

Shared Decision Making in de ambulancezorg bij oudere patiënten

Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen en behoeften van ouderen

Onderzoeksartikel

Student: Gerlinde Beumer
Onderwijsinstelling: Hanze Hogeschool
Opleiding: Master Advanced Nursing Practice (MANP)
Cohort: 2024-2026
Praktijkopleider: Dhr. D. IJben
Organisatie: Ambulance IJsselland
Studiecoach: Dhr. D. Marquart Scholtz
Lector: Dhr. H. Barf

Samenvatting

Achtergrond

Shared Decision Making (SDM) is een uitgangspunt voor patiëntgerichte zorg en sinds 2020 wettelijk verankerd in Nederland. In de acute ambulancezorg staat de toepassing van SDM onder druk door tijdsdruk, medische urgentie en beperkte toegang tot patiëntinformatie. Bij oudere patiënten kan besluitvorming complex zijn, met name in situaties van multimorbiditeit, kwetsbaarheid of wisselende belastbaarheid. Inzicht in hoe oudere patiënten SDM in de ambulancezorg ervaren is beperkt. Dit onderzoek had tot doel inzicht te verkrijgen in de ervaringen van oudere patiënten (≥70 jaar) en hoe deze zich verhouden tot perspectieven van ambulancezorgprofessionals. Daarmee wil het onderzoek bijdragen aan meer patiëntgerichte besluitvorming voor ouderen.

Methode

In 2025 is binnen Ambulance IJsselland een kwalitatieve casestudy uitgevoerd. Semigestructureerde interviews werden afgenomen bij tien doelgericht geselecteerde oudere patiënten na A1- of A2-inzet. Voorlopige bevindingen vormden input voor een focusgroepsinterview met zeven ambulancezorgprofessionals. Data werden inductief thematisch geanalyseerd volgens Braun en Clarke (2022), met datatriangulatie.

Resultaten

De analyse leverde vijf samenhangende thema's op: autonomie en regieverdeling, begrenzing van SDM, communicatie en besluitvorming, vertrouwen in de ambulancezorgprofessional en contextuele randvoorwaarden. SDM in de ambulancezorg blijkt vooral procesgericht en afhankelijk van klinische toestand en context. Betrokkenheid ontstaat daarbij minder door het expliciet afwegen van behandelopties dan door het kunnen volgen van het klinisch redeneren van de professional en de mogelijkheid hierop te reageren. Vertrouwen speelt hierin een belangrijke rol, maar leidt niet automatisch tot actieve participatie.

Conclusie

SDM bij oudere patiënten in de ambulancezorg is sterk afhankelijk van klinische toestand en context en krijgt vorm als afstemmingsproces waarin professioneel advies richtinggevend is. Aanbevolen wordt dat ambulancezorgprofessionals hun klinisch redeneren expliciteren en patiënten actief uitnodigen te reageren, ook wanneer keuzeruimte beperkt is. Dit bevordert participatie en beter afgestemde zorg.

Inleiding

Besluitvorming in de gezondheidszorg vraagt om afstemming tussen medische mogelijkheden en de persoonlijke waarden en voorkeuren van patiënten. Binnen dit kader heeft Shared Decision Making (SDM) zich ontwikkeld tot een belangrijk uitgangspunt voor patiëntgerichte zorg. SDM is een proces waarin zorgverlener en patiënt gezamenlijk besluiten nemen over diagnostiek, behandeling of beleid, op basis van medische informatie en patiëntvoorkeuren (Elwyn et al., 2010). Sinds 2020 is SDM wettelijk verankerd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). Desondanks is nog beperkt inzicht in hoe SDM vorm krijgt bij oudere patiënten in de acute ambulancezorg, waar besluitvorming vaak complex is en oudere patiënten een substantieel deel van de zorgvraag vertegenwoordigen.

Onderzoek in andere zorgcontexten laat zien dat SDM bijdraagt aan grotere patiëntbetrokkenheid (Cools et al., 2024; Ubbink et al., 2024) en betere afstemming van zorg op individuele behoeften (Brown et al., 2022). Dit is met name relevant bij complexe besluitvorming, waarin afwegingen worden gemaakt tussen bijvoorbeeld levensverlenging en kwaliteit van leven, waarmee over- en onderbehandeling kan worden voorkomen (Zorginstituut Nederland, 2020).

Toepassing van SDM in de ambulancezorg kent specifieke uitdagingen. In deze acute context kunnen tijdsdruk, medische urgentie en beperkte toegang tot patiëntinformatie gezamenlijke besluitvorming bemoeilijken (Gunnarsson & Warrén Stomberg, 2009). Ambulancezorgprofessionals, waaronder ambulanceverpleegkundigen, medisch hulpverleners, verpleegkundig specialisten en physician assistants (Regeling ambulancezorgvoorzieningen, 2023), zijn vaak het eerste medische aanspreekpunt en spelen een centrale rol in het interpreteren van de situatie en het bepalen van het vervolgbeleid. Voor toepassing van SDM is het noodzakelijk dat de patiënt wilsbekwaam is en er ruimte is om behandelopties en voorkeuren te bespreken (Ambulancezorg Nederland, 2022; Dercksen & Bruintjes, 2023). Wanneer deze voorwaarden in acute situaties ontbreken of beperkt zijn, nemen ambulancezorgprofessionals vaker zelfstandig beslissingen, waardoor besluitvorming een meer paternalistisch karakter krijgt (Forsgårde et al., 2021).

In 2023 betrof ruim 30% van de ambulance-inzetten in Nederland patiënten van 75 jaar en ouder (Ambulancezorg Nederland, 2024). Besluitvorming kan complexer zijn bij patiënten met multimorbiditeit, functionele achteruitgang en cognitieve kwetsbaarheid. Deze factoren komen vaker voor bij oudere patiënten en beïnvloeden de toepassing van SDM (Halfmann et al., 2016; Pel-Littel et al., 2021). Hierdoor verschuift de nadruk naar afwegingen rondom kwaliteit van leven en belastbaarheid (Pel-Littel et al., 2021). In acute situaties kan actieve deelname aan besluitvorming beperkt zijn, waardoor regie tijdelijk wordt overgedragen aan de zorgprofessional (Halfmann et al., 2016). Deze factoren maken oudere patiënten een relevante doelgroep binnen onderzoek naar SDM in de ambulancezorg. In dit onderzoek wordt een oudere patiënt gedefinieerd als iemand van 70 jaar of ouder (Meulman et al., 2021).

Onderzoek naar SDM in de acute zorg laat zien dat patiënten niet altijd voldoende worden betrokken bij besluitvorming en behoefte hebben aan meer persoonlijke afstemming (Prick et al., 2022; Wilson et al., 2017). Hoewel communicatie en bejegening door ambulancezorgprofessionals over het algemeen positief worden beoordeeld, geven patiënten ook binnen de ambulancezorg aan behoefte te hebben aan meer persoonlijke afstemming tijdens het ambulancecontact (Engelaar et al., 2022). Specifiek onderzoek naar SDM binnen de ambulancezorg is echter beperkt en heeft zich nog onvoldoende gericht op de ervaringen van oudere patiënten. Hierdoor is onvoldoende duidelijk hoe oudere patiënten hun betrokkenheid, regie en communicatie tijdens acute besluitvorming binnen de ambulancezorg ervaren en welke factoren daarop van invloed zijn. Een onvoldoende afstemming op de ervaringen en behoeften van patiënten kan bijdragen aan minder patiëntgerichte besluitvorming en een verminderd gevoel van regie bij patiënten (Brown et al., 2022).

