelal onvrijwillig met een publieke dienstverlener in contact komen (Lipsky, 1980) en tevens weinig kennis hebben van het vakgebied waarin publieke dienstverleners werkzaam zijn (Dodier, 1994) beïnvloedt het publiek de wijze waarop de publieke dienstverlener de discretionaire ruimte benut doorgaans beperkt.

### **2.3.3 De kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen**

Publieke dienstverleners worden bij het nemen van beslissingen tevens beïnvloed door ervaringen, waarden, op grond waarvan zij de cliënt beoordelen, en uitgangspunten, op grond waarvan zij een situatie beoordelen. Deze factoren spelen een belangrijke rol in het beslissingsproces omdat publieke dienstverleners in het bijzonder te maken krijgen met vergelijkbare situaties en cliënten.

#### **Ervaring**

De centrale stelling van Emerson en Paley (2001) is dat bij het nemen van beslissingen inschattingen over de wijze waarop zaken uit zullen pakken een belangrijke rol spelen. Publieke dienstverleners toetsen iedere keer hoe beslissingen die zij nemen uitpakken, of die uitpakken op een manier die de eigen legitimiteit ten goede komt of daar juist afbreuk aan doet (Emerson en Paley, 2001). De hele beslissingsketen wordt daarom in beschouwing genomen bij het nemen van een beslissing, aldus Emerson en Paley (2001).

Hawkins (2001) stelt in het verlengde van hetgeen Emerson en Paley (2001) stellen dat wanneer je een beslissing in beschouwing neemt je eigenlijk niet kunt begrijpen waarom deze beslissing is genomen omdat de context een rol speelt. Het gaat hier om de context van de publieke dienstverlener en de ervaringen en verwachtingen die deze persoon heeft. Deze context is essentieel in het proces van interpretatie en oordeelsvorming, aldus Hawkins (2001).

Persoonlijke ervaringen van de publieke dienstverleners zouden dus in grote mate het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepalen.

#### **Beoordeling van de cliënt**

Publieke dienstverleners zouden op een verschillende wijze omgaan met cliënten. Dit zou onder andere ingegeven zijn doordat het werk een hoop morele dilemma's en consequenties met zich meebrengt, aldus Hasenfeld (1983). Hasenfeld (1983) stelt dat het werk binnen een 'human service organization' niet alleen concrete diensten betreft maar tevens een morele beoordeling en beslissing. Met andere woorden het werk van publieke dienstverleners is nooit volledig waarde vrij. Activiteiten kunnen niet worden beschouwd als puur technisch. Het isoleren van cliënten ten opzichte van de sociale en morele context wordt niet mogelijk geacht.

Het volgende citaat van een politieagent illustreert op een pakkende wijze dat publieke dienstverleners heel sterk kunnen handelen op grond van het beeld dat zij hebben van burgers/cliënten:

*"Basically you gotta ... have a dual personality like you'll know when the good, honest, hard working people you're dealing with - and I treat them like a good, honest person should be treated - but when I'm dealing with a crackhead, or if I'm dealing with somebody that I just locked up for something else, they're usually a bunch of assholes and so you tend to be an asshole to them too" (Oberfield, 2008, p.151).*

Dit citaat is afkomstig uit een onderzoek dat is verricht in de handhavende sfeer. Ook uit onderzoek in de medische sector is gebleken dat diagnostische werkzaamheden niet kunnen worden gescheiden van waarden (Buscher e.a. , 2009). Diagnoses zijn het product van complexe

en diverse processen en zouden uitgaan van waardeoordelen over wie een waardige toekomst verdient. Uit een onderzoek van Clark e.a. (1991) blijkt dat er een onderscheid wordt gemaakt in de behandeling van patiënten op grond van: leeftijd, gender, ras en sociale klasse. Enkele voorbeelden zijn: oudere patiënten worden meestal zieker beschouwd maar minder effectief behandeld, fysieke klachten bij vrouwen worden vaker toegeschreven aan emotionele problemen dan bij mannen en jonge artsen besteden in verhouding minder tijd aan ouderen.

Uit onderzoek van Hasenfeld (1983), Oberfield (2008), Buscher e.a. (2009) en Clark e.a. (1991) kan daarom geconcludeerd worden dat normen van gelijke behandeling mythes zijn en dat normen in het werk van publieke dienstverleners een belangrijke rol spelen in het nemen van beslissingen.

### **Beoordeling van de situatie**

Publieke dienstverleners hebben te maken met een veelheid aan subjectieve informatie. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de uitspraak: 'het doet pijn'. De validiteit van deze uitspraak is niet vast te stellen. Een dokter of verpleegkundige kan op basis van objectieve elementen denken dat de pijn niet zo erg is als het individu stelt maar hij kan niet uitsluiten dat het individu een ander niveau van pijn ervaart, aldus Dodier (1994). Publieke dienstverleners gaan hier verschillend mee om. Er zijn bijvoorbeeld medici die beoordelen of er iets aan de hand is aan de hand van objectieve oorzaken. Daarnaast zijn er ook medici die ervan uit gaan dat als iemand pijn heeft er een echt probleem is en dat niet vastgesteld kan worden dat er niets aan de hand is (Dodier, 1994). Zij hechten meer waarde aan subjectieve informatie in het diagnose- en behandelproces.

Geconcludeerd kan worden dat medici of objectieve informatie of subjectieve informatie voorop stellen in het diagnoseproces (Dodier, 1994) hetgeen tevens van invloed is op het behandelproces.

### **2.4 Samenvatting**

In dit hoofdstuk stond de beantwoording van onderstaande deelvragen centraal.

1. Op welke wijze kan protocollering gebaseerd op wettelijke bepalingen het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing beïnvloeden volgens Ringeling (1978) en welke uitgangspunten liggen hieraan ten grondslag?

2. Waarom beschikken publieke dienstverleners over discretionaire ruimte volgens Hawkins (2001) en welke variabelen kunnen het beslissingsproces en de uitkomst van een beslissing beïnvloeden, op welke wijze en welke uitgangspunten liggen hieraan ten grondslag?

Gebleken is dat aan de opvatting van Ringeling (1978) en Hawkins (2001) verschillende uitgangspunten ten grondslag liggen. Het uitgangspunt van Ringeling (1978) is dat discretionaire ruimte het spiegelbeeld is van protocollering. Omdat protocollen gebaseerd op 'wettelijke bepalingen' een dwingend karakter hebben zouden zij de invloed van andere variabelen beperken en daarom voornamelijk het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepalen. Tucht recht is als voorbeeld gegeven van een wettelijke bepaling die ten grondslag ligt aan protocollering. Aan de opvatting van Hawkins (2001) ligt een tegengesteld uitgangspunt ten grondslag, namelijk dat de publieke dienstverlener altijd over een bepaalde mate van discretionaire ruimte beschikt. Dit is volgens Hawkins (2001) het geval omdat protocollen niet voor zich spreken. Bij het omzetten van regels zouden interpretaties en keuzes een belangrijke rol spelen, aldus Hawkins (2001). Publieke dienstverleners nemen geen autonome beslissingen en worden in het beslissingsproces beïnvloed door verschillende variabelen (Hawkins, 2001).

Variabelen die het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kunnen beïnvloeden zijn:

- de ontwerpparameters van de organisatie: scholing, hiërarchische controle en klachtenprocedures;
- de werkomstandigheden: tijd en publiek;

- en de kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen: ervaring, beoordeling van de cliënt en beoordeling van de situatie.

In het onderhavige onderzoek wordt onderzocht of de bovenstaande sociale variabelen, overeenkomstig de opvatting van Hawkins (2001), van invloed zijn op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan en op welke wijze. Tevens wordt onderzoek verricht naar de invloed van tuchtrecht en andere specifieke wettelijke bepalingen die overeenkomstig de opvatting van Ringeling (1978) het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepalen. In hoofdstuk drie komt aan de orde op welke wijze is onderzocht of en op welke manier de wettelijke en/ of sociale variabelen beslissingen van ambulanceverpleegkundigen beïnvloeden. In hoofdstuk vier wordt de ervaren invloed van de aanwezige wettelijke bepalingen en de geselecteerde sociale variabelen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan behandeld en geïllustreerd aan de hand van citaten. Vervolgens wordt in hoofdstuk vijf op grond van deze analyse geconcludeerd of wettelijke danwel sociale variabelen bepalend zijn voor de uitkomst van beslissingen, waarom dit zo is en wat dit betekent voor de opvatting van Hawkins (2001) en de opvatting van Ringeling (1978).

## Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek en analyse

In dit hoofdstuk wordt toegelicht op welke wijze de empirische deelvragen zijn beantwoord.

### 3.1 Opzet van het onderzoek

In het onderhavige onderzoek staat het LPA, een protocol met een wettelijke status, centraal. Omdat de invloed van protocollering met een wettelijke status op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan in één organisatie is onderzocht is er sprake van een 'single case' studie (Yin, 2009). Er is een 'single case' studie uitgevoerd omdat er geen controle over gedragingen nodig was, de focus van dit onderzoek lag op hedendaagse gedragingen, dit onderzoek in de diepte diende plaats te vinden en de grenzen tussen het te onderzoeken fenomeen en de context niet duidelijk waren (Yin, 2009).

Ten eerste hoefde de te onderzoeken relatie niet gecontroleerd te worden voor de invloed van andere factoren (Yin, 2009). Doordat in het onderhavige onderzoek de focus ligt op twee opvattingen die tegenstrijdige voorspellingen opleveren was het noodzakelijk zowel de invloed van wettelijke als sociale variabelen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan te onderzoeken. Op grond van de opvatting van Hawkins (2001), die in tegenstelling tot Ringeling (1978) ervan uit gaat dat publieke dienstverleners bij het nemen van beslissingen worden beïnvloed door andere factoren dan de wet, is de invloed van bijvoorbeeld hiërarchische controle, scholing, tijd en ervaring op beslissingen van een ambulanceverpleegkundige onderzocht. Omdat de invloed van de variabelen (zie hoofdstuk 2) op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan verschilt per geselecteerde casus is er geen 'multiple case' studie uitgevoerd.

Ten tweede heeft dit onderzoek zich primair gericht op hedendaagse gedragingen van ambulanceverpleegkundigen en niet op gedragingen in een bepaalde periode. Het zou alleen relevant geweest zijn om onderzoek te doen op verschillende momenten wanneer het protocol nog niet zou zijn geïmplementeerd. Het LPA is echter al meerdere malen bijgesteld. Daarom was het niet relevant dit onderzoek over meerdere tijdstippen te spreiden.

Ten derde was het nodig om ervaringen en motivaties van ambulanceverpleegkundigen, Medisch Managers Ambulancezorg (MMA) en teamleiders te verzamelen om een antwoord te geven op de gestelde probleemstelling. Met andere woorden, kwalitatief onderzoek was nodig omdat de invloed van de wettelijke status van het LPA op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan in relatie tot de invloed van sociale variabelen moest worden verklaard.

Tot slot waren de grenzen tussen het "fenomeen en de context niet duidelijk" (Yin, 2009). Dit is af te leiden uit de geselecteerde variabelen die het beslissingsproces en de uitkomst daarvan zouden kunnen beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan is de invloed van individuele ervaringen op beslissingen en de wijze waarop ambulanceverpleegkundigen tot een beslissing komen.

### 3.2 Methodes van onderzoek

In hoofdstuk twee zijn de eerste twee (theoretische) deelvragen die binnen dit onderzoek centraal stonden beantwoord. Deze deelvragen zijn beantwoord aan de hand van een analyse van de opvatting van Ringeling (1978) en Hawkins (2001). Vervolgens zijn er onder andere aan de hand van een verkenning van de bestaande sociaalwetenschappelijke kennis sociale variabelen geselecteerd die van invloed kunnen zijn op beslissingen van publieke dienstverleners en het proces dat daaraan ten grondslag ligt.

### Oriënterende gesprekken en stage

Met betrekking tot de selectie van de sociale variabelen en als voorbereiding op het empirische deel van het onderzoek zijn er eerst oriënterende gesprekken gevoerd met een drietal functionarissen. Ten eerste is er gesproken met een programme manager, dit is een functionaris die een leidende rol speelt in het opstellen en bijstellen van het LPA. Aan deze respondent is gevraagd op welke

wijze het LPA tot stand is gekomen, is geïmplementeerd, wordt bijgesteld en welke rol wetenschappelijk onderzoek speelt in het LPA.

Ten tweede is er een gesprek gevoerd met een MMA, oftewel een arts, waarin over een aantal variabelen uit hoofdstuk twee is gesproken. Op basis van dit gesprek is tevens bepaald op welke wijze de variabelen in de interviews het beste aan de orde konden worden gesteld.

Tot slot is er gesproken met een ambulanceverpleegkundige. Dit gesprek had hetzelfde doel als het gesprek dat met de MMA is gevoerd. Aanvullend zijn vragen gesteld over de dienstverlening van een ambulanceverpleegkundige en is een avonddienst met een ambulancebemanning meegedraaid. Op deze wijze kon er beter aangesloten worden bij de belevingswereld van de respondenten en kon het vakjargon van de respondenten beter worden begrepen.

### **Documentenanalyse**

Het eerste deel van het onderzoek bestond uit een documentenanalyse. Hiermee is gestart om inzichtelijk te maken op welke wijze Ambulancezorg Nederland en de Academie voor Ambulancezorg het LPA beschrijven. Omdat de verwachting was dat de respondenten in interviews hiernaar zouden refereren is eerst een documentenanalyse verricht alvorens de interviews zijn gehouden. Het voordeel van het verrichten van een documentenanalyse was dat deze informatie niet beïnvloed werd door het onderhavige onderzoek. Yin (2009) stelt dat documentanalyses een aantal potentiële nadelen hebben waaronder: de vindbaarheid en toegankelijkheid, onvolledigheid en het gegeven dat documentatie vaak niet neutraal is. De vindbaarheid en toegankelijkheid waren in dit onderzoek geen nadeel omdat de mogelijkheid bestond documentatie op intranet te bekijken. Door documenten kritisch ten opzichte van elkaar te beschouwen zijn de overige potentiële nadelen ondervangen.

Naast documentatie van Ambulancezorg Nederland en de Academie voor Ambulancezorg zijn er tevens tuchtrechtsuitspraken geanalyseerd. Deze uitspraken zijn openbaar en geven informatie over de mate waarin de ambulanceverpleegkundigen te maken krijgen met tuchtrecht en in welke mate het LPA in klachten en uitspraken een rol heeft gespeeld.

### **Interviews**

Dit onderzoek is hoofdzakelijk uitgevoerd op basis van interviews. Er is gekozen interviews te houden omdat hierdoor gericht onderzoek kon worden gedaan en ervaringen konden worden bevraagd. Mogelijke nadelen verbonden aan het houden van interviews zijn: het niet neutraal stellen van vragen en onnauwkeurigheden door weinig herhaling en reflexiviteit aldus Yin (2009). In dit onderzoek zijn deze potentiële nadelen ondervangen door: gespreksonderwerpen op een open wijze te introduceren, deze onderwerpen op meerdere momenten en in relatie tot elkaar in een andere vorm te bevragen (Babbie, 2007), antwoorden met elkaar te vergelijken, door te vragen en zoveel mogelijk te vragen naar concrete voorbeelden.

Interviews zijn gehouden met: ambulanceverpleegkundigen, teamleiders en MMA. Deze interviews zijn vanuit praktisch oogpunt hoofdzakelijk afgenomen bij de Gemeentelijke GezondheidsDienst (GGD) Den Haag. Een variatie in gebieden was niet noodzakelijk omdat er binnen de regio Den Haag tevens verschillen bestaan in deelgebieden, urgentie van de meldingen en de (on)voorspelbaarheid van de omgeving. Via een ambulanceverpleegkundige van de GGD Den Haag ben ik in contact gekomen met een teamleider van de GGD Den Haag. Deze teamleider heeft mij in contact gebracht met een MMA van de GGD Den Haag. Verder heeft deze respondent een email gestuurd aan collega teamleiders en ambulanceverpleegkundigen binnen de GGD Den Haag. In deze email is aangegeven dat deelname aan het onderzoek op vrijwillige basis zou geschieden en gegevens anoniem behandeld en verwerkt zouden worden.

Daarnaast zijn interviews gehouden met een programme manager en een tweetal MMA werkzaam voor Ambulancezorg Nederland, de Regionale Ambulance Dienst (RAD) Hollands-Midden en de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU). Deze respondenten zijn geselecteerd aan de



hand van de 'sneeuwbal' methode. Gebeld is met Ambulancezorg Nederland waarna een interview kon plaatsvinden met een programme manager. Deze functionaris bracht mij in contact met een MMA van de RAVU. Een MMA van de GGD Den Haag bracht mij in contact met een MMA van de RAD Hollands-Midden.

Alle respondenten is ten eerste voorafgaand aan de interviews (nogmaals) persoonlijk gemeld dat op vrijwillige basis aan het onderzoek kon worden deelgenomen. Ten tweede is aangegeven dat de gegevens anoniem behandeld en verwerkt zouden worden en ten derde zijn de citaten uit de interviews eerst aan de respondenten voorgelegd alvorens deze zijn gebruikt in dit onderzoeksrapport.

Er zijn in totaal 19 interviews gehouden omdat er na deze interviews geen nieuwe informatie meer werd gevonden en de hoofdlijnen in de onderzoeksuitkomsten waarneembaar waren. De interviews zijn gehouden met 3 vrouwen en 16 mannen. De interviews zijn afgenomen op diverse ambulanceposten in een afgezonderde kantoorruimte. De leeftijd van de respondenten varieerde van 26 tot en met 54 jaar. Enkele respondenten verrichten nevenactiviteiten, zij zijn bijvoorbeeld werkzaam als werkbegeleider of spelen een rol in de commissie die een periodieke check, de 'profcheck' afneemt. Daarnaast verrichten enkele respondenten nevenfuncties, zij zijn bijvoorbeeld werkzaam op de meldkamer of op de traumahelikopter. Alle respondenten zijn minimaal op HBO niveau geschoold en hebben in de meeste gevallen een ruim aantal jaren ervaring in de klinische zorgverlening. De respondenten komen van verschillende specialistische afdelingen zoals met name: de SpoedEisende Hulp (SEH), de Intensive Care (IC), de anesthesie en hartbewaking. In bijlage 2 vindt u een geanonimiseerd overzicht van de respondenten. Hierin hebben de respondenten willekeurig een nummer toegekend gekregen. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen is het onderscheid in geslacht achterwege gelaten en zijn de respondenten ingedeeld in leeftijdscategorieën en ervaringscategorieën.

In hoofdstuk twee is aan de hand van een verkenning van met name sociologisch wetenschappelijke onderzoek inzichtelijk gemaakt welke variabelen het beslissingsproces van publieke dienstverleners en de uitkomst daarvan beïnvloeden. Deze variabelen zijn in de interviews met ambulanceverpleegkundigen en teamleiders allen een vaststaand gespreksonderwerp geweest. In de volgende paragraaf is aangegeven op welke wijze de variabelen zijn geoperationaliseerd. Twee groepen variabelen, namelijk: de werkomstandigheden en de kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen zijn niet aan bod gekomen in de interviews met de MMA. Zij zijn immers niet werkzaam geweest als ambulanceverpleegkundige, in tegenstelling tot de respondenten in de functie van teamleider.

### **Operationalisatie**

Aan de hand van een verkenning van de sociaalwetenschappelijke kennis over de invloed van wettelijke en sociale variabelen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan en de gevoerde oriënterende gesprekken zijn de variabelen geoperationaliseerd. Een eerste stap in het operationaliseren van variabelen is het definiëren van de begrippen. Het LPA is gedefinieerd in hoofdstuk één en het concept 'discretionaire ruimte' en de wettelijke en sociale variabelen zijn gedefinieerd in hoofdstuk twee. Vervolgens heb ik afzonderlijk voor iedere variabelen bepaald welke aspecten en subaspecten aan de orde gesteld moesten worden tijdens de interviews (zie bijlage 3). Door middel van deze operationalisatie was ik in staat vast te stellen of en op welke manier de verschillende wettelijke en sociale variabelen het beslissingsproces en de uitkomst van beslissingen bepalen. Om de ervaren invloed van deze variabelen nader te specificeren is aan de respondenten in sommige gevallen gevraagd naar de mate waarin zij te maken hebben gekregen met bijvoorbeeld tuchtrechtzaken en hiërarchische controle.

### **Verwerken gegevens**

In dit onderzoek zijn de opgenomen interviews geanalyseerd door middel van het programma KODANI. Dit programma is gericht op de rapportage en analyse bij kwalitatief onderzoek. In het

programma KODANI zijn de antwoorden die de respondenten hebben gegeven geciteerd en gecodeerd. Vervolgens zijn de antwoorden per (sub)aspect en per type respondent geanalyseerd.

### **3.3 Methode van analyse (inclusief betrouwbaarheid en validiteit)**

Yin (2009) veronderstelt dat de kwaliteit van een onderzoek kan worden getoetst aan de hand van de betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid.