De aanleiding voor dit onderzoek lag mede in de praktijk, waar tijdens een intercollegiaal toetsingsgesprek naar voren kwam dat werkwijzen rondom SDM binnen de ambulancezorg variëren afhankelijk van factoren zoals tijdsdruk en urgentie (persoonlijke communicatie, 14 november 2024). Dit benadrukt de noodzaak om het perspectief van oudere patiënten in deze context nader te onderzoeken.

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen in de ervaringen van oudere patiënten met SDM in de ambulancezorg en deze te vergelijken met de perspectieven van ambulancezorgprofessionals. Daarmee wil het onderzoek bijdragen aan meer patiëntgerichte besluitvorming voor ouderen. De centrale onderzoeksvraag luidt: *Hoe ervaren oudere patiënten SDM binnen de Nederlandse ambulancezorg, welke factoren beïnvloeden deze ervaringen en hoe verhouden deze zich tot de inzichten van ambulancezorgprofessionals?*

Voor ondersteuning bij de academische schrijfstijl is gebruikgemaakt van *ChatGPT* (OpenAI, 2024).

Methode

Design

Vanwege beperkte kennis over het patiëntenperspectief op SDM in de ambulancezorg werd gekozen voor een kwalitatieve, verkennende onderzoeksopzet (Baarda et al., 2018). De casestudybenadering maakte het mogelijk om binnen een afgebakende praktijkcontext diepgaande en contextgebonden inzichten te genereren (Yin, 2017). Het onderzoek had een exploratief en iteratief karakter, waarbij bevindingen stapsgewijs richting gaven aan vervolgstappen in dataverzameling en -analyse (Verhoef et al., 2019).

De gegevens werden verzameld via semigestructureerde interviews met oudere patiënten en een focusgroepsinterview met ambulancezorgprofessionals. Deze combinatie maakte het mogelijk zowel individuele ervaringen als professionele perspectieven te verkennen en bevorderde datatriangulatie door patiënt- en professionalperspectieven te combineren (Hennink et al., 2020; Saunders et al., 2024).

Onderzoekspopulatie

Patiënten kwamen in aanmerking wanneer zij Nederlandstalig waren en hun ervaringen in een interview konden bespreken. Ambulance-inzetten worden in Nederland gecategoriseerd naar urgentie: A1 voor levensbedreigende situaties met directe inzet en A2 voor urgente zorgvragen zonder directe levensbedreiging (Rolink et al., 2019). Patiënten werden geïnccludeerd na een A1- of A2-inzet, omdat in deze situaties acute besluitvorming plaatsvindt rondom beoordeling, behandeling en eventueel vervoer. Exclusiecriteria waren ernstige cognitieve beperkingen, een taalbarrière, verminderd bewustzijn of een medische toestand die deelname belemmerde.

Potentiële deelnemers werden door de afdeling ICT van Ambulance IJsselland doelgericht geselecteerd uit het elektronisch patiëntendossier, waarbij in beide selectierondes rekening werd gehouden met variatie in urgentie (A1/A2). In de eerste selectieronde werden 40 patiënten benaderd die in september 2025 ambulancezorg hadden ontvangen. Vanwege beperkte respons werd de inclusieperiode uitgebreid naar heel 2025, waarna in een tweede selectieronde nog eens 30 patiënten volgens dezelfde selectiecriteria werden geselecteerd en uitgenodigd. In totaal reageerden tien patiënten positief op de uitnodiging en namen deel aan het onderzoek.

Ambulancezorgprofessionals van Ambulance IJsselland kwamen in aanmerking wanneer zij minimaal één jaar werkervaring hadden en betrokken waren bij directe patiëntenzorg. In 2025 telde de organisatie 107 ambulancezorgprofessionals (persoonlijke communicatie, 2025). Professionals in opleiding of zonder patiëntcontact werden uitgesloten. Voor de werving werd een oproep geplaatst op het intranet van Ambulance IJsselland. Er werd gebruikgemaakt van een gemakssteekproef (Saunders et al., 2024), waarbij ambulancezorgprofessionals zich vrijwillig konden aanmelden voor deelname. De eerste zeven ambulancezorgprofessionals die zich aanmeldden, werden geïnccludeerd. Een aanvullende aanmelding werd niet geïnccludeerd, omdat het vooraf vastgestelde maximum al was bereikt.

Dataverzameling

De patiëntinterviews vonden plaats tussen oktober en december 2025 en werden zo kort mogelijk na het ambulanceconsult afgenomen om herinneringsvertekening te beperken (Baarda et al., 2018). De interviews vonden plaats bij patiënten thuis, duurden gemiddeld 45 minuten en werden na informed consent opgenomen.

De semigestructureerde opzet bood ruimte voor flexibiliteit en verdieping. Een op de onderzoeksvraag en literatuur gebaseerde topiclijst diende als leidraad. De interviews startten met een open vraag naar ervaringen met SDM, gevolgd door verdiepende vragen. De topiclijst werd vooraf via peer debriefing met twee ervaren ambulancezorgprofessionals besproken en in een proefinterview getest op relevantie en begrijpelijkheid bij een oudere patiënt (≥ 70 jaar) met ervaring met een ambulance-inzet (Baarda et al., 2018; Hennink et al., 2020). Het proefinterview werd niet meegenomen in de analyse.

De interviews richtten zich op vier onderwerpen: (1) *ervaringen met het ambulancezorgconsult*, waarbij patiënten hun contact met de ambulancezorgprofessional beschreven (Prick et al., 2022; Wilson et al., 2017); (2) *informatie-uitwisseling*, gericht op welke informatie tijdens het consult werd besproken en in hoeverre deze werd begrepen (Dercksen & Bruintjes, 2023; Gunnarsson & Warrén Stomberg, 2009); (3) *knelpunten in communicatie en besluitvorming*, waarbij werd nagegaan welke factoren het begrijpen en meedenken bemoeilijkten (Halfmann et al., 2016; Pel-Littel et al., 2021); en (4) *behoeften ten aanzien van betrokkenheid bij besluitvorming*, gericht op in hoeverre patiënten betrokken wilden worden en waar zij behoefte aan hadden (Engelaar et al., 2022; Pel-Littel et al., 2021). Binnen deze onderwerpen werd afhankelijk van het gespreksverloop doorgevraagd op ervaringen, verwachtingen, begrip, ervaren ruimte voor regie en terugblik op het besluitvormingsmoment.

Het focusgroepsinterview vond plaats in januari 2026 via Microsoft Teams en duurde ongeveer 90 minuten. Deze methode werd gekozen vanwege de mogelijkheid tot interactie tussen deelnemers, wat kan leiden tot rijkere data (Hennink et al., 2020). Een onafhankelijke moderator begeleidde het gesprek om interactie te bevorderen en invloed van de onderzoeker te minimaliseren. Het gesprek werd na informed consent audiovisueel opgenomen.

Het focusgroepsinterview bouwde voort op een voorlopige analyse van de patiëntinterviews, waarbij eerste codes en terugkerende patronen richting gaven aan de gespreksonderwerpen. De definitieve thema's werden vastgesteld na volledige data-analyse. Het gesprek startte met een openingsvraag, waarbij deelnemers individueel noteerden wat zij onder SDM verstonden. Vervolgens werden voorlopige bevindingen uit de patiëntinterviews besproken. Deelnemers reflecteerden hierop vanuit hun rol als ambulancezorgprofessional en gaven aan in hoeverre zij deze bevindingen herkenden in de praktijk. Daarbij dienden dezelfde onderwerpen als in de patiëntinterviews als uitgangspunt voor het verkennen van SDM, informatie-uitwisseling, communicatie-uitdagingen en factoren die patiëntparticipatie beïnvloeden.

Dataverwerking en analyse

Interviews en het focusgroepsinterview werden getranscribeerd, gecontroleerd en gepseudonimiseerd. De data werden inductief thematisch geanalyseerd volgens de zes stappen van Braun en Clarke (2022), waarbij codering en analyse iteratief plaatsvonden. Transcripties werden herhaald gelezen, betekenisvolle fragmenten gecodeerd en samengebracht tot overkoepelende thema's, die steeds werden getoetst aan de oorspronkelijke data. Dataverzameling en -analyse vonden parallel plaats, waardoor in vervolginterviews nader kon worden ingegaan op nieuwe inzichten en terugkerende patronen. Transcripties werden na elke twee interviews gecodeerd en vergeleken. Na acht interviews werden geen nieuwe thema's meer geïdentificeerd; twee aanvullende interviews bevestigden de thematische verzadiging (Hennink et al., 2020).

Ter waarborging van de kwaliteit van de analyse werd onderzoekertriangulatie toegepast door een mede-onderzoeker bij de codering te betrekken. Om de geloofwaardigheid van de analyse te versterken, werden codes vergeleken en verschillen besproken (Hennink et al., 2020).

Wijzigingen in het analyseproces werden vastgelegd in een logboek om het proces transparant en navolgbaar te houden (Verhoeven, 2020). Daarnaast vond peer debriefing plaats met een onafhankelijke expert om interpretaties kritisch te toetsen. Interviews en focusgroepinterview werden in samenhang geanalyseerd als vorm van datatriangulatie, waarbij bevindingen systematisch werden vergeleken en gebruikt om interpretaties te verdiepen. Dit versterkte de geloofwaardigheid van de analyse (Baarda et al., 2018; Evers & Van Staa, 2010). Ter verificatie van interpretaties werd member checking toegepast: een samenvatting van de bevindingen werd aan deelnemers voorgelegd. Er werden geen correcties of aanvullingen gerapporteerd. Codering en analyse werden uitgevoerd in ATLAS.ti (2024). Citaten werden gepseudonimiseerd als P1–P10 (patiënten) en AZP1–AZP7 (ambulancezorgprofessionals).

Ethische verantwoording

Dit onderzoek was niet WMO-plichtig en viel niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, z.d.-b). Het onderzoek werd uitgevoerd met toestemming van het directieteam van Ambulance IJsselland. De uitvoering vond plaats volgens de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Deelnemers ontvingen vooraf schriftelijke informatie over het onderzoek en namen vrijwillig deel op basis van informed consent. Daarmee gaven zij ook toestemming voor audio- en audiovisuele opnamen.

Persoonsgegevens werden gepseudonimiseerd en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. De data werden opgeslagen op het beveiligde netwerk van Ambulance IJsselland en waren alleen toegankelijk voor de onderzoeker. Gegevens werden niet gedeeld met derden en worden volgens geldende bewaartermijnen na 15 jaar, inclusief audio-opnamen, vernietigd (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, z.d.-a).

Resultaten

In totaal namen 17 respondenten deel aan het onderzoek: tien oudere patiënten die individueel werden geïnterviewd en zeven ambulancezorgprofessionals die deelnamen aan een focusgroep.

De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 79 jaar, met variatie in opleidingsniveau en eerdere acute zorgervaring. Zes van de tien patiënten hadden geen eerdere ervaring met acute zorg. Daarnaast betrof zes van de tien ambulancecontacten een A2-urgentie.

Alle patiënten hadden een Nederlandse culturele achtergrond. De ambulancezorgprofessionals bestonden uit één verpleegkundig specialist en zes ambulanceverpleegkundigen, met een gemiddelde werkervaring van 16,7 jaar. Daarnaast varieerde de mate waarin SDM in opleiding of via scholing aan bod was gekomen. Vier van de zeven ambulancezorgprofessionals hadden geen SDM-onderwijs of -training gevolgd.

Tabel 1 en 2 tonen de kenmerken van de geïnccludeerde patiënten en ambulancezorgprofessionals.

Tabel 1

Kenmerken geïnccludeerde patiënten

Patiënten (P)	Leeftijd (jaren)	Opleidingsniveau*	Urgentie**	Eerdere acute zorgervaring
P1	84	Hoog	A2	ja
P2	86	Hoog	A2	ja
P3	83	Hoog	A1	ja
P4	83	Hoog	A2	ja
P5	75	Laag	A1	nee
P6	79	Laag	A2	nee
P7	75	Middelbaar	A1	nee
P8	75	Laag	A2	nee
P9	75	Hoog	A1	nee
P10	76	Middelbaar	A2	nee

* naar de indeling van Centraal Bureau voor de Statistiek (2023)

** naar de indeling van Rolink et al. (2019)

Tabel 2

Kenmerken geïnccludeerde ambulancezorgprofessionals

Ambulancezorg-professional (AZP)	Functie	Werkervaring (jaren)	SDM-onderwijs/training
AZP1	Verpleegkundig specialist	20-29	beperkt*
AZP2	Ambulanceverpleegkundige	1-9	beperkt*
AZP3	Ambulanceverpleegkundige	20-29	geen
AZP4	Ambulanceverpleegkundige	10-19	geen
AZP5	Ambulanceverpleegkundige	20-29	beperkt*
AZP6	Ambulanceverpleegkundige	20-29	geen
AZP7	Ambulanceverpleegkundige	10-19	geen

* 'Beperkt' verwijst naar incidentele of korte blootstelling aan onderwijs of training in Shared Decision Making (SDM), bijvoorbeeld een enkele scholing of onderdeel van een opleiding.

De analyse resulteerde in vijf overkoepelende thema's. Illustratieve citaten verduidelijken de ervaringen, wensen en behoeften van oudere patiënten. Tabel 3 toont de samenhang tussen thema's, codes en citaten.