#### **Betrouwbaarheid**

Criterium één is de betrouwbaarheid. Indien een onderzoeker dezelfde studie uitvoert behoort deze tot dezelfde bevindingen en conclusies te komen, dit is wat er bedoeld wordt met de betrouwbaarheid aldus Yin (2009). Zwieten en Willems (2004, p.631) stellen immers dat "onderzoeksresultaten mogelijk vertekenen door de invloed van een individuele onderzoeker". Om deze vertekening van onderzoeksresultaten te voorkomen zijn de variabelen die centraal staan in het onderhavige onderzoek in hoofdstuk twee gedefinieerd en is in bijlage 3 opgenomen welke (sub)aspecten aan bod zijn gesteld om vast te stellen of en op welke manier de geselecteerde variabelen beslissingen en het proces dat hieraan vooraf gaat beïnvloeden.

#### **Validiteit**

Criterium twee is de validiteit. Dit is met name van belang in experimenteel onderzoek aldus Yin (2009). De validiteit speelt echter ook een rol in onderzoek dat gericht is op het verklaren van hoe 'x' leidt tot 'y'. Het risico kan bestaan dat een derde factor dit verband verklaart en niet de factor waar het onderzoek op gericht is. Omdat in dit onderzoek twee opvattingen centraal staan die tegenstrijdige voorspellingen opleveren wordt zowel onderzoek gedaan naar de invloed van wettelijke en sociale variabelen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan. Op deze wijze wordt de validiteit van het onderzoek verhoogd.

Volgens Zwieten en Willems (2004) kan er een vertekening in kwalitatief onderzoek optreden wanneer een onderzoeker selectief aantekeningen maakt of er een gebrek aan tijd bestaat. In dit onderzoek zijn daarom de antwoorden van de geïnterviewden geheel uitgewerkt en is pas op een later moment in het onderzoek geselecteerd welke citaten al dan niet relevant waren. Daarnaast is een interviewprotocol gevolgd waarin was opgenomen welke zaken tijdens de introductie, het interview en de afsluiting van het interview aan bod diende te komen. Ook hebben alle respondenten de mogelijkheid gekregen feedback te leveren op de uitgewerkte interviewverslagen.

### **3.4 Generaliseerbaarheid van het onderzoek**

Tot slot is er de generaliseerbaarheid van de onderzoeksgegevens. Bij case studies gaat het in tegenstelling tot surveys om analytische generalisatie en niet om statistische generalisatie aldus Yin (2009, p. 38-39). Dit wil zeggen dat resultaten uit een onderzoek in verband worden gebracht met bestaande theoretische mechanismen. In dit onderzoek is dit gedaan door twee tegenstrijdige opvattingen centraal te stellen. Het onderhavige onderzoek zal één van deze opvattingen weerleggen en één van deze opvattingen bevestigen. Doordat de resultaten uit dit onderzoek worden gekoppeld aan de bestaande theorie zijn de resultaten breder toepasbaar. Met andere woorden, resultaten uit het onderhavige onderzoek gelden niet alleen voor Ambulancezorg Nederland maar ook voor organisaties die protocollen met een juridisch karakter hebben en waarin bij benadering dezelfde variabelen op een min of meer overeenkomstige wijze een rol spelen. Een voorbeeld hiervan is de gehandicaptenzorg. Binnen de gehandicaptenzorg spelen tevens protocollen gebaseerd op wettelijke bepalingen, zoals de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), een rol.

## Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resterende deelvragen beantwoord om op deze wijze te komen tot beantwoording van de probleemstelling. De beantwoording van de volgende deelvragen staat centraal:

3. Welke invloed heeft de wettelijke status van het LPA op beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan en waarom?
4. Welke invloed hebben de geselecteerde variabelen (zie deelvraag 2) op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan en waarom?

### 4.1 Resultaten

De resultaten van het empirische onderzoek zijn verdeeld over twee paragrafen:

- in paragraaf 4.1.1 wordt stilgestaan bij de invloed van de wettelijke status van het LPA op het beslissingsproces van de ambulanceverpleegkundige en de uitkomst daarvan, oftewel deelvraag 3;
- in paragraaf 4.1.2. wordt de discretionaire ruimte van de ambulanceverpleegkundige aan de orde gesteld;
- en in paragraaf 4.1.3 wordt deelvraag 4 beantwoord. In deze paragraaf staat de invloed van sociale variabelen op de benutting van deze discretionaire ruimte en de uitkomst van beslissingen centraal.

#### 4.1.1 De invloed van de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan

##### Wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA

Alvorens de invloed van de juridische status van protocollering op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan aan de hand van de vooraf vastgestelde (sub)aspecten aan bod is gesteld in de interviews is een analyse gemaakt van de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA. Uit de analyse is gebleken dat de wettelijke bepalingen afkomstig zijn uit één wet en één besluit, namelijk de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en het Besluit functionele zelfstandigheid. Concreet liggen artikelen 33, 35, 36 en 38 van de wet BIG ten grondslag aan het LPA (zie bijlage 4). Deze artikelen zien toe op: het gebied van deskundigheid van verpleegkundigen, handelingen voorbehouden aan artsen en het verbod deze handelingen te verrichten tenzij aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Het gebied van deskundigheid van verpleegkundigen is "het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding en verpleging" (Wet BIG). Ook het verrichten van handelingen in aansluiting op diagnostische en therapeutische werkzaamheden behoort tot de werkzaamheden van een verpleegkundige. Deze werkzaamheden mogen echter alleen worden verricht in opdracht van een arts. Met betrekking tot een specifiek aantal risicovolle geneeskundige handelingen is bepaald dat zij alleen uitgevoerd mogen worden door artsen. Enkele voorbeelden van deze handelingen zijn: het geven van injecties, het toepassen van defibrillatie en het uitvoeren van verloskundige handelingen. Met betrekking tot ambulanceverpleegkundigen is echter bepaald in het Besluit functionele zelfstandigheid dat ambulanceverpleegkundigen op basis van hun deskundigheid zelfstandig handelingen die voorbehouden zijn aan artsen mogen uitvoeren. In de wet BIG en het Besluit functionele zelfstandigheid zijn echter wel voorwaarden gesteld aan het verrichten van deze handelingen. De belangrijkste voorwaarden zijn de opdracht van de arts tot het uitvoeren van geneeskundige handelingen en het handelen overeenkomstig de aanwijzingen die de arts heeft gegeven. Het LPA is in het Besluit functionele zelfstandigheid aangemerkt als opdracht van de arts. De afzonderlijke protocollen in het LPA beschrijven diagnose- en behandelcombinaties en geven in

juridische termen 'aanwijzingen'. De ambulanceverpleegkundige dient overeenkomstig deze aanwijzingen te handelen.

### **De wijze waarop het LPA door de organisatie wordt gepresenteerd**

Uit onderzoek van Dew (2010) en Berg e.a. (2000) is gebleken dat zorgverleners protocollen veelal niet beschouwen als een instrument dat hen verplicht werkzaamheden op een voorgeschreven wijze uit te voeren. Daarom is eerst een documentenanalyse uitgevoerd met betrekking tot de wijze waarop Ambulancezorg Nederland en de Academie voor Ambulancezorg het LPA beschouwen en presenteren.

Zoals reeds in de inleiding is aangehaald stelt Ambulancezorg Nederland aan de hand van jurisprudentie dat haar protocol in beginsel een bindende werking heeft in het recht. Zij stelt dat wanneer een "ambulanceverpleegkundige in een situatie komt waarin de standaard niet voorziet, diens vraag hoe te handelen behoort te worden voorgelegd aan de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA)" (Ambulancezorg Nederland e.a., 2005). Uit de documentenanalyse is echter gebleken dat Ambulancezorg Nederland en de Academie voor Ambulancezorg de status van het LPA niet op een consistente wijze presenteren. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van een tweetal citaten:

*"De Landelijke Protocollen zijn het uitgangspunt voor het handelen van de ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs en vormen daarmee een bijzonder belangrijke leidraad voor hun handelen."* (Academie voor Ambulancezorg, z.j.a)

*"In de praktijk betekent dit: handelen conform protocol, waarbij actuele interpretatie van de toestand en omstandigheden kan leiden tot afwijkend protocollaire-, doch optimaal verantwoorde zorg. Door deze benadering wordt het gevaar van 'kookboekgeneeskunde'-het slaafs en mechanisch toepassen van richtlijnen door professionals- geminimaliseerd. Ambulanceprofessionals dienen zich continu af te vragen of aanbevelingen en voorschriften uit een protocol wel passend zijn voor de specifieke situatie en ook werkelijk gewenst worden door de individuele patiënt. Als op basis van goede argumenten wordt ingeschat dat het protocol mogelijk schadelijk is voor de patiënt dan kan er van afgeweken worden."* (Ambulancezorg Nederland, 2009c).

In het eerste citaat is het opvallend dat het LPA gelijk wordt gesteld aan een leidraad en in het tweede citaat is de nadruk op de mogelijkheid af te wijken van protocollaire zorg opvallend. Het verplichtende element oftewel het moeten uitvoeren van de voorgeschreven handelingen zoals omschreven in de definitie van het LPA (Ambulancezorg Nederland, 2008, p.87) ontbreekt. Uit de documentenanalyse is gebleken dat de inconsistente presentatie van het LPA verklaard kan worden aan de hand van het dilemma waar de organisatie mee te maken heeft. Enerzijds streeft de organisatie naar uniformiteit en transparantie en tracht zij in het verlengde van de wetgeving aanwijzingen te geven aan de ambulanceverpleegkundigen. Anderzijds weet de organisatie dat niet alle situaties zijn te vangen in protocollen en dat ziektebeelden zich soms anders presenteren dan verwacht. Omdat de organisatie zowel streeft naar uniformiteit als maatwerk presenteert zij zich inconsistent. Deze empirische bevinding kan in verband gebracht worden met de dilemma's (zie hoofdstuk één) waarmee publieke dienstverlenende organisaties te maken kunnen krijgen aldus Hasenfeld (1983). Ambulancezorg Nederland heeft in termen van Hasenfeld (1983, p.7) diverse belangen die de organisatie in tegengestelde richtingen beïnvloeden.

### **Betekenis LPA en rol LPA in werkzaamheden**

Omdat gebleken is dat de organisatie het LPA op een inconsistente wijze presenteert en uit een analyse van de sociaalwetenschappelijke kennis is gebleken dat zorgverleners een protocol veelal als handleiding beschouwen is in de interviews allereerst gevraagd wat het LPA voor de ambulanceverpleegkundigen in het werk betekent.

Gebleken is dat ambulanceverpleegkundigen het LPA voornamelijk beschouwen als 'leidraad'. Zij leggen, zoals Ambulancezorg Nederland in het hierboven aangehaalde citaat doet, veelal een verband met de mogelijkheid om van het protocol af te wijken, situaties waarin het protocol niet toepasbaar is en de ervaren discretionaire ruimte.

Het volgende citaat illustreert de wijze waarop het LPA door ambulanceverpleegkundigen wordt beschouwd:

*"Je hebt protocollen, maar we mogen daarvan afwijken als we dat in bepaalde situaties nodig achten. Niet alle casussen, patiënten, zijn in protocollen te vatten. Het is a la carte werk en niet Mac Donald werk. Elke keer is weer een andere situatie, het LPA is een grote leidraad in de casus zelf."* (ambulanceverpleegkundige 11)

De meerderheid van de ambulanceverpleegkundigen verklaart dat zij het LPA als leidraad beschouwen omdat in de 'Verantwoording LPA' is opgenomen dat richtlijnen niet mechanisch moeten worden toegepast. Deze ambulanceverpleegkundigen halen eveneens aan dat de wijze waarop Ambulancezorg Nederland het LPA omschrijft in het voorwoord van de 'Verantwoording LPA' haaks staat op de wijze waarop de organisatie is ingericht, nieuw personeel wordt getoetst en de wijze waarop periodiek profchecks worden afgenomen.

Uit interviews met de MMA, teamleiders en een programme manager is gebleken dat ook zij het LPA met name als 'leidraad' beschouwen. Een karakteristiek voorbeeld van de wijze waarop het LPA door deze groep respondenten wordt beschouwd is het volgende citaat:

*"Ik geloof dat Koningin Wilhelmina al een keer heeft gezegd dat protocollen voor dummies zijn. In zekere zin is een protocol voor een professional een uitgangspunt en vervolgens moet hij al naar gelang de actuele situatie op basis van het protocol zijn werk en improvisatietalent kunnen laten spreken. Dat betekent dat als schuine regel in deze organisatie geldt; je volgt het protocol tenzij je reden hebt om ervan af te wijken maar dat moet je dan wel goed kunnen uitleggen."* (MMA 18)

In tegenstelling tot de ambulanceverpleegkundigen heeft deze groep respondenten wel een aantal spelregels verbonden aan de "kunst van het afwijken" (intro MMA). Ten eerste moeten ambulanceverpleegkundigen goed kunnen uitleggen waarom van de in het LPA voorgeschreven werkwijze wordt afgeweken. Ten tweede is het afwijken van het LPA afgekaderd. Zo wordt het gebruiken van andere medicijnen, dan voorgeschreven in het protocol, afgekeurd.

*"Dan moet je echt een farmacoloog zijn om te motiveren waarom je medicatie A niet toedient (die in het protocol staat) maar medicatie B toedient."* (MMA 7)

### **Wettelijke bepaling 1: voorbehouden handelingen**

#### **De opdracht en aanwijzingen van de MMA in het LPA op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan**

Conform artikel 35 van de wet BIG is het LPA een opdracht van een arts om handelingen voorbehouden aan artsen op de voorgeschreven wijze uit te voeren. De meeste ambulanceverpleegkundigen zijn op de hoogte dat het LPA als het ware de opdracht van een arts is en maken een vergelijking met het ziekenhuis waarin onder het direct gezag van een arts gewerkt wordt. Dat er wettelijk bepaald is in de wet BIG dat ambulanceverpleegkundigen handelingen voorbehouden aan artsen mogen uitvoeren wanneer zij onder andere handelen conform de aanwijzingen die de arts in het LPA heeft gegeven beïnvloedt slechts de wijze waarop enkele ambulanceverpleegkundigen het beslissingsproces doorlopen. Het overgrote deel van de ambulanceverpleegkundigen laat zich in het beslissingsproces echter niet beïnvloeden door het LPA omdat het LPA conform artikel 35 een opdracht van een arts is. Sterker nog, ambulanceverpleegkundigen blijken veelal op een niet protocollaire wijze beslissingen te nemen, hier worden in paragraaf 4.1.3 voorbeelden van gegeven. Dat het LPA een opdracht van een arts is

heeft er wel voor gezorgd dat ambulanceverpleegkundigen van mening zijn dat het afwijken van protocollaire zorg goed beargumenteerd moet worden. Het onderstaande citaat illustreert dat de ambulanceverpleegkundige niet protocollair werkt omdat het LPA wettelijk een opdracht van een arts is die het diagnose- en behandelproces beschrijft.

*"Zolang ik de patiënt de belangrijkste motivator laat zijn voor mijn zorg kan ik later uitleggen waarom ik dingen doe of laat. Of dat nou gebackupt wordt door een protocol of niet.. ik sta daar niet dagelijks bij stil. (...) Dat komt gewoon omdat je de essentie van het protocol begrijpt, de beweegredenen van bepaalde regels in het protocol begrijpt en ook ziet waarom ze overbodig zijn voor een patiënt.. en dan laat je ze dus achter wege."*  
(ambulanceverpleegkundige 12)

#### De bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht

In artikel 35 van de wet BIG is bepaald dat ambulanceverpleegkundigen alleen handelingen die voorbehouden zijn aan artsen mogen verrichten als zij onder andere "redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht." Eveneens is in dit artikel bepaald dat dit een van de voorwaarden is om bevoegd te zijn tot het verrichten van handelingen voorbehouden aan artsen. De bepaling van de bekwaamheid hangt dus niet alleen af van de overtuiging van de MMA dat de ambulanceverpleegkundige bekwaam is maar ook van de overtuiging van de ambulanceverpleegkundige zelf. De Academie voor Ambulancezorg stelt aanvullend dat wanneer: "een ambulanceverpleegkundige een handeling lange tijd niet heeft verricht, hij de bekwaamheid verliest tot het uitvoeren van deze handeling en dus ook zijn bevoegdheid" (Academie voor Ambulancezorg, z.j.a). Tijdens de interviews is gevraagd of en op welke wijze deze bekwaamheidsbepaling het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan beïnvloedt. Gebleken is dat ambulanceverpleegkundigen de bekwaamheidsbepaling niet, zoals door Ringeling (1978) veronderstelt, beschouwen als een 'norm' die het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepaalt. Daarentegen is gebleken dat zij de bekwaamheidsbepaling juist zien als een mogelijkheid om in diverse situaties af te wijken van de in het LPA voorgeschreven diagnose- en behandelcombinaties. Het gegeven dat de wettelijke bekwaamheidsbepaling een belangrijke rol speelt in de ervaren mate van discretionaire ruimte van ambulanceverpleegkundigen komt omdat zij van mening zijn dat het nooit eerder uitgevoerd hebben van een handeling in de praktijk gelijk is aan het niet bekwaam zijn om deze handeling uit te voeren. Twee voorbeelden van handelingen waarin ambulanceverpleegkundigen zich niet bekwaam achten en daarom niet uitvoeren zijn het maken van een gaatje in het strottenhoofd (tracheotomie) en het gebruik van de botboor. De onderstaande citaten zijn als voorbeeld geselecteerd omdat zij beschrijven waarom ambulanceverpleegkundigen zich niet bekwaam kunnen achten om een protocollaire handeling uit te voeren, op welke wijze ambulanceverpleegkundigen daarom handelen en welke potentiële consequenties dit heeft.

*"Voor een tracheotomie doen, (een snee in de hals geven) zijn hele mooie systemen, alleen de ambulancedienst koopt ze niet omdat ze te duur zijn en de situaties waarin deze systemen worden toegepast zeer beperkt zijn. Maar als zo'n situatie zich voordoet dan heb je kinderen, met blauwe lippen die er levenloos uitzien. In deze situaties moet je dan een tracheotomie doen, met hele beperkte middelen terwijl ik dit in 10 jaar nog nooit heb hoeven doen. Dan kan niet van mij verwacht worden dat ik bekwaam ben. Ik zal mijn uiterste best doen om van alles te doen voor een kind en een helikopter bellen maar dat zijn van die situaties dat ik niet klakkeloos uitvoer wat er in het protocol staat. Het zou voor die patiënt het verschil tussen leven en dood kunnen betekenen maar het kan ook zijn dat ik die handeling verkeerd uitvoer en dat de patiënt daardoor geen kansen meer heeft. (...) Er zijn ook andere manieren zoals intubatie. Dat soort technieken zou ik denk ik dan toch eerst proberen, het protocol zegt eerst die tracheotomie doen."*  
(ambulanceverpleegkundige 16)

*"Je moet vooral dingen doen die je kan. Ik ga geen handelingen uitvoeren die ik niet beheers...dan doe je toch rare dingen. Als je nou medicijnen meekrijgt van een dokter en je weet niet wat het is.. ga je het dan geven? Ik niet, ik weet niet wat het doet. Misschien maak je wel iemand dood en dan zeggen ze hoe kan je dat nou doen, je weet niet eens wat het is? Daarom moet er een dokter komen die er verstand van heeft. Dat is mijn vak, organiseren."* (ambulanceverpleegkundige 3)

In de interviews met de MMA is tevens gesproken over de bekwaamheidsbepaling. Gebleken is dat de MMA op de hoogte zijn dat artikel 35 discretionaire ruimte creëert voor ambulanceverpleegkundigen om af te wijken van de voorgeschreven protocollaire zorg. De organisaties die ambulancezorg verlenen proberen daarom onder andere door het laten tekenen van een bekwaamheidsverklaring (zie bijlage 5) ervoor te zorgen dat ambulanceverpleegkundigen niet van het protocol afwijken omdat zij zich niet bekwaam voelen een medische handeling te verrichten. In deze bekwaamheidsverklaring wordt aangehaald dat de MMA de ambulanceverpleegkundige bekwaam acht een aantal voorbehouden en risicovolle behandelingen uit het LPA te verrichten en dat de MMA in voorkomende gevallen de opdracht verstrekt tot het uitvoeren van de deze handelingen. Ten tweede is opgenomen dat met de ondertekening de ambulanceverpleegkundige zichzelf bekwaam acht tot het verrichten van de benoemde voorbehouden handelingen. Een van de MMA illustreert aan de hand van het onderstaande citaat doeltreffend de rol van de bekwaamheidsverklaring.