Tabel 3

Thema's, codes en illustratieve citaten met interpretatieve duiding

Thema	Code(s)	Betekenis	Citaat
Autonomie en regieverdeling	Ervaren keuzevrijheid	Gedeelde regie binnen professionele sturing	<i>"Ze hebben wel gezegd dat het ook op een andere manier zou kunnen... maar dat wou ik niet, min of meer heb ik toch de leiding een beetje zelf genomen." (P4)</i>
	Professioneel advies		
Begrenzing van SDM	Lichamelijke beperkingen SDM	Klachtenverlichting wordt ervaren als voorwaarde voor SDM	<i>"Nadat ik pijnstilling had gehad kon ik me veel beter concentreren op wat er gezegd werd" (P6)</i>
Communicatie en besluitvormingsproces	Inzicht in klinisch redeneren	Besluitvoering is zichtbaar en navolgbaar voor de patiënt	<i>"Ze vertelden duidelijk waar ze aan dachten en wat ze gingen doen" (P4)</i>
	Transparante informatie voorziening		
Vertrouwen in ambulancezorg-professional	Respectvolle bejegening	Patiënt ervaart vertrouwen als basis voor besluitvorming.	<i>"Het contact voelde respectvol en ontspannen, er werd niets verkeerd gezegd of gedaan" (P2)</i>
Context en randvoorwaarden	Behoeftte aan zorg-alternatieven	Patiënt voelt zich gedragen door een doorlopende zorglijn.	<i>"En ook dat het wordt doorgegeven aan de huisarts, want dat vind ik ook belangrijk. Dat die mij verder behandelt" (P6)</i>
	Continuïteit van zorg		

P=Patiënt

Autonomie en regieverdeling

Dit thema beschrijft hoe de regie over besluitvorming tijdens het ambulanceconsult wordt verdeeld tussen patiënt en ambulancezorgprofessional en hoe patiënten tijdelijke regieoverdracht ervaren. Patiënten gaven aan dat het overdragen van regie in acute situaties vaak passend voelde bij de ernst of onzekerheid van de situatie.

“Ik zou me hoe dan ook helemaal overgegeven hebben... wie ben ik dan om een andere mening te hebben?” (P4)

In deze situaties beschreven patiënten autonomie niet als volledige beslissingsvrijheid, maar als mogelijkheid om mee te denken binnen een door de professional geschetst kader. Regieoverdracht werd vaak als passend ervaren binnen de acute situatie, terwijl patiënten wel ruimte wilden behouden om hun mening te geven wanneer dit belangrijk voor hen was. Grenzen aan regieoverdracht werden vooral zichtbaar bij persoonlijk ingrijpende beslissingen, zoals keuzes rondom reanimatie of levensverlengende behandeling. In dergelijke situaties gaven patiënten aan nadrukkelijk betrokken te willen blijven bij de besluitvorming.

“Wanneer het leven voor mij klaar is... dan wil ik mee beslissen.” (P1)

Deze bevinding werd in de focusgroep grotendeels herkend. Ambulancezorgprofessionals beschreven dat het initiatief voor een behandelvoorstel doorgaans bij hen ligt, mede vanwege hun medische eindverantwoordelijkheid en de noodzaak om in acute situaties richting te geven aan het beleid. Daarbij gaven zij aan dat patiënten ruimte kregen voor regie binnen medisch verantwoorde grenzen.

“Je geeft de patiënt geen volledige vrijheid in alle opties, maar wel regie binnen wat medisch verantwoord is.” (AZP2)

Daarbij gaven zij aan dat patiënten vaak verwachten dat de professional de leiding neemt. Tegelijkertijd benadrukten zij dat ze waar mogelijk ruimte boden voor inbreng van de patiënt, binnen medisch verantwoorde grenzen. Daarnaast werd benoemd dat besluitvorming soms al (gedeeltelijk) was gevormd vóór aankomst van de ambulance, bijvoorbeeld door een huisarts of familie.

Begrenzing van SDM

Dit thema beschrijft situaties waarin patiënten beperkt zijn in hun mogelijkheid om deel te nemen aan besluitvorming en welke factoren deze begrenzing beïnvloeden. Verschillende patiënten gaven aan dat acute klachten, zoals pijn of duizeligheid, het moeilijk maakten om informatie te verwerken of actief mee te denken tijdens het ambulanceconsult.

“Door de pijn gaat alles langs je heen.” (P5)

Daarnaast gaven meerdere patiënten aan dat zij na stabilisatie, bijvoorbeeld na pijnstilling of wanneer klachten afnamen, beter in staat waren om vragen te stellen of mee te denken over het vervolg. Ook beschreven enkele patiënten dat ziekenhuisvervoer soms werd gepresenteerd als een noodzakelijke uitkomst, zonder dat dit als een expliciete keuze werd ervaren.

“Het werd gebracht als: deze meneer moet naar het ziekenhuis.” (P9)

Ambulancezorgprofessionals herkenden de begrenzing van SDM in acute situaties. Zij gaven aan dat bij directe instabiliteit of verminderd bewustzijn eerst medisch moest worden gehandeld, waardoor overleg tijdelijk niet mogelijk was en ambulancezorgprofessionals genooddaakt waren zelf beslissingen te nemen.

“In situaties waarin een patiënt niet bij bewustzijn is... is er eigenlijk geen ruimte voor gezamenlijke besluitvorming.” (AZP6)

Communicatie en besluitvormingsproces

Dit thema beschrijft hoe ambulancezorgprofessionals hun bevindingen en overwegingen communiceren en hoe deze communicatie bijdraagt aan de betrokkenheid van patiënten bij het besluitvormingsproces. Enkele patiënten gaven aan dat duidelijke uitleg over wat er gebeurde en waarom bepaalde keuzes werden gemaakt bijdroeg aan begrip voor en acceptatie van het besluit.

“Ze legden alles rustig uit en dat voelde prettig.” (P10)

Daarnaast gaven patiënten aan dat zij het waardeerden wanneer ambulancezorgprofessionals hun overwegingen expliciet toelichtten. Het hardop delen van het klinisch redeneren gaf patiënten inzicht in hoe het besluit tot stand kwam.

“Ze dachten hardop... daardoor wist ik precies wat er in hun hoofd omging.” (P6)

Patiënten gaven daarnaast aan dat het belangrijk was dat ruimte werd geboden om te reageren op het voorgestelde beleid, bijvoorbeeld wanneer zij het niet eens waren met een besluit. Ook kwam naar voren dat informatie-uitwisseling tijdens het ambulanceconsult soms via naasten verliep, waardoor niet alle informatie rechtstreeks met de patiënt werd besproken.

In de focusgroep lichtten ambulancezorgprofessionals het communicatieve proces vanuit hun professionele perspectief toe. Zij beschreven dat zij hun bevindingen met patiënten bespraken en hun klinisch redeneren expliciet maakten tijdens het besluitvormingsproces.

“Vanuit dat proces kom je uiteindelijk bij een beslismoment. Op dat moment bespreek je je bevindingen met de patiënt en neem je hem of haar mee in je redenering.” (AZP4)

Daarnaast gaven ambulancezorgprofessionals aan dat besluitvorming vaak startte vanuit een professioneel advies, waarna ruimte werd geboden voor reactie of instemming van de patiënt. Wanneer meerdere behandelopties mogelijk waren, werden deze expliciet besproken. Ook het controleren van begrip, bijvoorbeeld door patiënten te vragen informatie in eigen woorden te herhalen, werd genoemd als onderdeel van het besluitvormingsproces. Tot slot gaven ambulancezorgprofessionals aan dat scholing en communicatiehandvatten hen kunnen ondersteunen bij het betrekken van patiënten wanneer de acute situatie dit toelaat.

Vertrouwen in ambulancezorgprofessional

Dit thema beschrijft hoe vertrouwen in de deskundigheid en bejegening van de ambulancezorgprofessional samenhangt met het accepteren van het voorgestelde beleid tijdens het ambulanceconsult. Veel patiënten gaven aan professioneel advies te volgen vanuit vertrouwen in het oordeel van de ambulancezorgprofessional.

“Zij zijn experts, dus ik ga er dan toch van uit dat ze een goed advies geven.” (P6)

Daarnaast gaven enkele patiënten aan dat zij ervan uitgingen dat de ambulancezorgprofessional kon inschatten wat medisch noodzakelijk was en dat zij hun oordeel daarop afstemden. Tegelijkertijd beschreven sommige patiënten dat dit vertrouwen ertoe leidde dat zij het niet passend vonden om het professionele oordeel ter discussie te stellen. Deze terughoudendheid hing samen met afhankelijkheid van medische expertise en vertrouwen in de leidende rol van de ambulancezorgprofessional.

“Met dit soort dingen ligt mijn lot in handen van de ambulanceprofessionals.” (P4)

De bevinding dat patiënten professioneel advies vaak volgden vanuit vertrouwen werd in de focusgroep herkend. Ambulancezorgprofessionals gaven aan dat patiënten hen regelmatig positioneerden als deskundige autoriteit en verwachtten dat zij richting gaven aan de besluitvorming. Het geven van een duidelijk advies, vooral in acute of medisch eenduidige situaties, werd door hen gezien als een manier om patiënten duidelijkheid en vertrouwen te bieden.

“Sommige ouderen verwachten juist dat jij als professional de beslissing neemt. Dat geeft hun rust.” (AZP3)

Context en randvoorwaarden

Dit thema beschrijft hoe contextuele en organisatorische factoren het besluitvormingsproces tijdens het ambulanceconsult beïnvloeden. Contextuele factoren betreffen omstandigheden rondom het ambulancecontact, zoals verwachtingen van patiënten en naasten. Organisatorische factoren hebben betrekking op randvoorwaarden, zoals beschikbaarheid van patiëntinformatie en vervolgzorg, die bepalen welke handelingsopties in de praktijk mogelijk of bespreekbaar zijn. Deze factoren verschillen van de begrenzing van SDM doordat zij niet voortkomen uit de belastbaarheid van de patiënt, maar uit de organisatorische en contextuele omstandigheden waarin besluitvorming plaatsvindt. Enkele patiënten gaven aan dat zij voorafgaand aan het ambulancecontact al verwachtingen hadden over de uitkomst van het consult, bijvoorbeeld dat ziekenhuisopname noodzakelijk zou zijn.

“Ik dacht eigenlijk dat ik sowieso naar het ziekenhuis moest.” (P5)

In de focusgroep benoemden ambulancezorgprofessionals organisatorische factoren die de mogelijkheden voor besluitvorming beïnvloeden. Zo gaven zij aan dat de beschikbaarheid van vervolgzorg, zoals thuiszorg in de acute fase, mede bepaalt welke opties met patiënten besproken kunnen worden. Daarnaast beschreven zij dat het ontbreken van toegang tot patiëntinformatie, zoals het huisartsendossier of eerdere behandelafspraken, het lastig kan maken om besluitvorming af te stemmen op de medische voorgeschiedenis en voorkeuren van patiënten.

“Als je bij een patiënt komt en je zou het huisartsendossier in kunnen zien, zou dat van enorme waarde zijn.” (AZP6)

Verder werd samenwerking met andere zorgverleners genoemd als onderdeel van het besluitvormingsproces. Ambulancezorgprofessionals gaven aan dat zij in sommige situaties contact opnamen met de huisarts om het beleid af te stemmen of aanvullende informatie te verkrijgen.

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat SDM in de ambulancezorg bij oudere patiënten geen lineair keuzeprocess is, maar een contextafhankelijk afstemmingsproces. De mogelijkheden voor patiëntparticipatie worden in belangrijke mate bepaald door de klinische toestand en belastbaarheid van de patiënt. Binnen deze grenzen ontstaat betrokkenheid vooral wanneer ambulancezorgprofessionals hun klinisch redeneren transparant maken en patiënten expliciet uitnodigen om te reageren. Daarnaast beïnvloeden contextuele en organisatorische randvoorwaarden, zoals beschikbare vervolgzorg en toegang tot patiëntinformatie, welke handelingsopties feitelijk bespreekbaar zijn. De bevindingen suggereren daarmee dat SDM in de ambulancezorg minder draait om expliciete keuzevorming en meer om afstemming binnen de mogelijkheden van de situatie.

Participatie binnen de grenzen van de acute situatie

Een belangrijke bevinding is dat verschillende vormen van patiëntparticipatie zichtbaar zijn. Sommige oudere patiënten wilden actief meedenken en hun voorkeuren expliciet bespreken, terwijl anderen bewust leunden op professioneel advies en de regie (tijdelijk) overdroegen aan de ambulancezorgprofessional. In beide situaties bleek het voor patiënten belangrijk om het besluitvormingsproces te kunnen volgen en begrijpen, ook wanneer er weinig daadwerkelijke keuzeruimte was. Deze bevinding nuanceert klassieke SDM-modellen, waarin gezamenlijke besluitvorming vaak wordt beschreven als een expliciet keuzeprocess tussen meerdere behandelopties (Elwyn et al., 2010). De resultaten sluiten beter aan bij het concept van relationele autonomie, waarin autonomie niet uitsluitend wordt gezien als zelfstandig kiezen, maar als iets dat vorm krijgt binnen relaties, afhankelijkheid en context (Entwistle & Watt, 2013). In de ambulancezorg lijkt autonomie vooral samen te hangen met de mogelijkheid om mee te denken, vragen te stellen en te reageren op professionele voorstellen binnen de grenzen van de acute situatie.