*"Een hele beruchte is de naald coniotomie (...) afgesproken is dat we oefenen omdat dit in de praktijk bijna nooit voorkomt. Zo zijn er nog andere voorbeelden zoals het aanprikken van een klaplong. Kinderreanimaties komen ook jaarlijks terug. Dat ambulanceverpleegkundigen zich daar niet echt 'safe' in voelen dat klopt. In de bekwaamheidsverklaring verklaar ik dat ze in ieder geval voldoende geschoold zijn en zelf verklaren ze zich bekwaam te vinden om de genoemde dingen uit te voeren. Het werkt dus van twee kanten. Als mensen zich ergens niet thuis in voelen dan moeten ze hun handtekening niet zetten en krijgen ze bijscholing. Op het moment dat dit probleem blijft dan moet de ambulanceverpleegkundige zich gaan afvragen of hij/zij het goede vak heeft gekozen. Dan kan deze persoon beter in een ziekenhuis gaan werken dan heb je namelijk altijd een team achter je staan wat jou kan opvangen."* (MMA 18)

Opgevallen is dat geen van de respondenten in de functie van ambulanceverpleegkundige heeft gerefereerd naar de bekwaamheidsverklaring in de interviews. Geconcludeerd kan worden dat ambulanceverpleegkundigen artikel 35 van de wet BIG beschouwen als een wettelijke bepaling die in het geval dat de ambulanceverpleegkundige zich onbekwaam acht een specifieke handeling te verrichten ruimte biedt om een alternatief beslissingsproces te doorlopen met eventueel als gevolg een alternatieve uitkomst van dit proces.

### **Wettelijke bepaling 2: tuchtrecht**

Ambulanceverpleegkundigen zijn onderworpen aan tuchtrecht. Uit de interviews is echter gebleken dat ambulanceverpleegkundigen zich hier niet door laten beïnvloeden bij het nemen van beslissingen. Dit kan verklaard worden op basis van het gegeven dat geen van de respondenten persoonlijk danwel in de directe omgeving te maken heeft gehad met tuchtrechtelijke uitspraken.

Omdat het zo kan zijn dat tuchtrecht ten aanzien van de ambulanceverpleegkundigen die in Nederland werkzaam zijn wel degelijk invloed uitoefent zijn de tuchtrechtspraken vanaf het jaar 2000 tot april 2012 geanalyseerd en is gekeken hoeveel ambulanceverpleegkundigen te maken hebben gekregen met tuchtrecht en welke rol het LPA in de uitspraak speelde.

Uit een analyse van de tuchtrechtspraak voor de gezondheidszorg is gebleken dat er slechts een aantal ambulanceverpleegkundigen in Nederland te maken hebben gehad met een klacht die is voorgelegd aan een Regionaal- danwel het Centraal Tuchtrechtcollege. Opvallend is dat ten aanzien van verpleegkundigen in de onderzochte periode ongeveer 300 klachten zijn ingediend bij een Regionaal- danwel het Centraal Tuchtrechtcollege. In de databank met uitspraken zijn in de periode van

2000 tot april 2012 slechts twee klachten gevonden tegen een ambulanceverpleegkundige. Een viertal klachten zijn gevonden tegen meldkamercentralisten. Deze meldkamercentralisten werken met de Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA). De veronderstelling aan de hand van de interviews dat ambulanceverpleegkundigen beperkt te maken krijgen met tuchtrecht is bevestigd.

Een nadere analyse van de wijze waarop tuchtrechters tot een uitspraak zijn gekomen in de bovengenoemde zes zaken wijst uit dat:

- tuchtcolleges het niet uitvoeren van standaard controles zoals opgenomen in het LPA of de LSMA als prominent aanmerken in de beantwoording van de vraag: *“of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bewame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard”* (Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg, 2007). Een karakteristiek voorbeeld hiervan is het volgende citaat:

*“De verpleegkundige heeft op basis van de aan haar verstrekte informatie de interpretatie gemaakt dat de patiënt fors onder invloed van alcohol was (zie verslag ritrapport) en hierdoor bepaalde uitvalsverschijnselen (achteraf gezien ten onrechte) geduid als een uiting daarvan. Hoewel het Centraal Tuchtcollege dit gelet op de omstandigheden van het geval niet onbegrijpelijk vindt, heeft de verpleegkundige zich onvoldoende professioneel opgesteld en verzuimd een aantal standaard controles uit te voeren. Zo heeft de verpleegkundige ter zitting in hoger beroep verklaard dat zij de bloeddruk en de polsfrequentie (essentiële parameters) niet heeft opgenomen en ook de verwonding aan het hoofd (ondanks de val op de overloop en de bloedsporen op het hoofdkussen) niet nader heeft geïnspecteerd. (...) Juist het gegeven dat de verpleegkundige ervan uitging dat er sprake was van overmatig drankgebruik had haar echter tot een zorgvuldige, te weten volledige uitvoering van de standaardcontroles moeten nopen. De verpleegkundige had naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege naast de pupilreactie ook het bewustzijn, de cognitieve functies en de circulatie, alsmede de hoofdwond dienen te controleren. Aangezien de verpleegkundige deze standaardcontroles niet volledig heeft verricht acht het Centraal Tuchtcollege dit tuchtrechtelijk verwijtbaar.”* (Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg, 2008)

Geconcludeerd kan worden dat ook artikel 47 en 48 van de wet BIG over tuchtrechtspraak geen wettelijke bepalingen zijn die het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan bepalen. Ambulanceverpleegkundigen werken op grond van deze bepalingen niet in een hogere mate conform het LPA omdat slechts enkele ambulanceverpleegkundigen direct of in de directe omgeving te maken krijgen met tuchtrecht. Daarnaast is gebleken dat de respondenten niet op de hoogte zijn van de inhoud van de tuchtrechtsuitspraken die in Nederland zijn gedaan tegen ambulanceverpleegkundigen en meldkamercentralisten. Deze uitspraken beïnvloeden het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan derhalve ook niet.

### **Deelconclusie**

In paragraaf 4.1.1 stond de beantwoording van de volgende deelvraag centraal:

Welke invloed heeft de wettelijke status van het LPA op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan en waarom?

Geconcludeerd kan worden dat:

- Ambulancezorg Nederland en de Academie voor Ambulancezorg het LPA op een inconsistente wijze presenteren, namelijk als “een protocol waarin gestructureerd is omschreven welke handelingen wanneer uitgevoerd moeten worden” (Ambulancezorg Nederland, 2008, p.87) en



anderzijds als "een bijzonder belangrijke leidraad" (Academie voor Ambulancezorg, z.j.a) en als tegenhanger van 'kookboekgeneeskunde' (Ambulancezorg Nederland, 2009c). Deze inconsistente wijze waarop het LPA door de organisatie wordt gepresenteerd en het gegeven dat de geïnterviewde MMA, teamleiders en programme manager het LPA als leidraad beschouwen verklaart waarom ambulanceverpleegkundigen het LPA, ondanks het juridische karakter van het protocol, ook als leidraad beschouwen. Het gegeven dat het LPA is gebaseerd op wettelijke bepalingen, los van de inhoud van deze bepalingen, zorgt er niet voor dat ambulanceverpleegkundigen het LPA zien als een protocol met een sterk dwingend karakter.

- op grond van artikel 35 van de wet BIG is het LPA een opdracht van een arts en dient de ambulanceverpleegkundige zich aan de aanwijzingen oftewel diagnose- en behandelcombinaties in het LPA te houden. Gebleken is dat ambulanceverpleegkundigen niet van mening zijn dat deze wettelijke bepaling ervoor zorgt dat zij conform het LPA het diagnose- en behandelproces doorlopen. Ambulanceverpleegkundigen zijn zich er op grond van deze wettelijke bepaling wel bewust van dat zij afwijkende handelingen goed moeten kunnen beargumenteren.

- ambulanceverpleegkundigen de bekwaamheidsverklaring opgenomen in artikel 35 van de wet BIG zien en gebruiken als mogelijkheid om af te wijken van de voorgeschreven zorg in het LPA omdat zij zich niet bekwaam achten sommige handelingen voorbehouden aan artsen te verrichten.

- tuchtrecht het beslissingsproces en uitkomst daarvan niet beïnvloedt omdat er slechts zeer zelden tuchtrechtsuitspraken ten aanzien van ambulanceverpleegkundigen worden gedaan.

Op grond van deze empirische gegevens blijkt dat wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA het beslissingsproces en de uitkomst daarvan niet bepalen, hetgeen in strijd is met de veronderstelling van Ringeling (1978) dat wettelijke bepalingen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepalen. Ambulanceverpleegkundigen beschouwen het LPA als leidraad en niet als een protocol met een dwingend karakter. Dit is tevens in strijd met de opvatting van Ringeling (1978) die stelt dat wettelijke bepalingen 'normen' vormen waarmee de publieke dienstverlener in zijn beslissing wel rekening mee moet houden. Omdat andere variabelen dan de wettelijke van invloed zijn op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan, beschikken ambulanceverpleegkundigen over discretionaire ruimte. De mate waarin ambulanceverpleegkundigen het idee hebben te beschikken over discretionaire ruimte en de rol die de geselecteerde sociale variabelen spelen in het beslissingsproces komt aan de orde in de volgende paragrafen.

#### **4.1.2 De discretionaire ruimte van ambulanceverpleegkundigen**

Uit paragraaf 4.1.1 is gebleken dat wettelijke bepalingen het beslissingsproces van de ambulanceverpleegkundige en de uitkomst daarvan niet bepalen. Dit betekent dat de opvatting van Ringeling (1978) niet opgaat binnen de ambulancezorg en andere organisaties die protocollen met een juridisch karakter hebben. In de onderhavige paragraaf komt het tweede deel van de probleemstelling aan bod, oftewel de mate waarin ambulanceverpleegkundigen discretionaire ruimte ervaren. De discretionaire ruimte is tevens bevraagd door de uniformiteit in de dienstverlening aan de orde te stellen.

Ten eerste is de discretionaire ruimte direct bevraagd door de vraag te stellen: "Welke mate van discretionaire ruimte ervaart u in de wijze waarop u medisch inhoudelijke werkzaamheden verricht?" Gekozen is aan de beantwoording van deze vraag een vijfpuntsschaal te verbinden zodat de antwoorden van de respondenten eenvoudig met elkaar konden worden vergeleken.

Opvallend is dat geen van de ambulanceverpleegkundigen zij te beschikken over een 'geringe' of 'zeer geringe' mate van discretionaire ruimte. Over het algemeen ervaren ambulanceverpleegkundigen een grote mate van discretionaire ruimte. Meerdere verklaringen worden gegeven voor deze ervaren grote mate van discretionaire ruimte. Ten eerste zien ambulanceverpleegkundigen het protocol zoals eerder aan bod is gekomen veelal als leidraad en wijken zij vaak af van de voorgeschreven diagnose- en behandelcombinaties in het LPA. Indien zij

het LPA (deels) toepassen ervaren zij beslissingsruimte ten aanzien van het protocol dat zij kiezen. Ten tweede zou een ambulanceverpleegkundige door de setting waarin hij werkt meer beslissingen nemen dan een verpleegkundige in het ziekenhuis en zou de ambulanceverpleegkundige eindverantwoordelijk zijn voor de beslissingen die hij neemt.

Uit de citaten is gebleken dat vrijwel alle ambulanceverpleegkundigen de ervaren discretionaire ruimte beargumenteren door deze tegenover het gebruik van het LPA te zetten. Het handelen conform het LPA wordt gezien als gevaarlijk omdat de ambulanceverpleegkundige *"zelf niet meer nadenkt en juist hetgene waar het om gaat er niet meer uitpikt"* (ambulanceverpleegkundige 8) *"en geen maatwerk kan leveren aan de patiënt"* (ambulanceverpleegkundige 3, 5, 16).

Het beschikken over een grote mate van discretionaire ruimte wordt omschreven als *"genoeg ruimte voor eigen ideeën"* (ambulanceverpleegkundige 3), het *"alleen nemen van beslissingen op basis van eigen bevindingen"* (ambulanceverpleegkundige 9) en het *"niet sec uitvoeren van het LPA"* (ambulanceverpleegkundige 16).

Ambulanceverpleegkundigen ervaren dus een grote mate van discretionaire ruimte omdat zij het LPA beschouwen als leidraad en hier eigen ideeën aan toe kunnen voegen. Dit zou leiden tot een diagnose- en behandelproces dat in kleine of grote mate afwijkt van het LPA.

Ambulanceverpleegkundige 14 omschrijft dit als volgt:

*"Het is ook gewoon goed als je het LPA als basis hebt want als het dan een keer moeilijker wordt dan kan je daarop terug vallen. Alleen je moet er een beetje mee spelen, een beetje van jezelf en een beetje van Maggi."*

De mate waarin ambulanceverpleegkundigen over discretionaire ruimte beschikken is tevens indirect onderzocht door te vragen naar de werkwijze van collega ambulanceverpleegkundigen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ambulanceverpleegkundigen beperkt samenwerken en dat dit met name het geval is bij ernstig levensbedreigende situaties zoals reanimaties. Gebleken is dat ambulanceverpleegkundigen vrijwel allemaal wel te maken hebben gehad met collega's die op een geheel andere wijze te werk gingen. Zo geeft één respondent aan dat collega's op een totaal verschillende wijze omgaan met het immobiliseren van kinderen (respondent 4). Een andere respondent geeft aan ooit te maken hebben gehad met een collega die op een geheel eigen wijze een reanimatie uitvoerde. Deze respondent zegt hierover het volgende:

*"Je komt niet altijd in een gespreid bedje terecht, je hebt allerlei verschillende ambulanceverpleegkundigen. Het valt ook wel eens tegen... dat je ergens komt en een collega ergens mee bezig is wat werkelijk nergens op lijkt. (...) Ik heb wel eens gehad dat ik een collega uit moest leggen hoe een reanimatie gedaan moest worden."*  
(ambulanceverpleegkundige 15)

Andere voorbeelden zijn discussies tussen collega's over het al dan niet immobiliseren van patiënten en de constatering dat collega's op een andere wijze handelen hetgeen blijkt uit direct contact tussen de collega's.

Geconcludeerd kan worden dat ambulanceverpleegkundigen een grote mate van discretionaire ruimte ervaren en dat zij ook daadwerkelijk een diversiteit aan medische handelingen waarnemen in overeenkomstige situaties. In de volgende paragraaf wordt stilgestaan bij de benutting van de discretionaire ruimte door één voor één de invloed van de geselecteerde sociale variabelen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan aan de orde te stellen.

#### **4.1.3 De invloed van sociale variabelen op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan**

Zoals reeds in paragraaf 3.2 aan de orde is gesteld is in het onderhavige onderzoek een onderscheid gemaakt in drie groepen sociale variabelen: de ontwerpparameters van de organisatie, de werkomstandigheden en de kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen. In deze paragraaf worden de uitkomsten van het empirisch onderzoek naar de

invloed van de bovenstaande groepen variabelen op het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan aan de orde gesteld.

## **De ontwerpparameters van de organisatie**

### **Scholing**

“De kwaliteit van de geleverde ambulancezorg is in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van zorgverleners” (Ambulancezorg Nederland, 2009b). Tevens zou scholing een cruciale rol spelen in het verlenen van protocollaire zorg aldus Ambulancezorg Nederland (2009b). De gewenste minimale deskundigheid is vertaald in noodzakelijke kennis en vaardigheden en deze zijn opgenomen in een basisopleiding en bijscholingen. Daarnaast neemt de organisatie zogenaamde ‘profchecks’ af om de noodzakelijke kennis en vaardigheden periodiek te toetsen.

#### De invloed van initiële scholing op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Voor de uitoefening van de functie van ambulanceverpleegkundige is naast het afgerond hebben van de HBO opleiding verpleegkunde het volgen van het initiële scholingstraject tot ambulanceverpleegkundige van zeven maanden een vereiste. Het LPA en het bijbehorende boekje ‘de verantwoording LPA’ (Ambulancezorg Nederland, 2009c) zijn lesmateriaal in de opleiding. In de verantwoording van het LPA is terug te vinden welke wetenschappelijke onderzoeken ten grondslag liggen aan de beschreven diagnose- en behandelcombinaties in het LPA. “Alle in de ambulancezorg voorkomende diagnostische en therapeutische handelingen worden getraind en getoetst” aldus de Academie voor Ambulancezorg. De opleiding tot ambulanceverpleegkundige eindigt met een toets waar een protocollentoets deel van uitmaakt. Wanneer ambulanceverpleegkundigen eenmaal de benodigde kennis en vaardigheden geïnternaliseerd hebben en het vereiste gedrag laten zien mogen zij zelfstandig aan de slag.

Op basis van interviews is gebleken dat over de invloed van initiële scholing op het beslissingsproces van een ambulanceverpleegkundige en de uitkomst daarvan geen eenduidige conclusie kan worden getrokken omdat er een grote spreiding zit in het aantal jaren dat de respondenten als ambulanceverpleegkundige werkzaam zijn en de initiële scholing in deze jaren ingrijpend is gewijzigd. Gebleken is wel dat de initiële scholing door respondenten wordt gebruikt als motivatie om af te wijken van het diagnose- en behandelproces dat is voorgescreven in het LPA. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende citaat:

*“Ik ben een beetje van de oude stempel in de zin dat ik ben opgeleid dat je vooral dat moet doen wat nodig is en alles moet weglaten wat niet nodig is. Volgens het protocol bewaking zou je in bijna alle gevallen een waaknaald moeten prikken. Ik kom uit een tijd waarbij je een waaknaald prikt omdat je er iets mee wil of omdat je verwacht dat er iets zou kunnen gebeuren. Ik breng nu soms mensen naar het ziekenhuis zonder waaknaald. In de laatste jaren merk ik dat hier weerstand tegen komt op de SEH. Zij vragen dan waarom geen waaknaald is geprikt. Dan zeg ik omdat ik dat niet nodig vond. Ik vind niet dat je een patiënt extra moet belasten daarnaast heb je sowieso extra kans op infectiegevaar.”*  
(ambulanceverpleegkundige 16)

Omdat alle ambulanceverpleegkundigen te maken krijgen met hetzelfde type bijscholingen en ‘profchecks’, is de invloed van deze instrumenten wel nader geanalyseerd.

#### De invloed van bijscholingen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

De ambulanceverpleegkundige moet per jaar een vastgesteld aantal dagen bijscholing volgen. Deze bijscholingen beïnvloeden het beslissingsproces en de uitkomst daarvan omdat tijdens deze bijscholingen er in het bijzonder wordt stilgestaan bij situaties die in de praktijk beperkt voorkomen en/of situaties waar ambulanceverpleegkundigen onzeker over zijn. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is het uitvoeren van een coniotomie. Doordat de bijscholingen zich concentreren op handelingen die niet veelvuldig voorkomen kunnen de bijscholingen per definitie maar een

beperkte invloed uitoefenen op het gebruik van de discretionaire ruimte. Ook kan deze invloed worden betwist omdat respondenten zich, zoals eerder aan bod is gekomen, nog niet bekwaam voelen om bepaalde risicovolle handelingen en handelingen voorbehouden aan artsen te verrichten omdat zij deze nog nooit in de praktijk hebben uitgevoerd. Uit de interviews is gebleken dat bijscholingen en de daaruit voortvloeiende oefeningen immers slechts de werkelijkheid kunnen benaderen.

#### De invloed van 'profchecks' op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Tot slot legt de ambulanceverpleegkundige eens per vijf jaar een 'profcheck' af, waarin eveneens wordt gekeken of de "protocollen naar behoren worden toegepast" aldus Ambulancezorg Nederland (2006).

De overgrote meerderheid van de ambulanceverpleegkundigen beschouwen de profcheck op een negatieve wijze. Zij omschrijven de profcheck als "toneelspel" en geven aan dat de organisatie door middel van de profcheck geen inzicht krijgt in de wijze waarop ambulanceverpleegkundigen in de praktijk de werkzaamheden verrichten. Volgens hen laat het alleen zien of iemand in een aangekondigde situatie, na het meerdere malen oefenen, conform de bekend gestelde beoordelingscriteria (Academie voor Ambulancezorg, z.j.b), kan handelen. De respondenten geven aan goed te weten wat de Academie voor Ambulancezorg wil zien en zeggen dit dan ook te laten zien. Onderstaande citaten illustreren waarom de profchecks het gebruik van de discretionaire ruimte niet in lijn brengen met de voorgeschreven diagnose- en behandelcombinaties in het LPA:

*"Ik weet dat zo'n commissie juist wil zien dat je niet van het LPA afwijkt. Dat is hun doel waarmee ze me komen bekijken. Ik bevredig dit doel en ga niet laten zien dat ik het anders doe."* (ambulanceverpleegkundige 12)

*"Ik kijk met gemengde gevoelens naar de profcheck want het heeft een hoog theatergehalte, je moet een kunde stukje doen. (...) Er wordt één keer in de vijf jaar gekeken hoe je één casus doet en voor de rest wordt er nooit naar gekeken."* (ambulanceverpleegkundige 5)

Uit de interviews is gebleken dat MMA grote voorstanders zijn van de profcheck. Zij verwachten op basis van de profchecks een goed inzicht te krijgen in de wijze waarop ambulanceverpleegkundigen het werk uitvoeren. Geconstateerd is dat één van de MMA de afname van de profcheck heeft verhoogd naar eenmaal per jaar.