Klinische toestand als voorwaarde voor participatie

De bevindingen laten zien dat de mate van patiëntparticipatie sterk samenhangt met de fysieke en cognitieve belastbaarheid van de patiënt. Pijn, stress, benauwdheid en acute instabiliteit beperkten het vermogen van patiënten om informatie te verwerken en actief deel te nemen aan besluitvorming. Eerder onderzoek beschrijft dat urgentie en tijdsdruk gezamenlijke besluitvorming in acute situaties kunnen beperken (Forsgårde et al., 2021; Gunnarsson & Warrén Stomberg, 2009). Dit onderzoek verdiept deze inzichten door te laten zien dat niet alleen de acute context, maar ook de directe symptomatische belasting bepalend is voor de mogelijkheden tot participatie. Onderzoek laat zien dat acute stress en pijn kunnen leiden tot beperkingen in aandacht, informatieverwerking en besluitvorming, waardoor actieve participatie bemoeilijkt kan worden (Marco et al., 2022; Reale et al., 2023). Dit kan verklaren waarom patiënten in acute situaties vaker de regie overdragen aan de ambulancezorgprofessional. De bevindingen suggereren dat ruimte voor SDM in de ambulancezorg vaak eerst gecreëerd moet worden door stabilisatie en symptoomverlichting. Pas wanneer patiënten voldoende cognitieve en emotionele ruimte ervaren, ontstaat meer mogelijkheid voor uitleg, controle van begrip en betrokkenheid bij besluitvorming.

Communicatie als mechanisme voor betrokkenheid

Binnen de beperkte ruimte voor participatie speelde communicatie een centrale rol in hoe patiënten betrokkenheid ervoeren. Transparante uitleg en het expliciteren van klinisch redeneren hielpen patiënten om besluiten beter te begrijpen en het besluitvormingsproces te volgen. Dit sluit aan bij onderzoek waarin communicatie wordt gezien als belangrijke voorwaarde voor begrip, betrokkenheid en ervaren kwaliteit van zorg (Brown et al., 2022; Street et al., 2009).

De bevindingen suggereren dat betrokkenheid in de ambulancezorg minder ontstaat door het expliciet afwegen van behandelopties en meer doordat patiënten worden meegenomen in de

overwegingen van de professional. Ook in situaties met beperkte keuzemogelijkheden bleken patiënten waarde te hechten aan uitleg, inzicht in het denkproces van de professional en ruimte om te reageren op voorgesteld beleid. Het controleren van begrip, bijvoorbeeld via teach-back, kan hierbij ondersteunen (Yen & Leasure, 2019).

Vertrouwen en professionele regie

Vertrouwen in de ambulancezorgprofessional bleek een belangrijke factor in het accepteren van professioneel advies. Veel patiënten vertrouwden op de deskundigheid van de ambulancezorgprofessional en waren daarom geneigd diens advies te volgen. Tegelijkertijd laten de bevindingen zien dat vertrouwen niet automatisch leidt tot actieve participatie. Sommige patiënten vonden het juist niet passend om professionele oordelen ter discussie te stellen, waardoor zij minder snel vragen stelden of voorkeuren expliciet maakten. Eerder onderzoek laat zien dat vertrouwen in zorgprofessionals zowel patiëntbetrokkenheid kan ondersteunen als kan samengaan met minder actieve deelname aan besluitvorming (Pokhilenko et al., 2021).

Deze bevinding nuanceert literatuur waarin vertrouwen vooral wordt beschreven als voorwaarde voor gezamenlijke besluitvorming (Elwyn et al., 2012; Entwistle & Watt, 2013). De resultaten van dit onderzoek suggereren dat vertrouwen zowel betrokkenheid kan ondersteunen als kan samengaan met een meer passieve rol van de patiënt. Juist daarom blijft het expliciet uitnodigen van patiënten om vragen te stellen of te reageren op voorstellen belangrijk, ook wanneer vertrouwen aanwezig lijkt.

Contextuele en organisatorische randvoorwaarden

Naast patiëntgebonden en relationele factoren bleken ook organisatorische omstandigheden invloed te hebben op het besluitvormingsproces. De beschikbaarheid van patiëntinformatie, behandelafspraken en vervolgzorg bepaalde mede welke handelingsopties daadwerkelijk bespreekbaar waren. Wanneer relevante informatie ontbrak, werd het moeilijker om besluitvorming af te stemmen op voorkeuren, voorgeschiedenis en bestaande behandelafspraken.

Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek dat laat zien dat organisatorische en informatieve randvoorwaarden een belangrijke rol spelen binnen acute besluitvorming (Hofman et al., 2015). De resultaten benadrukken dat bevordering van SDM in de ambulancezorg niet alleen afhankelijk is van individuele communicatievaardigheden, maar ook van ketensamenwerking, informatie-uitwisseling en beschikbare zorgopties.

Vergelijking met andere acute zorgcontexten

In andere acute zorgcontexten, zoals de spoedeisende hulp, wordt SDM vaker vormgegeven als een expliciet keuzeprocess waarin behandelopties actief worden afgewogen, ondersteund door keuzehulp en gestructureerde communicatie-interventies (Probst et al., 2017; Stacey et al., 2024). De ambulancecontext verschilt hiervan doordat tijd, informatie en keuzeruimte vaak beperkter zijn. Toch lijken bepaalde procesgerichte elementen van SDM, zoals transparante communicatie, het expliciteren van overwegingen en het controleren van begrip, ook binnen de ambulancezorg relevant en toepasbaar.

Implicaties voor de praktijk

De bevindingen laten zien dat ook in situaties met beperkte keuzemogelijkheden ruimte blijft bestaan voor betrokkenheid van patiënten. Het expliciteren van klinisch redeneren, het actief uitnodigen van patiënten om te reageren en het controleren van begrip kunnen bijdragen aan beter afgestemde besluitvorming. Hierdoor kan zorg beter aansluiten bij de waarden, voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt. Daarnaast benadrukken de resultaten het belang van goede informatie-uitwisseling tussen ambulancezorg en andere zorgverleners. Toegang tot behandelwensen, medische voorgeschiedenis en actuele vervolgzorgmogelijkheden kan bijdragen aan besluitvorming die beter

aansluit bij de situatie en behoeften van de patiënt en ongewenste zorg, zoals over- of onderbehandeling, helpen voorkomen.

Methodologische discussie

De toepassing en beleving van SDM in de acute ambulancezorg bij oudere patiënten is, voor zover bekend, nog niet onderzocht vanuit zowel patiënt- als professionalperspectief. Door beide perspectieven te combineren draagt dit onderzoek bij aan de kennis over SDM in acute zorgsituaties. Hoewel de steekproefomvang beperkt was, werd thematische verzadiging bereikt, wat suggereert dat de belangrijkste ervaringen met SDM binnen de onderzochte groep zijn geïdentificeerd. Variatie in leeftijd, zorgsituatie en ambulancecontact droeg bij aan een breed beeld en versterkte de geloofwaardigheid. De combinatie van patiëntinterviews en een focusgroepsinterview met ambulancezorgprofessionals maakte datatriangulatie mogelijk, waarbij bevindingen vanuit verschillende perspectieven konden worden vergeleken en verdiept.

Bij de interpretatie van de bevindingen moeten enkele methodologische beperkingen worden meegenomen. Het onderzoek werd uitgevoerd binnen één regionale ambulancevoorziening. Hoewel deze organisatie qua structuur en werkwijze vergelijkbaar is met het landelijke profiel van de Nederlandse ambulancezorg, kunnen regionale contextfactoren invloed hebben gehad op de toepassing van SDM. Hierdoor zijn de bevindingen niet zonder meer overdraagbaar naar andere regio's. Daarnaast bestond de steekproef uitsluitend uit Nederlandstalige ouderen. Hoewel een niet-Nederlandse achtergrond geen exclusie criterium was, namen geen patiënten met een migratieachtergrond deel aan het onderzoek. Mogelijke culturele verschillen en taal- of communicatiebarrières blijven daardoor buiten beschouwing, wat de overdraagbaarheid naar oudere patiënten met een migratieachtergrond kan beperken. De online uitvoering van het focusgroepsinterview kan de groepsdynamiek en interactie tussen deelnemers hebben beïnvloed, doordat non-verbale signalen en spontane reacties mogelijk beperkter waren (Hennink et al., 2020). Tot slot kan de betrokkenheid van de onderzoeker bij de ambulancezorgcontext het risico op interpretatieve bias vergroten, doordat uitspraken mogelijk zijn geïnterpreteerd vanuit bestaande professionele aannames.

Conclusie

De bevindingen geven inzicht in hoe oudere patiënten SDM binnen de ambulancezorg ervaren en hoe deze ervaringen zich verhouden tot de inzichten van ambulancezorgprofessionals. SDM blijkt sterk afhankelijk van de lichamelijke en emotionele belastbaarheid van de patiënt en de context van de zorgverlening. Betrokkenheid ontstaat vooral wanneer patiënten worden meegenomen in het klinisch redeneren van de ambulancezorgprofessional, duidelijke uitleg krijgen en ruimte ervaren om te reageren op het voorgestelde beleid.

Ambulancezorgprofessionals herkennen dit beeld en beschrijven een praktijk waarin professioneel advies richtinggevend is, terwijl patiëntparticipatie wordt afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt. De bevindingen laten zien dat SDM in de ambulancezorg minder een expliciet keuzeprocess is dan een situationeel afstemmingsproces, waarin professionele regie en patiëntparticipatie elkaar aanvullen binnen de grenzen van de acute situatie.

Aanbevelingen

Allereerst wordt aanbevolen ambulancezorgprofessionals te trainen in het expliciteren van hun klinisch redeneren en beschikbare behandelopties. Dit houdt in dat zij overwegingen verwoorden, handelingsopties benoemen en keuzes toelichten, waarbij zij patiënten actief uitnodigen te reageren en toetsen of de uitleg wordt begrepen. Deze werkwijze sluit aan bij literatuur waarin transparante communicatie en het expliciteren van klinisch redeneren worden beschreven als belangrijke voorwaarden voor patiëntbetrokkenheid en begrip in acute zorgsituaties (Street et al., 2009; Yen & Leasure, 2019).

Daarnaast wordt aanbevolen in onderwijs en bij- en nascholing aandacht te besteden aan het afstemmen van patiëntparticipatie op de actuele belastbaarheid van de patiënt.

Ambulancezorgprofessionals kunnen hun communicatie hierop aanpassen, variërend van gezamenlijke afweging tot een meer sturende benadering. Dit sluit aan bij onderzoek waaruit blijkt dat simulatieonderwijs en praktijkgerichte scholing kunnen bijdragen aan communicatievaardigheden en klinisch redeneren in acute zorgsituaties (Alharbi et al., 2024; Park & Jun, 2023).

Op organisatorisch niveau wordt aanbevolen de informatie-uitwisseling tussen ambulancezorg en andere zorgverleners te verbeteren. Ambulancezorgprofessionals gaven aan dat beperkte toegang tot patiëntinformatie en behandelafspraken patiëntgerichte besluitvorming kan bemoeilijken. Dit sluit aan bij recent onderzoek waarin informatiebeschikbaarheid en interprofessionele samenwerking worden beschreven als belangrijke voorwaarden voor afgestemde prehospital zorg bij oudere patiënten met complexe zorgbehoeften (Hedqvist & Herrera, 2025).

Tot slot is vervolgonderzoek wenselijk naar hoe patiënten met verschillende culturele achtergronden SDM in de ambulancezorg ervaren. Dit sluit aan bij recente literatuur waarin culturele factoren, taalbarrières en verschillen in communicatie invloed blijken te hebben op patiëntparticipatie en besluitvorming in acute zorgsituaties (Khashaba et al., 2025; Liu et al., 2025).

Literatuurlijst

- Alharbi, A., Nurfianti, A., Mullen, R. F., McClure, J. D., & Miller, W. (2024). The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: A systematic review. *BMC Medical Education*, 24(1099). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06080-z>
- Ambulancezorg Nederland. (2022). *Uitgave Landelijk protocol Ambulancezorg 9* (Versie 3.1.5) [App]. Geraadpleegd op 15 juni 2025, van <https://play.google.com/store/apps/details?id=nl.ambulancezorg.azn&hl=nl&pli=1>
- Ambulancezorg Nederland. (2024, 4 september). *Sectorkompas 2023*. Geraadpleegd op 14 april 2025, van <https://www.ambulancezorg.nl/sectorkompas/sectorkompas-2023>
- ATLAS.ti (versie 25.01) [Computerprogramma]. (2024). Scientific Software Development.
- Baarda, B., Bakker, A., Boullart, T., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4^e druk). Noordhof uitgevers.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a *knowing* researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Brown, E. L., Poltawski, L., Pitchforth, E., Richards, S. H., Campbell, J. L., & Butterworth, J. E. (2022). Shared decision making between older people with multimorbidity and GPs: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 72(721), e609–e618. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0529>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2023). *Van leerladder naar onderwijswaaijer; Verkenning CBS naar alternatieven laag – middelbaar – hoog*. Geraadpleegd op 20 februari 2026, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2023/van-leerladder-naar-onderwijswaaijer>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.-a). *Bewaartermijnen gegevens medisch-wetenschappelijk onderzoek*. Geraadpleegd op 22 april 2025, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/bewaartermijnen-gegevens-medisch-wetenschappelijk-onderzoek>
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. (z.d.-b). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Geraadpleegd op 22 april 2025, van <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>
- Cools, M. H., Girbes, A. R. J., & Metselaar, S. (2024). Gezamenlijke besluitvorming bij acuut levensbedreigende situaties. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 2024(8), 65-67.
- Dercksen, B., & Bruintjes, A. (2023). Het SPART-model in het ambulancezorgproces. In R. Lichtveld, A. Bruintjes, A. van Eldik, Y. te Braake & M. Sleeswijk (Red.), *Leerboek Ambulancezorg* (pp. 157-164). Bohn Stafleu van Loghum.