De teamleiders daarentegen staan kritischer tegenover de profcheck. Dit komt voort uit het feit dat zij ook in de functie van ambulanceverpleegkundige werkzaam zijn geweest. Zij zien het als een waardevol instrument maar zien een meerwaarde in een realistischere toetsing, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing.

Geconcludeerd kan worden dat er geen eenduidige conclusie kan worden getrokken over de invloed van de initiële opleiding op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan. De bijscholingen daarentegen beïnvloeden de benutting van de discretionaire ruimte slechts in beperkte mate. Tot slot is gebleken dat de 'profcheck' het dagelijkse beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen niet beïnvloedt en dat dit instrument ook geen goede graadmeter voor de organisatie is om te bepalen of ambulanceverpleegkundigen het diagnose- en behandelproces overeenkomstig het LPA verrichten.

#### **Hiërarchische controle**

Uit de documentenanalyse en interviews is gebleken dat er binnen de ambulancezorg een bepaalde gelaagdheid in functionaliteiten is aangebracht, er zijn: MMA oftewel de artsen, teamleiders en ambulanceverpleegkundigen. De MMA is op medisch vlak eindverantwoordelijk binnen de organisatie, hij geeft middels het LPA opdrachten aan de ambulanceverpleegkundigen (Ambulancezorg Nederland e.a., 2005). De ambulanceverpleegkundige is verantwoordelijk voor het

aannemen van deze opdrachten (Ambulancezorg Nederland e.a., 2005). De teamleider fungeert als leidinggevende op gebieden die geen betrekking hebben op geneeskundige handelingen.

#### De mate waarin teamleiders het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kunnen beïnvloeden

Op basis van de interviews is in eerste instantie onderzocht op welke wijze de hiërarchische controle door de MMA en teamleiders kan worden uitgeoefend en daadwerkelijk wordt uitgeoefend. Gebleken is dat teamleiders het beslissingsproces en de uitkomsten daarvan vrijwel niet beïnvloeden omdat zij zich met name focussen op kwantitatieve aspecten zoals controlelijsten met betrekking tot de ambulance, aan- en uitruktijden, tankgedrag en vrijmeldtijden. Zij beïnvloeden het beslissingsproces dat ten grondslag ligt aan de primaire werkzaamheden niet omdat zij de ritformulieren niet nakijken op de medisch inhoudelijke handelingswijze maar met name op leesbaarheid, netheid en compleetheid. Zij zijn van mening dat de MMA over de medische inhoudelijke handelingswijze gaat en dat wanneer de MMA zich niet goed vertegenwoordigd voelt deze de discussie aan moet gaan met de betreffende ambulanceverpleegkundige. De wijze waarop teamleiders invulling geven aan deze hiërarchische controle kan naast de gescheiden verantwoordelijkheden van de MMA en teamleider worden verklaard aan de hand van het feit dat de teamleiders zelf jarenlang binnen dezelfde organisatie als ambulanceverpleegkundige gewerkt hebben. Eén van de respondenten omschrijft dit als volgt:

*"Het is lastig omdat nog wordt geappelleerd aan mijn ambulanceverpleegkundige zijn terwijl ik nu echt met een andere pet op zit. Ik moet wel eens in de verdediging omdat ik nu moeilijk kan zeggen met de bloeddruk maar niet, want de MMA zegt dat het moet. Ik kan dit niet met droge ogen omdat ik daar ook een professionele mening over heb als verpleegkundige. Deze mening spoort soms niet helemaal met het beleid. Ik probeer altijd te vertellen hoe het zit en daar heel weinig mijn eigen ding in te mengen. Als ambulanceverpleegkundigen er dan nog niet uitkomen dan gaan ze maar naar de MMA."* (ambulanceverpleegkundige 19)

Toch komen teamleiders soms tot ontdekkingen die iets zeggen over het diagnose- en behandelproces van ambulanceverpleegkundigen en daarmee over de mate waarin er al dan niet conform het protocol wordt gewerkt. Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van het volgende citaat:

*"Ik weet dat er bijvoorbeeld een hele hoop lachgas gebruikt wordt. Ik zie de facturen in en denk dan dat verbruiken we nooit. Dus of er wordt gestolen (...) of er zijn collega's die bijvoorbeeld iemand met hyperventilatie lachgas toedienen. Ik weet dat lachgas een goed middel is om iemand rustiger te krijgen, maar ik weet ook dat er geen enkel protocol hier opdracht toe geeft."* (teamleider 19)

Omdat de teamleiders naar aanleiding van deze constatering geen verdere actie hebben ondernomen zorgen zij er niet voor dat in termen van Mascini (2004, p.20) ambulanceverpleegkundigen in mindere mate van "heersende beslisnormen afwijken".

#### De mate waarin MMA het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kunnen beïnvloeden

In tegenstelling tot de teamleiders geven de MMA aan actief te controleren op de medisch inhoudelijke beslissingen. Omdat ambulanceverpleegkundigen jaarlijks ruim een miljoen 'ultieme' beslissingen nemen en iedere ambulanceverpleegkundige jaarlijks gemiddeld 500 ambulanceritten uitvoert is het door het kleine aantal MMA per organisatie slechts mogelijk een beperkte hoeveelheid ritformulieren te controleren.

Daarnaast zijn de MMA bij het uitoefenen van deze controle afhankelijk van de informatie die zij door middel van de ritformulieren en de groene formulieren krijgen verschaft. De informatie op de ritformulieren is afkomstig van de ambulanceverpleegkundige en de informatie op de groene formulieren is een reactie van het ziekenhuis en zou een terugkoppeling moeten bevatten ten aanzien van het diagnose- en behandelproces van de ambulanceverpleegkundige. De MMA geven

aan dat de terugkoppeling uit de ziekenhuizen nog beperkt is en vaak toeziet op bejegening of simpele dingen zoals het niet hebben ingebracht van een infuusnaald. Daarnaast geven de MMA aan dat zij deze informatie kritisch beschouwen omdat binnen ziekenhuizen andere protocollen worden gehanteerd en de ziekenhuizen ook eigen belangen hebben. Deze kritische beschouwing van de informatie afkomstig uit ziekenhuizen kan geïllustreerd worden aan de hand van het volgende citaat:

*"Ik heb altijd de aanname dat de werkelijkheid in het midden ligt en ik geloof nooit één van beide partijen zonder dat ik de feiten heb kunnen vergelijken. Iedere partij in de ketenzorg kan eigen belangen hebben om het verhaal naar zijn kant uit te leggen. Dat geldt zeker voor grote academische ziekenhuizen waar ze iedere drie maanden nieuwe artsen hebben en waar vaak genoeg dingen fout gaan. Dus ik probeer de feedback van ziekenhuizen zorgvuldig en soms defensief te plaatsen."* (MMA 18)

De organisaties die ambulancezorg verlenen blijken gezien de geringe kwantiteit en kwaliteit van de groene formulieren uit de ziekenhuizen primair afhankelijk te zijn van de informatie die de ambulanceverpleegkundige zelf op het ritformulier invult. Slechts een aantal metingen zoals een ElektroCardioGram (ECG) kunnen direct door de MMA worden benaderd. Veel metingen worden uitsluitend middels apparatuur uitgevoerd maar deze worden niet direct geregistreerd, dit behoort de ambulanceverpleegkundige op het ritformulier te doen. Geconcludeerd kan worden dat ambulanceverpleegkundigen over een informatiemonopolie beschikken en daarom is gevraagd of ambulanceverpleegkundigen de ritformulieren doorgaans waarheidsgetrouw invullen en waarom zij dit wel of niet doen. Ondanks het feit dat de mate waarin ambulanceverpleegkundigen het ritformulier waarheidsgetrouw invullen moeilijk te onderzoeken was hebben enkele respondenten expliciet aangegeven dat de wijze waarop zij het ritformulier invullen niet altijd overeenkomt met de uitvoeringspraktijk. Zo gaf respondent 12 aan niet altijd de standaardmetingen (zoals het meten van de bloeddruk) uit te voeren maar deze informatie wel op het ritformulier te schrijven. Respondent 5 gaf het onderstaande aan:

*"Ook qua pijnbestrijding, ik geef wel eens meer en dan schrijf ik het wel volgens het LPA op het ritformulier. Anders krijg je weer herrie. Dan zeg ik bijvoorbeeld de patiënt weegt 100 kg terwijl de patiënt eigenlijk 80 kg weegt. Je moet er ook een beetje mee spelen, als je heel eerlijk bent dan kan je jezelf een oor aannaaien en krijg je elke keer feedback van de MMA."* (ambulanceverpleegkundige 5)

Opgemerkt kan worden dat veel ambulanceverpleegkundigen die aangeven altijd eerlijk te zijn op het ritformulier nog weinig feedback hebben gehad op afwijkende ritformulieren. De respondenten zien dit als bevestiging dat een dergelijke afwijkende handelingswijze door de organisatie wordt toegestaan en binnen de kaders van verantwoorde ambulancezorg valt, ondanks dat de kans groot is dat de MMA deze ritformulieren er bij de steekproef niet uitgehaald heeft.

Tevens is aan de MMA gevraagd welke informatie zij vaak of juist nooit in de ritformulieren tegen komen. Gebleken is dat ambulanceverpleegkundigen regelmatig aangeven waarom medicatie niet is toegediend maar slechts zelden in ritformulieren aangeven dat er andere medicatie is toegediend dan de voorgeschreven medicatie in het LPA. MMA 18 geeft aan zich wel te herinneren in ritformulieren het gebruik van morfine als pijnstiller te zijn tegengekomen. Deze respondent (MMA 18) geeft aan dat dit incidenten zijn maar hier wel streng op te anticiperen door aan te geven dat het blijven gebruiken van morfine als pijnstiller zal leiden tot verregaande maatregelen.

Geconcludeerd kan worden dat hiërarchische controle het beslissingsproces van een ambulanceverpleegkundige en de uitkomst daarvan slechts beperkt kan beïnvloeden omdat de MMA weinig groene formulieren krijgt toegestuurd die noodzakelijke informatie verschaffen en enkele ambulanceverpleegkundigen de informatie op ritformulieren ook manipuleren.

## De invloed van hiërarchische controle op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Ambulanceverpleegkundigen hebben in de interviews aangegeven sporadisch een terugkoppeling te ontvangen van de MMA op eerdere beslissingen. Daarnaast ontvangen zij vaak geen persoonlijke terugkoppeling, maar een terugkoppeling per email. In uitzonderlijke gevallen wordt met ambulanceverpleegkundigen een gesprek gearrangeerd. Hoe uitzonderlijk deze gevallen zijn blijkt uit het volgende citaat:

*"Als het ernstige problemen zijn dan worden het één op één gesprekken. Die heb ik in het afgelopen jaar vijf keer gehad. Het betreft dat ambulanceverpleegkundigen die evident buiten het protocol treden danwel die evident iemand hebben doodgemaakt. Niet expres, maar hun handelen heeft er materieel toe geleid dat niet de juiste zorg is gegeven."* (MMA 18)

Het contact met de MMA is beperkt en dit verklaart volgens de ambulanceverpleegkundigen dat zij weinig en niet snel contact opnemen met de MMA indien zij van het diagnose- en behandelproces af willen wijken met betrekking tot aan artsen voorbehouden handelingen.

De algemene zienswijze van de ambulanceverpleegkundigen over de hiërarchische controle kan als volgt geformuleerd worden. De stap om naar een teamleider toe te gaan wordt laagdrempeliger beschouwd dan de stap om naar een MMA toe te gaan, het persoonlijk contact met de MMA wordt beschouwd als zeer beperkt, de feedback van de MMA op een ritformulier zou vaak niet verder gaan dan het schriftelijk maken van een opmerking en de MMA zouden te weinig meedraaien in het primair proces.

Geconcludeerd kan worden dat er slechts een beperkte mate van hiërarchische controle mogelijk is en dat hiërarchische controle het beslissingsproces en de uitkomst daarvan vrijwel niet beïnvloedt. De respondenten in de functie van ambulanceverpleegkundigen hebben veelvuldig aangegeven dat de feedback die zij per email van de MMA krijgen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan zelden beïnvloeden. Doordat persoonlijk contact en de tijd voor een toelichting op de feedback ontbreekt speelt de sociale variabele hiërarchische controle een beperkte rol in het beslissingsproces.

## **Klachtenprocedures**

### De mate waarin klachtenprocedures het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kunnen beïnvloeden

Uit de interviews is gebleken dat de organisaties waar interviews zijn gehouden jaarlijks afzonderlijk minder dan tien klachten ontvangen. Naast het lage aantal klachten hebben de klachten met name betrekking op bejegening en niet op het diagnose- en behandelproces van de ambulanceverpleegkundige. Daarnaast is het zo dat de primaire werkzaamheden van de ambulancezorg moeilijk zijn te operationaliseren. Hiermee wordt bedoeld dat de invloed van de zorgverlening en het verloop van het proces dat zou hebben plaatsgevonden zonder acute (protocollaire) hulpverlening in veel gevallen niet in beeld te brengen is. Eén van de MMA illustreert dit aan de hand van het volgende citaat:

*"Daarom komen we er ook mee weg. Omdat het merendeel van de patiënten, of je nou wel of niet wat doet, toch wel beter wordt of komt te overlijden als je pech hebt. (...) Ik denk dat het nog geen 10% van onze spoedpopulatie is waarbij wij het verschil uitmaken tussen overlijden of niet. In heel veel gevallen maakt het niet uit of dat ambulanceverpleegkundigen nou wel of niet één mg van dit of twee mg van dat geven. Daarom is de hele discussie rond het volgen van protocollen niet zo bepalend voor het beeld dat er bestaat over de ambulancezorg. De situaties waarin het er echt om gaat zijn de 'scoop and run' situaties, zoals reanimaties. Bij reanimatiesituaties is de overlevingskans per definitie bedroevend laag. Dan is er toch niemand die daar over zeurt, of er nou wel of niet een protocol is gevolgd."* (MMA 18)

Ondanks het relatief lage aantal klachten waar de organisaties die ambulancezorg verlenen mee te maken krijgen heeft de helft van de respondenten in zijn loopbaan te maken gehad met één of meerdere klachten. Dit kan verklaard worden aan de hand van de huidige lange gemiddelde functieduur van de ambulanceverpleegkundigen van ruim dertien jaar.

Gebleken is dat de helft van het aantal respondenten die ooit een klacht kregen een klacht kreeg die betrekking had op de medische inhoudelijke handelingswijze. Geconstateerd is dat deze klachten voornamelijk afkomstig waren van het beperkte publiek met een medische achtergrond. Een tweetal respondenten heeft te maken gehad met een gegrond verklaarde klacht met betrekking tot de verleende medische zorg.

Omdat ambulanceverpleegkundigen in hun relatief lange loopbaan doorgaans met één klacht te maken krijgen die in de meeste gevallen geen betrekking heeft op het diagnose- en behandelproces kunnen klachtenprocedures het beslissingsproces en de uitkomst daarvan slechts beperkt beïnvloeden.

#### De invloed van klachtenprocedures op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Uit de interviews is gebleken dat respondenten die direct te maken hebben gekregen met een gegrond verklaarde klacht de betreffende medische handelingswijze hebben aangepast en meer conform het LPA werken. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende citaat:

*"Toen zijn we in gesprek gegaan, waar het toen op neerkwam is dat een patiënt ter plaatse laten ten alle tijden mijn verantwoordelijkheid blijft zolang de huisarts iemand niet persoonlijk gezien heeft. Juridisch gezien is het dus mijn verantwoordelijkheid, mijn beslissing dat ik iemand thuis laat (...). Dat maakt mij nu heel voorzichtig en maakt het heel erg lastig om een patiënt niet mee te nemen (...). Dus nu, patiënten met een TIA gaan ten alle tijden met me mee."* (ambulanceverpleegkundige 14)

Gebleken is wel dat de betreffende ambulanceverpleegkundigen alleen de werkwijze hebben aangepast waar de klacht op toezag. Dat deze ambulanceverpleegkundigen de specifieke werkwijze waar de klacht betrekking op had aangepast hebben kan verklaard worden uit het gegeven dat deze respondenten de inhoud van de klacht en de afhandeling van de klacht nog tot in detail kunnen beschrijven en de betreffende situatie nooit meer wensen mee te maken. Dit blijkt uit het volgende citaat:

*"Het zijn wel de casuïstieken die ik nog steeds kan opnoemen en blijven hangen. Ik heb die klachten allemaal thuis nog bewaard en ik baal van deze klachten... niet zozeer omdat ik het zelf niet goed heb gedaan maar omdat het voor die patiënt niet goed is gegaan. Bij de ene patiënt is het echt verkeerd afgelopen en de andere patiënt is wel weer hersteld. Het blijft een soort angel."* (ambulanceverpleegkundige 8)

Kortom, ambulanceverpleegkundigen die te maken hebben gehad met een gegrond verklaarde klacht die betrekking heeft op het diagnose- en behandelproces hebben het diagnose- en behandelproces waar de klacht op toe zag aangepast en zijn op dit gebied conform het LPA gaan werken.

#### **Werkomstandigheden**

##### **Publiek**

#### De mate waarin publiek het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kan beïnvloeden

Zoals eerder aan de orde is gesteld in paragraaf 4.1.3 krijgen ambulanceverpleegkundigen slechts beperkt te maken met publiek dat medisch onderlegd is en een oordeel zou kunnen vellen over de medische beslissingen die een ambulanceverpleegkundige neemt. Uit de interviews is gebleken dat er diverse situaties zijn waarin het publiek op een afstand wordt gehouden of de patiënt in de ambulance wordt behandeld. Geconcludeerd kan daarom worden dat het publiek met name in



acute levensbedreigende situaties slechts een beperkte invloed uit kan oefenen op het diagnose- en behandelproces van de ambulanceverpleegkundige.

#### De invloed van publiek op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Uit de interviews is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen verschillend omgaan met publiek en dat er twee groepen van elkaar te onderscheiden zijn. De eerste groep ambulanceverpleegkundigen laten het diagnose- en behandelproces nauwelijks beïnvloeden door publiek. Zij houden het publiek op afstand of kiezen ervoor het gekozen behandelproces uit te leggen. Daarnaast relativeren zij veelal de emoties van het publiek door op een rationele wijze naar de situatie te kijken. Een uitspraak van respondent 5 is hier een treffend voorbeeld van:

*"Ik heb nog nooit gehad dat een kind een reanimatie overleefde maar wel dat volwassenen een reanimatie overleefden. Als je er rationeel naar kijkt dan denk ik na een kwartier: nog geen ritme, geen output, kind haalt geen adem, geen bloeddruk..we stoppen ermee. Dit is rationeel gezien een hele makkelijke keuze (...). Ik ben iemand die kijkt wat zegt de literatuur, wat zijn de onderzoeken. Aan de ene kant kan dit heel makkelijk zijn aan de andere kant... je gevoel zegt ook wat. Maar als je echt weet dat iets zinloos medisch handelen is, dan moeten we het gewoon niet doen. Mensen mogen ook een keer overlijden. (..) Mensen hebben ook recht om menswaardig te overlijden en niet tot moes gereanimeerd te worden."* (ambulanceverpleegkundige 5)

De tweede groep ambulanceverpleegkundigen en de teamleiders geven anderzijds aan dat het publiek wel degelijk invloed uit kan oefenen op medische beslissingen. Het gaat dan bijvoorbeeld om situaties waarin er een gedegen angst voor agressie heerst (bijvoorbeeld bij een reanimatie op een zigeunerkamp) en het emotioneel geruststellen van directe familie en vrienden (bijvoorbeeld in het geval een kind een koortsstuip heeft gekregen). Familie en vrienden van de patiënt zijn veelal van mening dat de patiënt naar het ziekenhuis gebracht moet worden. De respondenten hebben zelf geen twijfel en zijn er van overtuigd dat geen acute behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk is, toch gaan zij over tot vervoer naar het ziekenhuis om de familie gerust te stellen. Dit leidt in vrijwel alle gevallen tot het afwijken van het behandelproces in het LPA.

Kortom een deel van de ambulanceverpleegkundigen wordt in het nemen van medische beslissingen beïnvloed door directe familieleden en vrienden van de patiënt en wijkt af van het LPA.

### **Tijd**

#### De invloed van tijd op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

In het ambulancewerk wordt er een onderscheid gemaakt tussen situaties waarin direct vervoerd moet worden omdat de situatie zodanig levensbedreigend is dat geen seconde verloren kan gaan, de zogenaamde 'scoop and run' situaties en de overige gevallen oftewel de 'stay and play' situaties. Een 'scoop and run' situatie is in de ambulancezorg dus een situatie waarin een grote mate van tijdsdruk aanwezig is. In 'scoop and run' situaties gaat het om acute levensbedreigende problematieken zoals een reanimatie of een levensbedreigende steekwond. Het verlenen van ambulancezorg heeft veelal een spoedeisend karakter. Zo is 67% van de ambulanceritten spoedeisend, zo blijkt uit de website van Ambulancezorg Nederland.

Opvallend is dat de respondenten een hogere tijdsdruk als inherent aan de functie beschouwen. Zij hebben hier mee leren werken. Gebleken is dat de ambulanceverpleegkundigen over het algemeen systematischer werken tijdens reanimaties. In deze situatie is er sprake van een hoge tijdsdruk. Op basis van de interviews is echter niet gebleken dat de tijdsdruk verantwoordelijk is voor deze systematischere werkwijze. De respondenten gaven aan het vooral prettiger te vinden om in deze situaties systematischer te werken.

De ambulanceverpleegkundigen hebben wel aangegeven dat een hogere tijdsdruk er voor zorgt dat er bepaalde protocollaire handelingen worden overgeslagen zoals bijvoorbeeld het prikken van een infuus. Eén van de respondenten gaf een sprekend voorbeeld:

*"Als het 'scoop and run' wordt dan ga je je protocol zoveel mogelijk proberen te doorlopen maar slechts in de tijd die je hebt om naar het ziekenhuis te komen, want dat lijkt het enige te zijn dat die patiënt nog kan redden. Bijvoorbeeld iemand heeft een bloeding in de buik. Je kan zuurstof geven, een infuus prikken maar daar ga ik die patiënt niet mee redden, want al die minuten die het kost om dat infuus te prikken is de patiënt meer bloed verloren. Het enige medicijn dat dan werkelijk helpt is Diesel."* (ambulanceverpleegkundige 11)

Er kan geen eenduidige conclusie worden getrokken over de invloed van tijd op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan. Wel is gebleken dat respondenten in bepaalde 'scoop and run' situaties door de beperkte tijd eerder protocollaire handelingen overslaan. De respondenten maken dan zelf een keuze in handelingen die noodzakelijk zijn om het leven van de patiënt te redden en handelingen die niet of minder noodzakelijk zijn.

## **De kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen**

### **Ervaring**

#### Loopbaan en duur huidige functievervulling

Zoals reeds aan de orde is gesteld in paragraaf 3.2 hebben alle respondenten in de functie van ambulanceverpleegkundige een ruim aantal jaren ervaring in de klinische zorgverlening. Specialistische afdelingen waar zij werkzaam zijn geweest zijn: de Spoedeisende Hulp (SEH), de Intensive Care (IC), de anesthesie en hartbewaking. In de huidige functie zijn de ambulanceverpleegkundigen gemiddeld 13 jaren werkzaam.

#### De invloed van ervaring op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Op grond van de oriënterende gesprekken is gebleken dat ervaring een variabele zou kunnen zijn die een grote invloed heeft op het diagnose- en behandelproces van ambulanceverpleegkundigen. Aan de hand van deze gesprekken is een onderscheid gemaakt in verschillende soorten ervaringen namelijk:

- eerdere werkervaring in de klinische zorg;
- één specifieke ervaring met betrekking tot het verlenen van ambulancezorg;
- meerdere ervaringen met betrekking tot één type diagnose- en behandelproces;
- ervaringen met betrekking tot de wijze waarop de behandeling in het ziekenhuis wordt voortgezet.

De invloed van deze verschillende soorten ervaringen op het diagnose- en behandelproces komen nu één voor één aan bod.

Ten eerste handelen ambulanceverpleegkundigen veelal op basis van een ruime ervaring in de klinische zorg. Het specialisme waarin zij afwijken wordt bepaald door het specialisme waarin zij ervaring hebben opgedaan. Zo geven ambulanceverpleegkundigen die werkzaam zijn geweest op de anesthesie eerder een hogere dosis medicatie omdat zij hier vertrouwd mee zijn. Hetzelfde geldt voor ambulanceverpleegkundigen die werkzaam zijn geweest op de hartbewaking, zij geven eerder meerdere dosissen nitroglycerinespray (vaatverwijder).

Ten tweede is uit de interviews gebleken dat één situatie in het bijzonder het diagnose- en behandelproces van de ambulanceverpleegkundige op een specifiek gebied prominent kan

veranderen. Het betreft situaties waarin de klachten van een patiënt zich geheel anders hebben gepresenteerd dan dat op basis van het letsel verwacht kon worden. Omdat de meerderheid van de respondenten een dergelijke situatie heeft meegemaakt en daarom het diagnose- en behandelproces heeft aangepast is de invloed van de betreffende situatie op toekomstige beslissingen relatief groot. Een tweetal respondenten beschrijft de invloed van één specifieke ervaring op de toekomstige werkwijze als volgt:

*"We hebben heel voorzichtig gedaan met die patiënt. Op een gegeven moment werd die weer stabiel.. we hebben hem toen een nekkraag omgedaan en op de wervelplank naar het ziekenhuis gebracht. In het ziekenhuis hebben ze toen foto's van zijn nek gemaakt, de patiënt had twee fractures. Waarschijnlijk hebben we deze patiënt moeten reanimeren naar aanleiding van deze fractures. (...) De patiënt had met zijn fiets een kleine klap gemaakt maar was oud, had botontkalking en had de pech dat hij net even ongelukkig viel. Dit houd ik nu wel in mijn achterhoofd. Iedere bejaarde die thuis valt... daar moet je dus rekening mee houden dat die iets gebroken zou kunnen hebben."* (ambulanceverpleegkundige 14)

*"Een patiënt was gevallen met de brommer en had een dijbeenbreuk. Ik heb alles afgevoeld en die jonge knul had verder echt niets...dus heb ik hem niet op de wervelplank gelegd. In het ziekenhuis vonden ze dat ik niet goed gehandeld had. Ik voelde me daar zo vervelend door en ging twijfelen. In het ziekenhuis gaven ze aan dat wanneer je het dijbeen breekt de patiënt erg hard ten val moet zijn gekomen. Ik kneep hem toen wel en heb de volgende dag navraag gedaan over de situatie van de patiënt. (...) Toen ik thuis was dacht ik dat zal ik NOOIT meer doen, als ik twijfel vervoer ik een patiënt op de wervelplank. Je hebt zelf ook geen leven als het fout gaat, dat heb ik hier wel van geleerd."* (ambulanceverpleegkundige 9)

Ten derde zijn er situaties waarin ambulanceverpleegkundigen eerder in de loopbaan wel het in het LPA voorgeschreven diagnose- en behandelproces toepasten en op een later moment hebben besloten bepaalde stappen uit het behandelproces over te slaan, stappen aan dit proces toe te voegen of af te wijken van de essentie van het LPA. Uit de interviews is tevens gebleken dat de MMA sommige diagnose- en behandelcombinaties na verloop van tijd bijstellen, hier zal eerst bij stil worden gestaan.

Uit de interviews met de MMA, teamleiders en ambulanceverpleegkundigen is gebleken dat organisaties die ambulancezorg verlenen zelf op basis van ervaring afwijken van deelprotocollen van het LPA en op eigen initiatief regionale protocollen ontwikkelen. Eén van de MMA (respondent 7) geeft aan dat er binnen de organisatie waar hij/zij werkzaam voor is ongeveer acht regionale protocollen zijn ontwikkeld. De respondent benadrukt dat dit een heel laag aantal is omdat er in andere regio's tussen de dertig en veertig regionale protocollen zijn ontwikkeld. Respondent 7 geeft de volgende toelichting op het ontwikkelen van regionale protocollen:

*"Ik vind het LPA echt een meerwaarde hebben en ik vind dat een regionaal protocol pas gerechtvaardigd is als op basis van regionale omstandigheden kan worden aangetoond dat van het LPA moet worden afgeweken. Bijvoorbeeld omdat ik ervan overtuigd ben dat we hier in de regio door de verdeling van onze ziekenhuizen, of de deskundigheid van wellicht één speciaal ziekenhuis echt beter voor de patiënt kunnen zorgen dan in het LPA staat. Dan vind ik het ook onze verplichting om een regionaal protocol te maken."* (MMA 7)

Het afwijken van het LPA zou voortkomen uit het verschil in de regionale omstandigheden. Eén van de teamleiders (respondent 1) heeft echter een voorbeeld gegeven van een regionaal protocol in de reanimatiesetting waarbij eerst de werkplek georganiseerd dient te worden alvorens het hartritme wordt beoordeeld. Dit is een regionaal protocol waarvan het maar de vraag is of een afwijking in deze werkwijze op basis van regionale argumenten is gemaakt.

Zoals op de vorige bladzijde aan bod is gekomen passen ambulanceverpleegkundigen op basis van meerdere ervaringen met betrekking tot één type diagnose- en behandelproces beslissingen aan

door beschreven stappen in het LPA over te slaan, stappen toe te voegen of door af te wijken van de essentie van het LPA.

#### *Het overslaan van stappen uit het LPA*

Uit de interviews is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen voornamelijk stappen overslaan uit het protocol 'monitoring', het protocol 'wervelkolom indicaties fixatie' en in situaties waarin er sprake is van pijnbestrijding bij een trauma.

Het protocol 'monitoring', oftewel het op drie tijdstippen meten en noteren van gegevens van vitale functies, wordt door de meerderheid van de ambulanceverpleegkundigen als overbodig aangemerkt. De reden hiervoor is dat ambulanceverpleegkundigen in het begin van hun loopbaan standaardmetingen, zoals het meten van de bloeddruk en saturatie, veelvuldig hebben uitgevoerd. Ambulanceverpleegkundigen menen op basis van deze ervaring de professionaliteit te bezitten om op basis van een korte observatie vast te stellen of bijvoorbeeld de saturatie goed is. Daarnaast zijn zij van mening dat het niet uitvoeren van standaardcontroles tijdwinst oplevert voor de patiënt, hetgeen betekent dat de patiënt eerder behandeld kan worden. Respondent 3 illustreert de keuze af te wijken van de standaardcontroles als volgt:

*"Ik wijk af van protocollen in het belang van de patiënt. Als ik nu ergens binnen kom en zie dat de patiënt stik benauwd is dan zou je eerst de longen moeten beluisteren en andere zaken moeten controleren. Je kan daar ook sneller doorheen lopen zodat de patiënt eerder behandeld kan worden. Je moet dan natuurlijk wel weten wat je doet. Dan sla je een stukje over, dat heb je dan vanuit ervaring al gezien. Als ik binnen kom hier dan kijk ik naar jou en dan denk ik die ziet er mooi gesatureerd uit, die haalt adem, praat tegen mij. In vier seconde heb ik dan de standaard controles gedaan maar niet volgens het protocol want dan moet je de ademhalingen tellen, naar de longen luisteren, geregeld de bloeddruk meten, saturatie meten. Ik zie wel aan jouw neus dat je een goede saturatie hebt. Ik neem nu dingen aan op basis van wat ik zie maar niet op basis van wat ik meet. Ik kan er nu vanuit gaan dat ik gelijk heb omdat ik dit een paar honderd keer gezien heb. Je doet gewoon heel veel met je ervaring."* (ambulanceverpleegkundige 3).

Ook het overslaan van protocollaire stappen in het geval van pijnbestrijding bij een trauma is een voorbeeld dat onderschrijft dat ambulanceverpleegkundigen veelvuldig van het LPA afwijken en zelf beargumenteerd keuzes maken over de zorg die zij leveren. Uit de interviews is gebleken dat de eerste protocollaire stap, het toedienen van 'Fentanyl' (morphinepreparaat) vaak wordt overgeslagen en er meteen over wordt gegaan op de tweede protocollaire stap, het toedienen van 'Esketamine' (verdoovingsmiddel). Meerdere ambulanceverpleegkundigen stellen dat zij direct 'Esketamine' toedienen omdat zij de ervaring hebben dat dit middel direct de pijn verzacht en tevens langer werkt dan 'Fentanyl'. Ook in deze situatie wijken ambulanceverpleegkundigen weer af omdat zij van mening zijn dat zij de pijn van de patiënt door het gebruik van 'Esketamine' beter en langer verzachten.

#### *Het toevoegen van niet protocollaire handelingen aan het diagnose- en behandelproces*

Ook het toevoegen van stappen in de behandeling die niet protocollair zijn voorgeschreven vindt plaats. Eerder is beschreven dat een teamleider tot de ontdekking kwam dat er buiten proportionele hoeveelheden lachgas worden gebruikt. Deze teamleider veronderstelde dat ambulanceverpleegkundigen dit gebruiken bij hyperventilatie ondanks dat dit niet conform het LPA is. Uit de interviews is gebleken dat inderdaad meerdere ambulanceverpleegkundigen gebruik maken van lachgas bij een hyperventilatie. Ambulanceverpleegkundigen die lachgas gebruiken in bovengenoemde situatie doen dit omdat zij op basis van ervaring van mening zijn dat dit een effectieve interventie is. Eén van de respondenten zegt hierover het volgende:

*"Er zijn zaken zoals hyperventilatie waarbij we allemaal weten dat als in een zakje blazen en wat rustig op patiënten inpraten niet werkt dat je de patiënt ook met lachgas even weg kan brengen. De patiënt valt dan even in slaap en weet op een later moment niet meer dat*

*hij stress had en snel aan het ademen was. Dit staat niet beschreven in het LPA, je brengt een patiënt dan eigenlijk even onder narcose.” (ambulanceverpleegkundige 16)*

Het gebruiken van lachgas is echter een veelbesproken onderwerp. Zo heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziekenhuizen opgeroepen zeer terughoudend te zijn met lachgas omdat lachgas waarschijnlijk gevaarlijk zou leveren voor ongeboren kinderen in de eerste maanden van zwangerschap (ANP Den Haag). Uit jurisprudentie (zaaknummer:285798 / HA ZA 07-1240) is gebleken dat “het causale verband tussen de piekblootstelling aan lachgas en de geboortedefecten van de kinderen evenals het causale verband tussen de voornoemde blootstelling en de miskramen ontbreekt”. In de jurisprudentie komt echter wel naar voren dat het hebben van een gedegen afzuiginstallatie een vereiste is. Dit heeft ertoe geleid dat het Haagse ziekenhuis Leyenburg sinds 2005 geen lachgas meer gebruikt op verloskamers en bij kleine ingrepen buiten operatiekamers (zie bijlage 7).

Eén van de respondenten stelt deze risico's aan de orde. Hij/zij geeft aan altijd te vragen of een patiënte zwanger is omdat hij/zij zich bewust is van het feit dat lachgas gevaarlijke bijwerkingen heeft voor het ongeboren kind.

De respondent zegt hierover het volgende:

*“Je moet heel goed op de hoogte zijn van de bijwerkingen van lachgas. Er zijn de laatste tijd onderzoeken uitgebracht over verpleegkundigen die heel veel met lachgas werkten en die kinderen kregen met syndromen. Je moet daarom altijd wel even voor de netheid vragen aan een patiënt of zij zwanger is.” (ambulanceverpleegkundige 16)*

Het gebruik van lachgas is een treffend voorbeeld van het feit dat ambulanceverpleegkundigen over discretionaire ruimte beschikken en deze ruimte voor een groot deel benutten op basis van eigen ervaringen. Dit voorbeeld is tevens van belang omdat het bekrachtigt dat wettelijke bepalingen het diagnose- en behandelproces niet bepalen. Indien dit wel het geval zou zijn zouden ambulanceverpleegkundigen immers niet besluiten een dergelijke risicovolle handeling aan het behandelproces toe te voegen.

*In de essentie afwijken van het LPA*

Door meer dan de helft van de ambulanceverpleegkundigen wordt er op structurele basis afgeweken van het protocol 'wervelkolom indicaties fixatie'. Ambulanceverpleegkundigen hebben het afwijken van dit protocol op diverse wijzen beargumenteerd, zie bijlage 8. De belangrijkste motivatie om af te wijken van dit protocol is de afweging die de ambulanceverpleegkundige maakt op basis van het ongeval en de klachten die de patiënt vertoont. De ambulanceverpleegkundigen zijn ervan overtuigd dat het planken in diverse situaties protocollair wellicht zou moeten maar dat dit dan nadelige consequenties voor de patiënt zou kunnen hebben. Ook in deze situatie maken ambulanceverpleegkundigen veelal weer een eigen weloverwogen keuze waarbij zij het belang van de patiënt centraal stellen. Een voorbeeld van een situatie waarbij dit protocol veelal niet wordt toegepast is in het geval de patiënt een kind is. Meerdere respondenten gaven aan dat dit protocol niet toepasbaar is bij een kind dat bijvoorbeeld van de trap is gevallen. De respondenten doen deze kinderen geen nekkraag om en leggen ze niet op de wervelplank indien er geen letsel verwacht wordt. De ervaring is dat kinderen immobilisatie/fixatie doodeng vinden en uit angst juist allerlei bewegingen gaan maken die specifiek in deze situaties ongewenst zijn.

Ten vierde anticipeert een aantal respondenten actief op de ervaringen die zij hebben met de wijze waarop het ziekenhuis de behandeling voortzet. Zo kijken zij onder andere welke artsen en verpleegkundigen dienst hebben op de SEH en op welke wijze zij een patiënt zullen behandelen (respondent 5), schatten zij in op welke wijze bijvoorbeeld de longarts een behandeling zal inzetten (respondent 2) en wanneer en op welke wijze iemand met een TIA in het ziekenhuis wordt geholpen (respondent 14). Al deze ervaringen leiden ertoe dat de ambulanceverpleegkundige afwijkt van het LPA en het diagnose- en behandelproces aan de hand van ervaringen afstemt op de SEH/specialist waar de patiënt aan over wordt gedragen.

Respondent 2 heeft dit als volgt beschreven:

*"Bij bepaalde longaandoeningen staat bijvoorbeeld dexamethason in het LPA. Ik weet dat de longarts zegt: "asjeblijft niet". Dit medicijn past totaal niet in zijn behandelbeleid. Je kunt natuurlijk heel sec het LPA volgen of even overleggen (...). Wat ik dan doe, dan bel ik bijvoorbeeld deze arts op en zeg dat ik even collegiaal wil overleggen. Ik geef aan wat vanuit mijn optiek handig is om te doen maar dat ik toch even wil afstemmen. Dan weet ik gewoon dat er wordt gezegd geef maar geen dexamethason (...)." (ambulanceverpleegkundige 2)*

Geconcludeerd kan worden dat de wijze waarop ambulanceverpleegkundigen discretionaire ruimte benutten in grote mate bepaald wordt door de verschillende soorten ervaringen die zij in hun loopbaan hebben opgedaan. Ervaringen zorgen ervoor dat de ambulanceverpleegkundige op een beargumenteerde wijze het diagnose- en behandelproces in meer of mindere mate anders inricht dan in het LPA is voorgeschreven. Dat ervaring veruit één van de belangrijkste variabelen is die een rol speelt in de keuzes die de ambulanceverpleegkundigen in het diagnose- en behandelproces nemen is gebleken uit keuzes om niet te immobiliseren en keuzes om een omstreden middel zoals lachgas in het behandelproces te gebruiken.

### **Beoordeling van de patiënt**

#### De invloed van waarden op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

In het theoretisch kader is gesteld dat publieke dienstverleners in grote mate kunnen handelen op basis van het beeld dat zij hebben van een burger/cliënt. Dit is geïllustreerd aan de hand van een citaat van een politieagent. Uit de interviews is gebleken dat het beeld dat ambulanceverpleegkundigen van patiënten hebben en de mate waarin patiënten zelf hebben bijgedragen aan het ontstaan van een slechtere gezondheidssituatie het diagnose- en behandelproces nauwelijks beïnvloeden. Dit kan verklaard worden door het feit dat de ambulanceverpleegkundige in opdracht van de centralist wordt gestuurd, verplicht is medische hulp te verlenen en slechts beperkte tijd heeft om na te gaan of de cliënt zelf een rol heeft gespeeld in het veroorzaken van een slechtere medische situatie. Dit blijkt wel uit het volgende citaat afkomstig uit een beslissing van het Centraal Tuchtcollege:

*"De patiënt had geen ademdepressie en ik wist ook niet of hij opiaten had gebruikt. Eigenlijk was de keuze natte vingerwerk." (Centraal Tuchtcollege, 2006)*

Wel is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen een onderscheid maken in de wijze waarop zij kinderen behandelen. Dit komt omdat ambulanceverpleegkundigen zich veelal onzeker voelen over de behandeling van kinderen omdat een kind dat medisch gezien in gevaar is veel gevoeliger ligt bij de respondenten. Niet alle respondenten kunnen dit begrijpen, één van de respondenten zegt hierover het volgende:

*"En dat is het rare van ambulanceverpleegkundigen, dat zie ik in de hele groep hier. Zij zeggen kinderen zijn zo eng... dat stempel drukken ze er ook zelf op. (...) Terwijl een 25 jarige die dood gaat daar wordt niet over gesproken." (ambulanceverpleegkundige 8)*

Slechts een klein deel van de ambulanceverpleegkundigen gaf aan dat zij een onderscheid maken in groepen patiënten en hierop het diagnose- en behandelproces aanpassen. Het volgende citaat geeft hier een voorbeeld van:

*"Pas geleden had ik een verhangning van iemand van 40. Haar man en twee kinderen hadden de vrouw dood aangetroffen. Die zagen haar hangen, dat is natuurlijk vreselijk. Dan ga je reanimeren op een lijf wat eruitziet zoals dat van jou en mij. Je verwacht een lijf van 80...dat reanimeren we dood zoals we dat dan noemen. Dat zien we wel, dat hoef je niet perse te redden. Maar dit is gewoon anders, dat geldt ook met kinderen... dat is moeilijker te verkroppen." (ambulanceverpleegkundige 16)*

Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de ambulanceverpleegkundigen geen onderscheid maakt in cliënten. Gebleken is wel dat kinderen een groep patiënten zijn die extra aandacht krijgen en dat ambulanceverpleegkundigen ten aanzien van kinderen de hoogste mate van zorgvuldigheid betrachten.

### **Beoordeling van de situatie**

#### De invloed van subjectieve en objectieve informatie op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan

Ambulanceverpleegkundigen krijgen tijdens het diagnoseproces te maken met objectieve criteria en subjectieve criteria. Een 'cardiogene shock' (sterke daling van de bloeddruk waardoor sommige lichaamsweefsels onvoldoende bloed krijgen) kenmerkt zich bijvoorbeeld door: een verlaagde lichaamstemperatuur, een lage pols en lage bloeddruk. Dit zijn indicatoren die alleen objectief vast te stellen zijn. Naast deze objectieve criteria zijn er ook criteria die kunnen wijzen op een 'cardiogene shock' en aangemerkt kunnen worden als subjectief bijvoorbeeld: extreme moeheid, onrustigheid en pijn.

Medici zouden situaties beoordelen aan de hand van verschillende frames en daarom objectieve of subjectieve informatie voorrang geven waardoor zij situaties verschillend zouden beoordelen (Dodier, 1994).

Uit de interviews is gebleken dat meerdere ambulanceverpleegkundigen sterk handelen op basis van een 'niet pluis gevoel' oftewel op basis van subjectieve informatie. Zo speelt dit 'gevoel' een belangrijke rol in het al dan niet vervoeren van patiënten. Onderstaand citaat is hier een voorbeeld van:

*"Ooit in het verleden heb ik wel eens een patiënt thuis gelaten en ben ik later teruggerezen. Ik heb weer aangebeld en gezegd meneer het spijt me maar het voelt niet goed... ik ga u toch meenemen naar het ziekenhuis. Volgens mij was dat een cardiale patiënt die ik beoordeeld had en die eigenlijk geen pijn op de borst meer had en waarvan op basis van de ECG geen grote afwijkingen konden worden geconstateerd. Op basis van de cijfers en het verhaal dacht ik die meneer kan wel thuis blijven, maar mijn gevoel zei doe dat nou niet. Dat is pure emotie, maar dat is wel een belangrijk item voor mij. (...) Zo ga ik ook door het leven."* (ambulanceverpleegkundige 8)

Een klein aantal respondenten handelt daarentegen voornamelijk op basis van objectieve informatie. Deze respondenten zijn van mening dat er naast subjectieve informatie altijd objectieve informatie moet zijn die de subjectieve informatie ondersteunt.

Gebleken is dat het voornamelijk handelen op basis van subjectieve of objectieve informatie bepaalt welke keuzes ambulanceverpleegkundigen maken in het diagnose- en behandelproces. Dit verklaart tevens waarom ambulanceverpleegkundigen beperkt gebruik maken van het LPA. Het LPA gaat er immers van uit dat ambulanceverpleegkundigen zowel objectieve als subjectieve criteria in acht nemen. Omdat in het LPA de objectieve criteria de overhand hebben is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen die meer op basis van subjectieve criteria handelen, ook wel genoemd een 'niet pluis gevoel', in grotere mate afwijken van het LPA.

Tot slot is opgevallen dat de respondenten die vooral handelen op basis van een 'niet pluis gevoel' de patiënt eerder naar een ziekenhuis vervoeren. Deze respondenten gaven tevens aan dat ervaring deze handelingswijze versterkt. Zo zagen enkele respondenten dat de patiënten waar zij een 'niet pluis gevoel' bij hadden in het ziekenhuis ook daadwerkelijk acute hulpverlening nodig hadden en zien dit als een bevestiging dat het 'niet pluis gevoel' iets is dat de hulpverlener serieus moet blijven nemen. Eén van de ambulanceverpleegkundige beschrijft dit als volgt:

*"Het is vaak een subjectief gevoel dat je denkt dit is toch wel iemand die dadelijk over een half uur ineens in elkaar stort. Dit is niet goed, dat voel je soms al aan je water. Vaak als je*

*dan later in het ziekenhuis komt dan zeggen ze het is maar goed dat je deze patiënt gebracht hebt want na een half uur stonden we hem te reanimeren.”*  
(ambulanceverpleegkundige 5)

## **Deelconclusie**

In paragraaf 4.1.3 stond de beantwoording van de volgende deelvraag centraal:

Welke invloed hebben de geselecteerde variabelen (zie deelvraag 2) op de uitkomst van beslissingen en het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en waarom?

Uit de interviews is gebleken dat de benutting van de discretionaire ruimte wordt beïnvloed door: bijscholing, publiek, ervaring en de beoordeling van de situatie.

De bijscholingen beïnvloeden de benutting van de discretionaire ruimte omdat zij betrekking hebben op medische handelingen waar ambulanceverpleegkundigen onzeker over zijn. Omdat de bijscholingen met name betrekking hebben op medische handelingen die sporadisch voorkomen en omdat ambulanceverpleegkundigen zich veelal niet bekwaam voelen deze handelingen te verrichten is de invloed beperkt.

Familie en vrienden van de patiënt beïnvloeden beperkt het beslissingsproces en de uitkomst daarvan omdat zij met name beslissingen beïnvloeden die betrekking hebben op het al dan niet vervoeren van de patiënt naar het ziekenhuis.

Daarnaast is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen veelal subjectieve informatie voorrang geven boven objectieve informatie. Ambulanceverpleegkundigen handelen in grote mate op basis van een 'niet pluis gevoel', hetgeen tot gevolg heeft dat er veelal van het LPA wordt afgeweken. In het LPA speelt objectieve informatie immers een belangrijke rol in het diagnose- en behandelproces.

Uit het onderhavige onderzoek is gebleken dat ervaring de belangrijkste rol speelt in de benutting van de discretionaire ruimte. Ambulanceverpleegkundigen kijken op basis van verschillende typen ervaringen op verschillende wijzen af van het LPA.

Tot slot is gebleken dat de variabelen: hiërarchische controle, klachtenprocedures, tijd en beoordeling van de cliënt het beslissingsproces en de uitkomst daarvan nauwelijks beïnvloeden.

Op grond van deze empirische gegevens wordt de opvatting van Hawkins (2001), namelijk dat publieke dienstverleners bij het nemen van beslissingen worden beïnvloed door diverse sociale factoren, bevestigd.



## Hoofdstuk 5 Conclusie & Discussie

In hoofdstuk twee en vier zijn alle deelvragen beantwoord. In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling beantwoord.

### 5.1 Conclusie

De probleemstelling die in dit onderzoek centraal stond is:

**Is de wettelijke status van het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) bepalend voor het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan of beschikken ambulanceverpleegkundigen over discretionaire ruimte en bepalen andere variabelen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan en waarom?**

Deze probleemstelling is tot stand gekomen op basis van twee tegenstrijdige opvattingen. De opvatting die in het eerste deel van de probleemstelling centraal staat is de opvatting van Ringeling (1978) dat de wettelijke status van protocollering het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepaalt. Hawkins (2001) veronderstelt daarentegen dat publieke dienstverleners altijd beschikken over een bepaalde mate van discretionaire ruimte en dat diverse sociale variabelen het beslissingsproces en de uitkomst bepalen. Deze veronderstelling komt terug in het tweede deel van de probleemstelling. Op grond van de probleemstelling kan er slechts één van de opvattingen bevestigd worden. Het begrip discretionaire ruimte is op een overeenkomstige wijze gedefinieerd, namelijk als "the freedom to be influenced by factors other than the law" (Hawkins, 2001, p. 44). Dit betekent dat wanneer een ambulanceverpleegkundige discretionaire ruimte ervaart de wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het LPA het beslissingsproces en de uitkomst daarvan niet of nauwelijks bepalen.

Het doel van het onderhavige sociaalwetenschappelijke onderzoek is de stelling van Ringeling (1978) dat protocollering met een juridisch, oftewel sterk dwingend, karakter het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepaalt te bevestigen of te weerleggen. Deze stelling is tegenover de dominante opvatting in de sociologie geplaatst dat publieke dienstverleners altijd over discretionaire ruimte beschikken (Hawkins, 2001). Omdat er niet eerder sociaalwetenschappelijk onderzoek is verricht naar de invloed van protocollering met een juridisch karakter op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan zijn de onderstaande conclusies een aanvulling op de bestaande sociaalwetenschappelijke kennis op dit gebied.

Uit het onderzoek dat is verricht binnen de ambulancezorg is gebleken dat ondanks dat het LPA in termen van Ringeling (1978) een protocol is met een juridisch karakter dit protocol door de respondenten toch wordt beschouwd als een leidraad. Daarnaast is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen geen invloed op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan ervaren van artikel 35 van de wet BIG, waarin is bepaald dat het LPA een opdracht van een arts is om handelingen voorbehouden aan artsen op de voorgeschreven wijze uit te voeren. Daarentegen is gebleken dat de bekwaamheidsbepaling (artikel 35 van de wet BIG) het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan wel beïnvloedt. Deze invloed is echter tegengesteld in relatie tot de invloed die Ringeling (1978) veronderstelt namelijk dat wettelijke bepalingen 'normen' vormen waarmee de publieke dienstverlener in zijn beslissing wel rekening mee moet houden. Ambulanceverpleegkundigen ervaren de wettelijke bekwaamheidsbepaling immers als mogelijkheid om af te wijken van voorgeschreven zorg in het LPA. Tot slot is gebleken dat ook tuchtrecht en tuchtrechtmaatregelen (artikel 47 en 48 van de wet BIG) het beslissingsproces en de uitkomst daarvan niet beïnvloeden. Geconcludeerd kan daarom worden dat wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan een protocol niet zoals Ringeling (1978) veronderstelt 'normen' vormen die het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepalen. Er is zelfs gebleken dat wettelijke bepalingen, zoals in het onderhavige onderzoek de wettelijke bekwaamheidsbepaling, bijdragen aan de door publieke dienstverleners ervaren mate van discretionaire ruimte. De veronderstelling dat een protocol met een juridisch karakter het beslissingsproces en de uitkomst daarvan bepaalt wordt daarom verworpen. Het eerste deel van de

probleemstelling is hiermee beantwoord. De wettelijke status van het LPA is niet bepalend voor de uitkomst van beslissingen en het beslissingsproces.

In het tweede deel van onderhavige onderzoek is nagegaan in welke mate ambulanceverpleegkundigen van mening zijn te beschikken over discretionaire ruimte en is onderzocht in hoeverre zij diversiteit waarnemen in medische handelingen in overeenkomstige situaties. Geconcludeerd kan worden dat ambulanceverpleegkundigen een grote mate van discretionaire ruimte ervaren omdat zij bijvoorbeeld van mening zijn eigen ideeën in te kunnen brengen, zelfstandig beslissingen te nemen en het LPA zien als leidraad. Tevens is gebleken dat ambulanceverpleegkundigen een diversiteit waarnemen in de wijze waarop collega's komen tot een diagnose- en behandelproces in overeenkomstige situaties. Zowel de ervaren mate van discretionaire ruimte als de diversiteit in medische handelingen in overeenkomstige situaties tussen collega's bevestigen dat de ambulanceverpleegkundigen beschikken over "keuzeruimte" (Hawkins, 2001, p.11) oftewel discretionaire ruimte. Het tweede deel van de probleemstelling is hiermee beantwoord. Ambulanceverpleegkundigen beschikken over discretionaire ruimte. Dit is overeenkomstig de veronderstelling van Hawkins (2001) dat publieke dienstverleners altijd over een bepaalde mate van discretionaire ruimte beschikken.

Hawkins (2001) veronderstelt echter ook dat diverse sociale variabelen het beslissingsproces en de uitkomst daarvan beïnvloeden. Het derde en laatste deel van de probleemstelling heeft betrekking op de invloed van sociale variabelen op de benutting van de discretionaire ruimte. Gebleken is dat niet alle geselecteerde sociale variabelen het beslissingsproces van ambulanceverpleegkundigen en de uitkomst daarvan beïnvloeden. Gebleken is dat hiërarchische controle, klachtenprocedures, tijd en beoordeling van de cliënt het beslissingsproces en de uitkomst daarvan nauwelijks beïnvloeden. De variabelen bijscholing, publiek, ervaring en de beoordeling van de situatie beïnvloeden de benutting van de discretionaire ruimte wel. Gebleken is dat ervaring, een variabele die individueel sterk verschilt, medische beslissingen van ambulanceverpleegkundigen sterk beïnvloedt. Deze variabele verklaart tevens in grote mate waarom ambulanceverpleegkundigen in verschillende situaties stappen in het LPA overslaan, stappen toevoegen en/of afwijken van de essentie van het LPA. De opvatting van Hawkins (2001), dat diverse sociale factoren het beslissingsproces van publieke dienstverleners en de uitkomst daarvan bepalen, kan op grond van deze empirische bevindingen worden bevestigd. Het derde deel van de probleemstelling is hiermee beantwoord.

Geconcludeerd kan worden dat protocollering gebaseerd op wettelijke bepalingen, zoals verondersteld door Ringeling (1978), het beslissingsproces en de uitkomst daarvan niet bepalen. De ervaren mate van discretionaire ruimte door ambulanceverpleegkundigen en de invloed van sociale variabelen op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan tonen aan dat de dominante opvatting in de sociologie in aanwezigheid van een protocol met een juridisch karakter gehandhaafd kan worden. Het onderhavige onderzoek weerlegt het uitgangspunt van Ringeling (1978) dat discretionaire ruimte bestaat in afwezigheid van regels (Dworkin, 2001). Het onderhavige onderzoek heeft aangetoond dat discretionaire ruimte zelfs bestaat in aanwezigheid van protocollering met een juridisch karakter.

## **5.2 Discussie en suggesties voor vervolgonderzoek**

De methode van onderzoek heeft geleid tot een antwoord op de gestelde probleemstelling. Er is dan ook geen sprake van grote tekortkomingen in de onderzoeksopzet. Gebleken is echter wel dat de organisaties die ambulancezorg leveren een eigen structuur hebben en op een eigen wijze de rol van MMA invullen. Een eenduidige conclusie over de invloed van hiërarchische controle op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan is daarom niet te geven omdat niet met één MMA is gesproken van iedere organisatie die ambulancezorg levert. Bij vervolgonderzoek wordt daarom aangeraden stil te staan bij deze diversiteit en minimaal te spreken met één MMA van iedere organisatie die ambulancezorg in Nederland verleent en in het verlengde hiervan ook te spreken met ambulanceverpleegkundigen uit diverse organisaties. Het gaat hier dan echter alleen om de invloed van hiërarchische controle.

Ik zou vervolgonderzoek willen aanbevelen door medici naar de mogelijke medische risico's voor patiënten en ambulanceverpleegkundigen op grond van het overslaan van stappen in het LPA, het toevoegen van stappen en het afwijken van de essentie van het LPA door ambulanceverpleegkundigen. Er kan immers worden aangenomen dat er bij de totstandkoming van het LPA is stilgestaan bij mogelijke medische risico's voor de patiënt en werknemer. Daar er op bepaalde gebieden constant wordt afgeweken van deze protocollaire zorg verdient het de aanbeveling stil te staan bij de risico's van bijvoorbeeld het veelvuldig niet-protocollaire gebruik van lachgas en het veelvuldig afwijken van het protocol 'wervelkolom indicaties fixatie'.

### **5.3 Aanbevelingen**

Ambulancezorg Nederland en in het bijzonder de organisatie waarin primair het onderzoek is verricht, namelijk de ambulancezorg van de GGD Den Haag, worden de volgende aanbevelingen meegegeven:

- Beschouw de wijze waarop het LPA wordt gepresenteerd, voorkom een inconsistente wijze van de presentatie van het protocol enerzijds als 'rechtsregel' en anderzijds als 'leidraad'.
- Onderzoek nader of het gevoel 'niet bekwaam te zijn' daadwerkelijk tot gevolg heeft dat bepaalde risicovolle danwel voorbehouden handelingen niet verricht worden en zoek mogelijkheden in stages of scholing om dit op te lossen.
- Onderzoek de rol van de teamleider in de hiërarchische controle. Het aantrekken van teamleiders uit andere organisaties die ambulancezorg verlenen zou wellicht een optie zijn die voorkomt dat ambulanceverpleegkundigen weten op welke wijze de teamleider in het verleden zelf invulling heeft gegeven aan de functie van ambulanceverpleegkundige.
- Onderzoek mogelijkheden om de profcheck realistischer te maken. Een aanbeveling die door het overgrote deel van de respondenten is gedaan is intercollegiale toetsing.
- Nodig ambulanceverpleegkundigen vaker uit voor een gesprek met de MMA omdat persoonlijk contact de invloed van hiërarchische controle op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kan beïnvloeden.
- Tracht nader onderzoek te doen naar het overmatige gebruik van lachgas en houd rekening met mogelijke risico's van protocollaire afwijkingen in bijvoorbeeld de risico-inventarisatie en -evaluatie.

## Literatuurlijst

- Academie voor Ambulancezorg (z.j.a) Profcheck ambulanceverpleegkundige 2010 exemplaar voor de kandidaat.
- Academie voor Ambulancezorg (z.j.b) Raamwerk beoordelingscriteria 2010-2011 praktijkexamens en profchecks ambulanceverpleegkundige.
- Ambulancezorg Nederland, Beroeps Vereniging Ambulancezorg, Stichting LAMP (2005) Juridische status van standaarden en protocollen in de ambulancezorg.
- Ambulancezorg Nederland (2006) Ambulancezorg in Nederland: van melding tot overdracht.
- Ambulancezorg Nederland (2008) Ambulance in-zicht, Tiel: Stimio Consultants Drukwerk & Design.
- Ambulancezorg Nederland (2009a) Landelijk Protocol Ambulancezorg 7.1, Zwolle.
- Ambulancezorg Nederland (2009b) Nota verantwoorde ambulancezorg, Zwolle.
- Ambulancezorg Nederland (2009c) Verantwoording Landelijk Protocol Ambulancezorg, Zwolle.
- Babbie, E. (2007) *The practice of social research*, Wadsworth Publishing Company.
- Berg, M. (1997) Problems and promises of the protocol. *Soc Sci. Med.* Vol. 44. No. 8.
- Berg, M., Horstman, K., Plass, S. en Heusden, M. (2000) Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalism of insurance medicine. *Sociology of Health & Illness* Vol. 22 No. 6.
- Beroeps Vereniging Ambulancezorg (2003) Beroepscode Ambulancezorgverleners.
- Borst-Eilers (1997) Nota van toelichting besluit functionele zelfstandigheid. *Staatsblad* 1997.
- Braster, J.F.A. (2000) *De kern van casestudy's*. Van Gorcum & Comp. B.V. Assen.
- Buscher, M., Goodwin, D. en Mesman, J. (2009) *Ethnographies of Diagnostic Work: Dimensions of Transformative Practice*. Palgrave Macmillan.
- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (2008) Beslissing in de zaak onder nummer 2008/146.
- Clark, J.A., Potter, D.A. en McKinley J.B. (1991) Bringing social structure back into clinical decision making, *SC. Sci. Med.* Vol. 32. No. 8.
- Dew, K., Stubbe, M., Macdonald, M., Dowell, A. en Plumridge, E. (2010) The (non) use of prioritisation protocols by surgeons. *Sociology of Health & Illness* Vol. xx No. x.
- Emerson, R.M. & Paley, B. (1995) Chapter 7 Organizational Horizons and Complaint-Filing. In Hawkins, K. (Ed.), *The Uses of Discretion.*, (pp 231-247).
- Dodier, N. (1994) Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgment. *Sociology of Health and Illness.* Vol.16. No.4.
- Freidson, E. (2001) Introduction. In Freidson, E. (Ed.), *Professionalism: The Third Logic.*, (pp 1-14).
- Grand le, J. (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

- Hasenfeld, Y. (1983) *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice- Hall.
- Hawkins, K. (2001) Chapter 1 The Use of Legal Discretion: Perspectives from Law and Social Science. In Hawkins, K. (Ed.), *The Uses of Discretion.*, (pp 11-46).
- Hutschemaeker, G. en Tiemens, B. (2006) *Evidence Based Policy, From answer to Question in: Policy People And The New Professional (De-professionalisation And Re-professionalisation In Care And Welfare)* – Amsterdam University Press.
- Jong de M.J. (1999) *Grootmeesters van de sociologie. Hoofdstuk 4 Max Weber: Homo universalis van de sociologie*. Boom Lemma uitgeverij.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Minister en de staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport (2008) *Patiënten- en cliëntenrechten*. (<http://www.rijksbegroting.nl/algemeen/gerefererd/1/1/8/kst118737.html>).
- March, J.G. & Simon H.A. (1958). In: Handel, M.J. (2003) *The sociology of organizations*. Sage publications.
- Mascini, P., (2004) De wisselvalligheid van de twijfel: ongelijkheid in de uitvoering van het asielbeleid verklaard, in: *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift*, 31(1): 113-146.
- Mintzberg (2003) *Organisatiestructuren*. Schoonhoven: Academic service.
- Nickels, E.L. (2007). A note on the status of discretion in police research. *Journal of Criminal Justice.*, 35(5), 570-578.
- Oberfield, Z.W. (2008) *Becoming the man: How street- level bureaucrats develop their workplace identities and views*. University of Wisconsin- Madison.
- Ringeling, A.B. (1978) *Beleidsvrijheid van ambtenaren: het spijtoptantenprobleem als illustratie van de activiteiten van ambtenaren bij de uitvoering van beleid*, Nijmegen.
- Rechtbank 's-Gravenhage (2008). *Uitspraak in zake: Werkgeversaansprakelijkheid (artikel 7:658 BW) in verband met de mogelijke gezondheidsrisico's verbonden aan piekblootstelling aan Entonox (verdund lachgas) in verloskamers van het ziekenhuis? (zaaknr.: 285798 / HA ZA 07-1240)*.
- Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg (2007) *Beslissing in de zaak onder nummer 07118*. Eindhoven.
- Timmermans, S. en Mauck, A. (2005) *The Promises And Pitfalls Of Evidence-Based Medicine*. *Health Affairs*. Vol 24. No.1.
- Veen, R. van der (2007) *De rol van professionals in een veranderende verzorgingsstaat*. In: J.W. Duyvendak e.a. (red.) *Macht en verantwoordelijkheid. Essays voor Kees Schuyt*. Amsterdam: AUP, pp.149-159.
- Wolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M en Grimshaw, W. (1999) *Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. *BMJ*. Vol 318.
- Yin, R.K. (2008). *Case study research: design and methods*. Sage publications.
- Zouridis, S. (2000) *Digitale disciplineren. Over ict, organisatie, wetgeving en het automatiseren van beschikkingen*. Delft: Eburon.
- Zwieten, M. en Willems, D. (2004) *Waardering van kwalitatief onderzoek*. *Huisarts & Wetenschap*. Vol. 47. No. 13.

## **Overzicht bijlagen**

**Bijlage 1** Eén van de handelingswijzen uit het LPA

**Bijlage 2** Respondenten

**Bijlage 3** Operationalisatie

**Bijlage 4** Relevante artikelen uit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

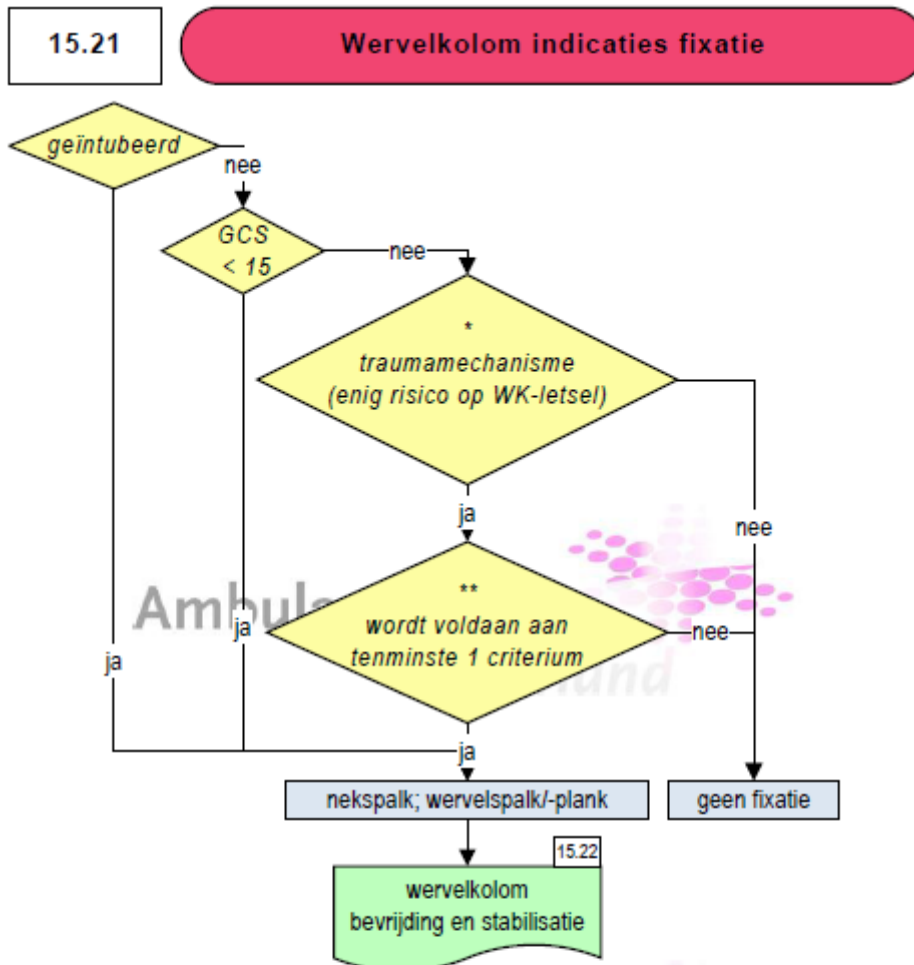
**Bijlage 5** Bekwaamheidsverklaring

**Bijlage 6** Ter plaatse laten

**Bijlage 7** Lachgas

**Bijlage 8** Immobiliseren

## Bijlage 1 Eén van de handelingswijzen uit het LPA



### \*indicatoren traumamechanisme

- HET
- elke mechanisme met een harde klap op hoofd, nek, romp en bekken
- zijwaartse krachten op nek en romp
- geslingerd uit c.q. van voertuig (incl. scooter, skateboard, fietser)
- duiken in ondiep water
- ongeval met plotselinge acceleratie/deceleratie

### \*\*

- focale neurologische uitval
- pijn wervelkolom
- niet alert en/of geen adequate communicatie met patiënt mogelijk
- intoxicatie
- 'afleidende' pijn en/of verdenking extremitetsletsel
- verdenking schedelbasisfractuur
- aangezichtsletsel
- epileptisch insult (a.g.v. trauma capitis)

## Bijlage 2 Respondenten

<b>Respondenten</b>	<b>Functie</b>	<b>Leeftijdscategorie</b>	<b>Ervaringsjaren in huidige functie</b>
Intro	Programme manager	Niet bekend	Niet bekend
Intro	MMA	Niet bekend	Niet bekend
Intro	Ambulanceverpleegkundige	36-45	0,5-10
Respondent 1	Teamleider	36-45	0,5-10
Respondent 2	Ambulanceverpleegkundige	36-45	11-20
Respondent 3	Ambulanceverpleegkundige	46-54	21-25
Respondent 4	Ambulanceverpleegkundige	36-45	11-20
Respondent 5	Ambulanceverpleegkundige	36-45	11-20
Respondent 6	Ambulanceverpleegkundige	26-35	0,5-10
Respondent 7	MMA	46-54	Niet bekend
Respondent 8	Ambulanceverpleegkundige	26-35	11-20
Respondent 9	Ambulanceverpleegkundige	46-54	11-20
Respondent 10	Ambulanceverpleegkundige	46-54	11-20
Respondent 11	Ambulanceverpleegkundige	26-35	0,5-10
Respondent 12	Ambulanceverpleegkundige	36-45	11-20
Respondent 13	Ambulanceverpleegkundige	36-45	0,5-10
Respondent 14	Ambulanceverpleegkundige	36-45	0,5-10
Respondent 15	Ambulanceverpleegkundige	36-45	11-20
Respondent 16	Ambulanceverpleegkundige	26-35	11-20
Respondent 17	Ambulanceverpleegkundige	46-54	21-25
Respondent 18	MMA	46-54	11-20
Respondent 19	Teamleider	36-45	0,5-10



### Bijlage 3 Operationalisatie

Bepalingen/ variabelen	Aspecten	Subaspecten
<b><u>De juridische status van protocollering</u></b>		
Betekenis en rol LPA in werkzaamheden		
<u>Wettelijke bepaling 1: voorbehouden handelingen</u>	<p><i>Aspect 1:</i> (ervaren) invloed opdracht en aanwijzingen arts in LPA op beslissingsproces en uitkomst daarvan</p> <p><i>Aspect 2:</i> (ervaren) invloed bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	
<u>Wettelijke bepaling 2: tuchtrecht</u>	<p><i>Aspect 1:</i> (ervaren) invloed aanwezigheid tuchtrecht op beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p> <p><i>Aspect 2:</i> Onderworpen aan tuchtrecht (Ja/ nee)</p> <p>Indien ja: (ervaren) invloed van tuchtrechtspraak en eventuele maatregelen op beslissingsproces en uitkomst daarvan</p>	
<b><u>De ontwerpparameters van de organisatie</u></b>		
<u>Variabele 1: scholing</u>	<p><i>Aspect 1:</i> (ervaren) invloed van initiële scholing* op beslissingsproces en uitkomst</p> <p><i>Aspect 2:</i> (ervaren) invloed bijscholingen* op beslissingsproces en uitkomst daarvan</p> <p><i>Aspect 3:</i> (ervaren) invloed van de periodieke toets* op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<i>Subaspect 1:</i> aanvang opleiding voor/ na start in functie</p> <p>*<i>Subaspect 1:</i> interval bijscholingen</p> <p>*<i>Subaspect 2:</i> focus bijscholingen</p> <p>*<i>Subaspect 1:</i> interval toetsing</p> <p>*<i>Subaspect 2:</i> focus periodieke toets</p>
<u>Variabele 2: hiërarchische controle</u>	<i>Aspect 1:</i> de mate* waarin hiërarchische controle het beslissingsproces en de uitkomst daarvan kan beïnvloeden	<p>* <i>Subaspect 1:</i> de mate waarin door ziekenhuizen terugkoppelingsformulieren worden teruggestuurd met betrekking tot het handelen van ambulanceverpleegkundigen</p> <p>* <i>Subaspect 2:</i> de mate waarin ambulanceverpleegkundigen de ritformulieren waarheidsgetrouw invullen</p>

	<p><i>Aspect 2:</i> (ervaren) invloed van hiërarchische controle* op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<i>Subaspect 3:</i> de mate waarin MMA en teamleiders informatie van medische apparatuur kunnen raadplegen</p> <p>*<i>Subaspect 1:</i> de mate waarin een terugkoppeling wordt verkregen op eerdere beslissingen</p> <p>*<i>Subaspect 2:</i> de manier waarop een terugkoppeling wordt verkregen op eerdere beslissingen</p>
<p><u>Variabele 3: klachtenprocedures</u></p>	<p><i>Aspect 1:</i> de mate* waarin klachtenprocedures het beslissingsproces en de uitkomst daarvan <i>kunnen</i> beïnvloeden</p> <p><i>Aspect 2:</i> (ervaren) invloed van klachtenprocedures* op het toekomstige beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<i>Subaspect 1:</i> de hoeveelheid klachtenprocedures waarmee de organisaties die ambulancezorg verlenen te maken krijgen</p> <p>*<i>Subaspect 1:</i> in situaties waarin ambulanceverpleegkundigen te maken hebben gehad met een geground verklaarde klacht</p> <p>*<i>Subaspect 2:</i> in situaties waarin ambulanceverpleegkundigen niet te maken hebben gehad met een geground verklaarde klacht</p>
<p><b><u>Werkomstandigheden</u></b></p>		
<p><u>Variabele 1: tijd</u></p>	<p><i>Aspect 1:</i> (ervaren) invloed van tijd* op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<i>Subaspect 1:</i> de manier waarop ambulanceverpleegkundigen beslissingen nemen in levensbedreigende situaties</p> <p>*<i>Subaspect 2:</i> de manier waarop ambulanceverpleegkundigen beslissingen nemen in situaties die niet levensbedreigend zijn</p>

<p><u>Variabele 2: publiek</u></p>	<p><u>Aspect 1:</u> de mate* waarin het publiek het beslissingsproces en de uitkomst daarvan <i>kan</i> beïnvloeden</p> <p><u>Aspect 2:</u> (ervaren) invloed van het publiek* op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<u>Subaspect 1:</u> de mate waarin het publiek medisch onderlegd is</p> <p>*<u>Subaspect 1:</u> de situaties waarin het publiek het beslissingsproces en de uitkomst daarvan beïnvloeden</p>
------------------------------------	--	--

<b>De kenmerken van publieke dienstverleners en situaties waarin zij moeten handelen</b>		
<u>Variabele 1: ervaring</u>	<p><u>Aspect 1:</u> functies voor de huidige functieervulling</p> <p><u>Aspect 2:</u> duur huidige functieervulling</p> <p><u>Aspect 3:</u> de (ervaren) invloed van ervaringen* op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<u>Subaspect 1:</u> eerdere werkervaring in de klinische zorg</p> <p>*<u>Subaspect 2:</u> één specifieke ervaring bij het verlenen van ambulancezorg</p> <p>*<u>Subaspect 3:</u> meerdere ervaringen met betrekking tot één type diagnose- en behandelproces</p> <p>*<u>Subaspect 4:</u> ervaringen met betrekking tot de wijze waarop de behandeling in het ziekenhuis wordt voortgezet</p>
<u>Variabele 2: beoordeling van de cliënt</u>	<p><u>Aspect 1:</u> de (ervaren) invloed van waarden* op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	<p>*<u>Subaspect 1:</u> de verwijtbaarheid van de slechtere gezondheidssituatie</p> <p>*<u>Subaspect 2:</u> het onderscheid in doelgroepen, zoals kinderen en ouderen</p>
<u>Variabele 3: beoordeling van de situatie</u>	<p><u>Aspect 1:</u> de (ervaren) invloed van subjectieve informatie op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p> <p><u>Aspect 2:</u> de (ervaren) invloed van objectieve informatie op het beslissingsproces en de uitkomst daarvan</p>	

## **Bijlage 4 Relevante artikelen uit de wet BIG**

### **Artikel 33**

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

### **Voorbehouden handelingen**

#### **Artikel 35**

1. Het is degene die niet behoort tot de personen die hun bevoegdheid tot het verrichten van een handeling ontleen aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 verboden buiten noodzaak beroepsmatig die handeling te verrichten, tenzij:

- a. zulks geschiedt ingevolge een opdracht van een persoon die zijn bevoegdheid ontleent aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 en
- b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en
- c. hij, voor zover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen.

2. Met inachtneming van het bepaalde in het eerste lid is de opdrachtnemer bevoegd tot het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handeling.

#### **Artikel 36**

1. Tot het verrichten van heilkundige handelingen - waaronder worden verstaan handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt - zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de tandartsen,
- c. de verloskundigen,

doch de onder b en c genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

2. Tot het verrichten van verloskundige handelingen zijn bevoegd:

- a. de artsen,

b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

3. Tot het verrichten van endoscopieën zijn bevoegd:

de artsen.

4. Tot het verrichten van catheterisaties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

5. Tot het geven van injecties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen,

c. de verloskundigen,

doch de onder b en c genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

6. Tot het verrichten van puncties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

7. Tot het brengen onder narcose zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

8. Tot het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen,

doch uitsluitend voor zover zij voldoen aan de krachtens de Kernenergiewet (Stb. 1963, 82) ter zake van het gebruiken van zodanige stoffen en toestellen gestelde eisen, alsmede, voor zover het betreft tandartsen, uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

9. Tot het verrichten van electieve cardioversie zijn bevoegd:

de artsen.

10. Tot het toepassen van defibrillatie zijn bevoegd:

de artsen.

11. Tot het toepassen van electroconvulsieve therapie zijn bevoegd:

de artsen.

12. Tot steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden zijn bevoegd:

de artsen.

13. Tot het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap, zijn bevoegd:

de artsen.

14. Tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet zijn bevoegd:

a. de artsen;

b. de tandartsen;

c. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid;

d. verpleegkundigen, die behoren tot een ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie, doch dezen uitsluitend:

1°. voor zover een onder a, b of c bedoelde beroepsbeoefenaar de diagnose heeft gesteld met betrekking tot de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd,

2°. voor zover medische protocollen en standaarden ter zake van het voorschrijven van UR-geneesmiddelen worden gevolgd, en

3°. binnen de bij de regeling te stellen beperkingen ten aanzien van de reikwijdte van de in de aanhef bedoelde bevoegdheid.

15. De personen, genoemd in het eerste tot en met het veertiende lid, zijn tot het verrichten van de desbetreffende handelingen uitsluitend bevoegd voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. De personen, genoemd in het eerste tot en met het veertiende lid, die niet voldoen aan het bepaalde in de eerste volzin, worden voor de toepassing van de artikelen 35, eerste lid, onder a, 38 en 39 aangemerkt als personen die hun bevoegdheid ontleen aan het in dit artikel bepaalde.

16. Het ontwerp van de ministeriële regeling, bedoeld in het veertiende lid, onder d, treedt niet eerder in werking dan vier weken nadat het ontwerp is overgelegd aan beide kamers der Staten-Generaal.

### **Artikel 38**

Het is degene die zijn bevoegdheid tot het verrichten van een bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven handeling ontleent aan het bij of krachtens die artikelen bepaalde verboden aan een ander opdracht te geven tot het verrichten van die handeling, tenzij:

a. in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en

b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder a bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling.

### **Tuchtrechtspraak**

#### **Artikel 47**

1. Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:

a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:

1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;

3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:

arts,

tandarts,

apotheker,



gezondheidszorgpsycholoog,

psychotherapeut,

fysiotherapeut,

verloskundige,

verpleegkundige.

3. De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door regionale tuchtcolleges en in beroep door een centraal tuchtcollege.

4. In geval van schorsing of doorhaling van een inschrijving in het register blijft de betrokkene ter zake van enig in het eerste lid bedoeld handelen of nalaten gedurende de tijd dat hij ingeschreven stond, aan de tuchtrechtspraak onderworpen.

### **Tuchtmaatregelen**

#### **Artikel 48**

1. Het berechtende college kan ten aanzien van een aan de tuchtrechtspraak onderworpen persoon een van de volgende tuchtrechtelijke maatregelen opleggen:

a. waarschuwing;

b. berisping;

c. geldboete van ten hoogste € 4 500;

d. schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar;

e. gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;

f. doorhaling van de inschrijving in het register.

2. De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder c en d, kunnen ook gezamenlijk worden opgelegd en gelden alsdan voor de toepassing van de aanhef van het eerste lid en van artikel 69, tweede lid, als één maatregel.

3. In gevallen waarin de berechting plaatsvindt met toepassing van artikel 47, vierde lid, kan, in plaats van de in het eerste lid van het onderhavige artikel, onder f, bedoelde maatregel, als maatregel worden opgelegd een ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.

4. Opgelegde geldboeten komen ten bate van de Staat. Bij het opleggen van een geldboete kunnen twee of meer termijnen worden vastgesteld, waarin zij moet worden voldaan.

5. De maatregelen van schorsing en van doorhaling van de inschrijving in het register worden vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd.

6. Schorsing van de inschrijving in het register kan voorwaardelijk worden opgelegd en wordt alsdan niet ten uitvoer gelegd dan nadat het college dat de maatregel heeft opgelegd, zulks heeft gelast op grond dat de betrokkene binnen een bij die oplegging te bepalen proeftijd van ten hoogste twee jaar een gestelde voorwaarde niet is nagekomen.

7. Een maatregel als bedoeld in het eerste lid, onder c, d of f, kan niet ten uitvoer worden gelegd zolang de beslissing waarbij hij is opgelegd, niet onherroepelijk is geworden. Een maatregel als in dat lid, onder e, of in het derde lid bedoeld, wordt eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing van kracht, tenzij het college, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt. Bij toepassing van het zesde lid gaat de in dat lid bedoelde proeftijd eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing in.

8. Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd.

9. Een tot schorsing strekkende maatregel of voorlopige voorziening wordt ten uitvoer gelegd door het plaatsen van een aantekening van de schorsing in het register overeenkomstig het bepaalde in artikel 9.

## Bijlage 5 Bekwaamheidsverklaring

Ondergetekende,....., Medisch Manager Ambulancezorg van....., verklaart dat:

..... BIG-registratienummer: .....

Ambulanceverpleegkundige, in dienst bij ....., voldoende kennis heeft en bekwaam is met betrekking tot het uitvoeren van de handelingen op basis van het Landelijk Protocol Ambulancezorgverlening, versie 7.2 en de daarbij behorende regionale aanpassingen.

Alvorens deze verklaring op te stellen is het opleidingsdossier van betrokken verpleegkundige geraadpleegd en vastgesteld, dat de verpleegkundige voldoet aan de eindcriteria van de initiële opleiding en de verplichte bij-, nascholing heeft gevolgd. Ondergetekende MMA heeft zich middels eigen waarneming en waarneming van derden een beeld gevormd van het functioneren van de ambulanceverpleegkundige.

Middels deze verklaring wordt betrokkene zonder voorbehoud door ondergetekende MMA bekwaam verklaard voor het binnen de ambulancezorgverlening bij de Regionale Ambulancedienst Hollands Midden verrichten van de volgende voorbehouden en risicovolle handelingen voor zover deze onderdeel uitmaken van het Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 7.2 en de daarbij geldende regionale aanpassingen:

- Inbrengen perifeer veneuze catheter of intraveuze catheter in vena jugularis externa (infuus)
- Subcutaan, intramusculair of intraveneus toedienen van medicatie en vloeistoffen
- Verkrijgen van een intra-ossale toegang middels een botboor
- Endotracheale intubatie met reguliere tube en Boussignac tube
- Coniotomie (naaldmethode)
- Spoedthoraxdrainage
- Defibrilleren en cardioverteren
- Inbrengen van maagsonde
- Beademing volgens het principe van Continuous Insufflation of Oxygen met de Boussignac tube
- Mechanische hartmassage met behulp van het Lund University Cardiac Assist System
- Veiligstellen van de luchtweg m.b.v. Laryngeal Mask Airway - Supreme

De MMA van de.....verstreck hierbij de opdracht tot het uitvoeren van bovenstaande voorbehouden handelingen in de ambulancezorgverlening, in het kader van de wet BIG, aan de daartoe bekwaam verklaarde beroepsbeoefenaar conform de landelijke en regionale protocollen en aanwijzingen.

Met de ondertekening verklaart de ambulanceverpleegkundige, dat deze zichzelf bekwaam acht tot het verrichten van bovenstaande voorbehouden handelingen.

Deze verklaring is geldig tot.....

Plaats, datum

Akkoord,

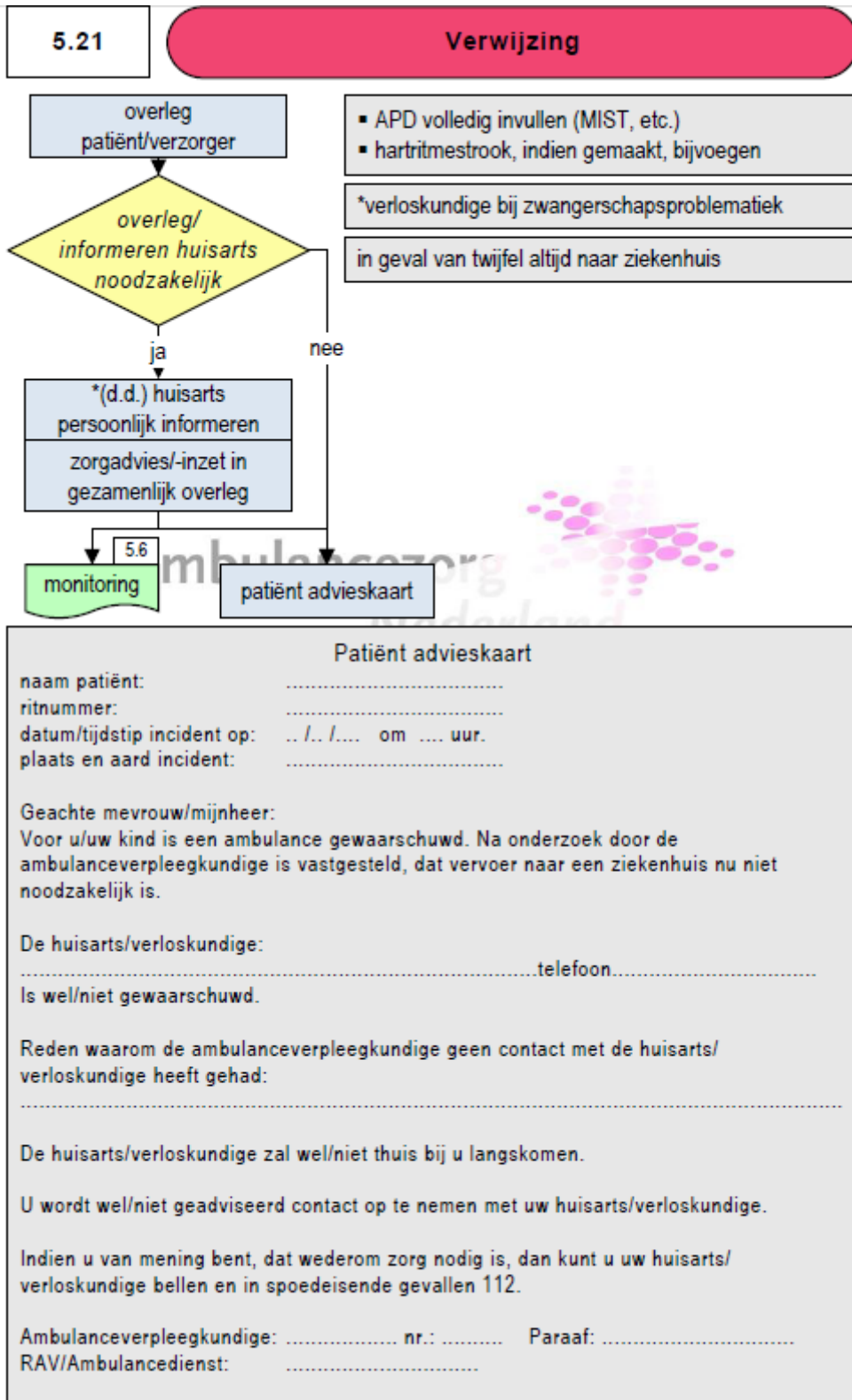
Akkoord,

.....

.....

Deze bekwaamheidsverklaring is in 2-voud opgemaakt. Eén exemplaar wordt uitgereikt aan de bekwaamverklaarde ambulanceverpleegkundige. Eén exemplaar wordt bewaard in het opleidingsdossier

## Bijlage 6 Ter plaatse laten



## Bijlage 7 Lachgas

### Gebruik lachgas gestopt in Leyenburg

**06 juni 2005** - Het Haagse Ziekenhuis Leyenburg gebruikt geen lachgas meer op de verloskamers en bij kleine ingrepen buiten de operatiekamers. In oktober 2004 is gestopt met deze vorm van pijnstilling nadat zes verpleegkundigen van het Leyenburg tussen 1994 en 2004 een kind met ernstige geboortefwijkingen hadden gekregen. Onderzoek bij Leyenburg, dat in 2003 is opgestart, leverde in augustus 2004 "sterke aanwijzingen" op dat lachgas de oorzaak is. De Inspectie voor de Gezondheidsraad heeft vorig jaar naar aanleiding van die resultaten in een rondschriften op de mogelijke risico's gewezen van blootstelling aan lachgas. (bron: Volkskrant, Haagsche Courant)

Reeds in 1998 is uit onderzoek van Peelen en anderen gebleken dat er risico's kleven aan het gebruik van anesthesiegassen. Op basis van dat epidemiologisch onderzoek komt naar voren dat OK-medewerksters een enigszins verhoogd risico hebben voor spontane abortus en een duidelijk verhoogd risico voor vroeggeboorte en aangeboren afwijkingen. Voor vroeggeboorte blijken met name OK-medewerksters die aanwezig zijn bij het inleiden een hoger risico te hebben dan OK-medewerksters die hierbij niet aanwezig zijn. In het onderzoek is geen rechtstreeks verband met lachgas aangetoond, omdat OK-medewerksters met verschillende anesthesiegassen hebben gewerkt, maar wordt wel opgeroepen kritisch te blijven op arbeidsomstandigheden (Peelen et al., 1998).

## Bijlage 8 Immobiliseren

---

### Gefilterde Ruwe Resultaten

---

File: Verwerking en analyse interviews.xls

Datum rapport: 31-07-2011

Software: KODANI 2.0

---

#### **Naam: 4**

Afdeling: Verpleegkundige

#### Citaat

*"Probeer jij maar eens bij een kind dat is aangereden onderzoek te doen.. dat gaat je niet lukken. Ik heb toen met het ziekenhuis best wel woorden gehad over een kind dat van de trap is gevallen. Van twee jaar van boven naar beneden. We komen daar aan het kind zit bij moeder op schoot.. rustig.. niet bewusteloos geweest.. is gelijk bij moeder gekropen en zit heel rustig bij moeder. Wat doe je op zo'n moment? Je probeert het kind te onderzoeken, het kind beweegt alles, reageert adequaat, kijkt naar je, heeft voor de rest nergens bloed of wat dan ook en omdat het alles beweegt kun je aannemen dat het niets gebroken heeft of wat dan ook. Maar het is wel van boven naar beneden gevallen.. dan zeg je tegen die moeder leg het even neer dan gaan we het even verder onderzoeken. Dat vindt het kind niet leuk.. wat doe je dan? Ga je toch verder onderzoeken of het reageert zo adequaat en laat je het gewoon rustig bij moeder zitten. Ik heb voor het laatste gekozen.. we zijn wel met het kind naar het ziekenhuis gegaan. Ik heb het ziekenhuis van te voren gebeld van joh luister kind is van boven naar beneden gevallen (...) maar ik heb het kind niet op een plank gelegd wat officieel wel moet protocollair gezien. Dan denk ik nog ik bel van te voren de eerste hulp want die gaan natuurlijk heel vreemd kijken. Maar het kind is nu rustig en een kind in paniek daar kun je niets mee doen. En wat is veiliger, je kan een kind op een plank leggen..wat helemaal in paniek raakt...doe je dan meer kwaad dan dat het rustig bij moeder zit. Het kan zijn nekje gebroken hebben.. dus daar laveer je een beetje doorheen."*

*"Maar heb ik dan op dat moment meer kwaad bij het kind gedaan dan dat ik het gestrest op een plank leg, waarbij het... uit ervaring weet ik dat..meer gaat bewegen dan dat het rustig bij moeder zit. Dan denk ik met mijn logica als het mij lukt om een kind zo rustig naar de CT scan te krijgen met moeder en daar een foto te laten maken van de nek. Denk ik dat ik op dat moment beter handel dan dat ik dat kind uit de armen trek van de moeder en op een plank leg. Kind krijsen, wild, vastleggen met banden, blokken naast het hoofd, kraag omdoen. En ik kom aan in het ziekenhuis en die zijn in alle staten. We kwamen de kamer binnen..kind werd uit de handen van de moeder getrokken en op een plank gelegd. En als eerste werd tegen mij gezegd hoe haal je het in het hoofd om een kind zo te vervoeren.. met allebei de ouders erbij. En dan heb je een hele slecht aan mij. Ik zeg ik heb gebeld... de situatie netjes uitgelegd. Wat jullie nu doen vind ik zo ontzettend onprofessioneel. Ik heb letterlijk gezegd ik kom echt niet uit een ei... ik zit al zoveel jaar op die auto. Het is niet de eerste keer dat ik dit meemaak. Wat jullie me nu flikken. Kind helemaal over de rooie, krijsen. Ik heb later tegen die assistent gezegd wat heb je nu kunnen onderzoeken bij dat kind. Ze zegt niks. Dat is hun protocol! (...) Die ouders huilen allebei, helemaal in paniek. Die begrepen mij volledig dat hebben ze nog wel gezegd. Thuis heb ik al uitgelegd officieel moet ik het kind nu op een plank leggen.. ik zeg maar ze zit nu zo rustig bij u. Dan is het nog steeds mijn verantwoordelijkheid. Maar dan zit je echt in dat grijze gebied, wat ga je doen en wat durf je aan. Uiteindelijk hebben ze dat kind niet kunnen onderzoeken en een foto kunnen maken in de situatie*

*die ik beschreven had samen met moeder erbij. Maar stel je voor dat het kind nu wel echt een gebroken net had gehad!? Dan hadden ze ontzettend veel kwaad gedaan. Die plegen vonden mij ontzettend dom en vinden mij nog steeds heel erg.. Ik kan er niet overuit als je zo nors bent in je protocol. Je moet ermee kunnen werken, mee kunnen spelen."*

**Naam: 15**

Afdeling: Verpleegkundige

Citaat

*"En een kind wat onrustig is die ga ik lekker bij moeders neerzetten want ga maar eens een onrustig kind op een plank vastmaken en die heeft schade aan zijn nek en die gaat bewegen en proberen los te komen...dan maak je het als maar erger. Ik vind een protocol is en blijft toch een leidraad. Je kan/mag ervan af wijken als je dat kan motiveren en als ze het daar niet mee eens zijn dan kunnen ze daar altijd nog op reageren als ze de ritformulieren bekijken. (...) In dit geval verwacht ik dan niet al teveel letsel als ik echt zwaar letsel verwacht (een kind is van een dakje afgevallen) dan laat ik een heli komen en een kind intuberen dan kan je alles doen wat je wilt. Je moet wel helder blijven denken, je kan niet iemand met een gebroken rug bij moeders op schoot zetten."*

*"Maar wat nou als jij dat kind hebt en je trekt die nek recht en je doet er een nekkraag om en het is niet goed. Wat dan? Dan heb je gewerkt volgens protocol. (...)"*

**Naam: 11**

Afdeling: Verpleegkundige

Citaat

*"Over het volledig immobiliseren bij iemand daar is natuurlijk ook wel veel discussie over. Als iemand een aantal ribfracturen heeft en je legt hem plat neer dan weet je gewoon dat zijn ventilatie verminderd wordt. Dan kun je iemand bijvoorbeeld beter half rechtopzittend vervoeren dan maar per definitie iemand die een trauma heeft gehad op een plank te leggen, plat te leggen...want dat heeft natuurlijk allemaal nadelige effecten. Dat zijn afwegingen die je daar maakt op basis van het ongeval, de klachten die zo'n patiënt vertoont. (...) Er zijn natuurlijk bepaalde criteria, maar als je iemand hebt die meerder ribfracturen heeft daar is ook in de literatuur wel duidelijkheid over dat je dan beter kan kiezen om iemand half zittend te vervoeren. (...) Volgens mij staat het in de verantwoording wel, het is gewoon iets waar je op dat moment over moet...wikken en wegen..je moet keuzes maken."*

**Naam: 14**

2: De respondent geeft een voorbeeld van een situatie waarbij een oude man is aangereden met een lage snelheid van ongeveer 5 km per uur, deze situatie werd op een begeven moment een reanimatie.

Afdeling: Verpleegkundige

Citaat

*"(...) Bijvoorbeeld, ik had pas iemand die had een kopstoot gehad (...) Kom ik daar aan, de motor was er al en die zegt het valt allemaal wel mee een beetje bloed. Ik heb dit protocol gewoon wel in mijn hoofd...iedere harde klap...dat is dus ook zo'n kopstoot. En om die man dan gelijk op een plank te leggen...dat slaat natuurlijk eigenlijk nergens op, want hij heeft een kopstoot gehad en daarmee breek je echt je nek niet. Alles kan maar... die kans is heel klein. Het was een ex- kiboxer en hij zei ook ik heb niets gebroken. Prima, dan doen we het niet. Officieel had die eigenlijk op de plank ontmoeten. (...) En we rijden naar het ziekenhuis en daar zit een collega van hem bij...en die verteld dus..hij had dus die kopstoot gehad en was niet meteen buiten bewustzijn geweest maar na een minuut of drie/ vier was hij door zijn benen heen gezakt en op de grond gaan liggen en had die een soort epileptisch insult gekregen. Er staat hier onderaan epileptisch insult, dus toen had ik aangezichtsletsel en epileptisch insult om die gast op de plank te leggen. (...) Dan weet je hoe het gaat dan willen ze (het ziekenhuis) hem alsnog met een nekkraag en op de plank hebben. (...) Ik heb een hele discussie gehad met hem (motor ambulanceverpleegkundige) want daarna in die auto heb ik de brancard platgelegd, we hebben hem nog een nekkraag omgedaan. (...) De motor kwam er toevallig achteraan en die begon een hele discussie met mij van waarom moet dat dan? Hij heeft toch zijn nek niet gebroken. Toen heb ik het protocol gepakt. (...)."*

*"Toen ging ik als tweede auto..we hebben heel voorzichtig gedaan met die man. Op een begeven moment werd die weer stabiel.. we hebben hem toen een nekkraag omgedaan op de wervelplank en naar het ziekenhuis. Toen hebben ze daar foto's van zijn nek gemaakt, toen had die twee fracturen. Dus waarschijnlijk moesten we hem op basis daarvan reanimeren. (...) Dat is een klap van helemaal niks, die man was oud had botontkalking en had de pech dat die net even ongelukkig viel. Dat moet je dan wel in je achterhoofd houden. Iedere bejaarde die thuis op de toilet valt daar moet je dus rekening mee houden dat die iets gebroken zouden kunnen hebben. Je moet er wel zo mee omgaan, je hoeft niet iedereen perce op de plank te leggen maar je moet er wel naar kijken."(2)*

**Naam: 17**

Afdeling: Verpleegkundige

Commentaar

3: Gevraagd is of de respondent dit dan uit had kunnen sluiten?

Citaat

*"Ja zat, het protocol nekwervelletsel om maar eens wat te noemen. (...) Dat iemand maar met geringe pijn in de nek ook al is de aanrijding nog zo zachtjes geweest gestabiliseerd moet worden en geïmmobiliseerd moet worden zoals het protocol dat voorschrijft min of meer en in de praktijk werkt dat gewoon niet. Het komt gewoon omdat je je eigen gezonde verstand nog gebruikt, je eigen inzichten en je kennis. Ik vind mezelf mans genoeg om te beoordelen of iemand wervelletsel heeft. Ondanks dat de klap groot geweest is bijvoorbeeld (...) die zou je protocollair als die last heeft van zijn nek helemaal moeten immobiliseren. Maar het komt heel frequent voor dat zo'n*



*iemand gewoon buiten de auto staat en z'n vrouw staat te bellen. Samen dan met mijn expertise denk ik dan dat hele protocol dat volg ik dan niet op dat moment, dat doe ik niet."*

**Naam: 9**

Afdeling: Verpleegkundige

Citaat

*"Ik had een dijbeenbreuk dat was met de brommer. Ik heb alles afgevoeld en die jonge knul had echt niks maar wel inderdaad zijn bovenbeen...dus ik heb hem niet geplankt. Toen kwam ik in het ziekenhuis, dat je dat niet hebt gedaan. Ik voelde me daar zo vervelend onder en zo van "ah een twijfel." Waarom heb ik dat niet gedaan, er was toch geen indicatie. Toen zeiden ze het is je dijbeen, als je die breekt is het wel heel hard gegaan. Ik heb het echt goed afgevoeld maar ik kneep hem wel ik dacht stel je voor dus de volgende dag heb ik toen gevraagd. Soms is het weleens moeilijk als ik twijfel dan plank ik wel...maar ik twijfelde niet. Hij was gewoon verkeerd gevallen met een enorme klap en ik heb hem pijnstilling en een infuusje gegeven. (...) Dat heb ik in de jaren wel eens vaker dat ik iemand ter plaatse liet, een ongeluk dat had ik jaren geleden. Dat ik naar huis fietste, ineens zie je dat beeld weer van die vrouw die toch een beetje last had. Ik denk oh heeft ze niks en het zweet brak me uit. Toen ik thuis was dacht ik dat zal ik NOOIT meer doen, als ik twijfel doe dat mens maar op de plank. Je hebt zelf ook geen leven, dat heb ik ook wel weer geleerd. (...) Je hebt natuurlijk ook je gezond verstand daarnaast. Dat is niet zo goed in een protocolletje te vatten. (...) Soms heeft iemand hoofdletsel maar echt niks aan die nek, dan plank ik hem/haar ook niet. Het werkt anders in de praktijk. Als iemand een hersenschudding heeft en die weet niet zo goed wat er gebeurd is dan weer wel. Ik denk dat je een rijtje voor jezelf hebt: alcoholgebruik, de nek, bloedverdunners, de impact en als een patiënt aan een aantal criteria voldoet en ik twijfel dan plank ik toch maar wel. Tien jaar geleden deed ik dat minder makkelijk dan dacht ik van nou valt toch allemaal wel mee en kreeg ik toch later te horen...nou waarom heb je diegene niet geplankt. (...)"*



Lisette Boers  
Studentnr.: 315205  
Begeleidend docent: prof. dr. R. van der Veen  
Tweede beoordelaar: drs. B. Jetten  
Rotterdam, juni 2012  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
Faculteit Sociale Wetenschappen  
Sociologie  
Master Arbeid, Organisatie en Management