- Ebben, R. H., Vloet, L. C., Van Grunsven, P. M., Breeman, W., Goosselink, B., Lichtveld, R. A., Mintjes-De Groot, J. A., & Van Achterberg, T. (2015). Factors influencing ambulance nurses' adherence to a national protocol ambulance care: an implementation study in the Netherlands. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 22(3), 199–205.
<https://doi.org/10.1097/MEJ.000000000000133>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnerley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367.
<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ (Clinical research ed.)*, 341, c5146.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
- Engelaar, M., Zagt, A., & Bos, N. (2022). *Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten: een onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg gemeten met de CQ-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg* (Rapport 2022). Nivel. Geraadpleegd op 10 april 2025, van
<https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004348.pdf>
- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American journal of bioethics: AJOB*, 13(8), 29–39.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>
- Evers, J., & Van Staa, A. (2010). 'Thick analysis': strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *Kwalon* 43, 15(1), 5-12. Geraadpleegd op 21 april 2025, van
<https://repub.eur.nl/pub/23133/Thick%20analysis%20kwalon%202010.pdf>
- Forsgårde, E. S., Svensson, A., Röst, M., Fridlund, B., & Elmqvist, C. (2021). The dialogue as decision support; lived experiences of extended collaboration when an ambulance is called. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 1970095.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1970095>
- Gunnarsson, B. M., & Warrén Stomberg, M. (2009). Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations. *International emergency nursing*, 17(2), 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.10.004>
- Halfmann, K., Hedgcock, W., Kable, J., & Denburg, N. L. (2016). Individual differences in the neural signature of subjective value among older adults. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(7), 1111–1120. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv078>
- Hedqvist, A. T., & Herrera, M. J. (2025). Ambulance clinicians' perspectives on interprofessional collaboration in prehospital emergency care for older patients with complex care needs: a mixed-methods study. *BMC geriatrics*, 25(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05975-w>

- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods* (2^e druk). SAGE.
- Hofman, C. S., Makai, P., Blom, J. W., Boter, H., Buurman, B. M., Olde Rikkert, M. G., Donders, R., & Melis, R. J. (2015). Comparing the health state preferences of older persons, informal caregivers and healthcare professionals: a vignette study. *PloS one*, 10(3), e0119197. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119197>
- Khashaba, A. A., Brett, S. J., & Warner, B. E. (2025). Cultural and religious influences on shared decision-making in treatment escalation planning with older adults in the acute setting: a qualitative secondary analysis of interview studies seeking clinician and patient perspectives. *Age and ageing*, 54(12), afaf357. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf357>
- Liu, C., Tu, Y. H., Lin, L. J., Chen, H., Liu, T. H., Lin, H. L., Liu, R., & Chiou, W. K. (2025). Doctor-Patient Communication Models, Patient Decision-Making Participation, and Patient Emotional Expression: A Cross-Cultural Comparison of Samples from the UK and China. *Patient preference and adherence*, 19, 2505–2524. <https://doi.org/10.2147/PPA.S537829>
- Marco, C. A., Studebaker, H., Harrington, M., Ganz, E., Boodt, B., Hunt, T., Costin, A., Joseph, C., & Ely, I. (2022). The effects of acute pain on cognitive skills in emergency department patients. *The American journal of emergency medicine*, 55, 72–75. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.03.001>
- Meulman, M., Merten, H., & Wagner, C. (2021). *Het screenen van kwetsbare ouderen: onderzoek vanuit een Safety-I en Safety-II perspectief. Evaluatie van het VMS thema kwetsbare ouderen* (Rapport 2021). Nivel. Geraadpleegd op 12 maart 2025, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004029.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). *Samen beslissen*. Geraadpleegd op 12 maart 2025, van <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/kwaliteit/samen-beslissen>
- OpenAI. (2024). *ChatGPT* (versie 3.5) [Generatieve AI]. <https://chat.openai.com/>
- Park, J. M., & Jun, S.-E. (2023). The effects of simulation-based education on the communication and clinical judgment of nursing students and nurses: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, 29(3), 203–224. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2023.29.3.203>
- Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., Van Etten-Jamaludin, F. S., Van Weert, J. C. M., Minkman, M. M., & Scholte Op Reimer, W. J. M. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *BMC geriatrics*, 21(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y>
- Pokhilenko, I., van Esch, T. E. M., Brabers, A. E. M., & de Jong, J. D. (2021). Relationship between trust and patient involvement in medical decision-making: A cross-sectional study. *PloS one*, 16(8), e0256698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256698>
- Prick, J. C. M., Zonjee, V. J., Van Schaik, S. M., Dahmen, R., Garvelink, M. M., Brouwers, P. J. A. M., Saxena, R., Keus, S. H. J., Deijle, I. A., Van Uden-Kraan, C. F., Van der Wees, P. J., Van den Berg-Vos, R. M., & Santeon VBHC stroke group (2022). Experiences with information provision

- and preferences for decision making of patients with acute stroke. *Patient education and counseling*, 105(5), 1123–1129. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.015>
- Probst, M. A., Kanzaria, H. K., Schoenfeld, E. M., Menchine, M. D., Breslin, M., Walsh, C., Melnick, E. R., & Hess, E. P. (2017). Shared Decisionmaking in the Emergency Department: A Guiding Framework for Clinicians. *Annals of emergency medicine*, 70(5), 688–695. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.03.063>
- Reale, C., Salwei, M. E., Militello, L. G., Weinger, M. B., Burden, A., Sushereba, C., Torsher, L. C., Andreae, M. H., Gaba, D. M., McIvor, W. R., Banerjee, A., Slagle, J., & Anders, S. (2023). Decision-Making During High-Risk Events: A Systematic Literature Review. *Journal of cognitive engineering and decision making*, 17(2), 188–212. <https://doi.org/10.1177/15553434221147415>
- Regeling ambulancezorgvoorzieningen*. (2023, 1 januari). Overheid.nl. Geraadpleegd op 12 april 2025, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0044474/2023-01-01>
- Rolink, M., Bos, N., & De Boer, D. (2019). *Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijnszorgketen: een verantwoording voor de urgentie-indeling* (Rapport 2019). Nivel. Geraadpleegd op 18 februari 2026, van https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_urgentie_ambulancezorg.pdf
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2024). *Methoden en technieken van onderzoek* (M. Arnoldy, F. de Jong, & S. Beltman. Nederlandse bew.; P. Smitt, & I. Smeets. Vert.; 9^e editie). PearsonBenelux (orgineel werk gepubliceerd in 2023)
- Stacey, D., Lewis, K. B., Smith, M., Carley, M., Volk, R., Douglas, E. E., Pacheco-Brousseau, L., Finderup, J., Gunderson, J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bravo, P., Steffensen, K., Gogovor, A., Graham, I. D., Kelly, S. E., Légaré, F., Sondergaard, H., Thomson, R., Trenaman, L., ... Trevena, L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6>
- Street, R. L., Jr, Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Ubbink, D. T., Matthijssen, M., Lemrini, S., Van Etten-Jamaludin, F. S., & Bloemers, F. W. (2024). Systematic review of barriers, facilitators, and tools to promote shared decision making in the emergency department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 31(10), 1037–1049. <https://doi.org/10.1111/acem.14998>
- Verhoef, J. Kuiper, C., Neijenhuis, K., & Rosendal, H. (2019). *ZorgBasics Praktijkgericht onderzoek* (3^e druk). Boom Lemma Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom.

- Wilson, T., Miller, J., Teare, S., Penman, C., Pearson, W., Marlett, N. J., Shklarov, S., Diane Galbraith, P., Southern, D. A., Knudtson, M. L., Norris, C. M., James, M. T., & Wilton, S. B. (2017). Patient perspectives on engagement in decision-making in early management of non-ST elevation acute coronary syndrome: a qualitative study. *BMC medical informatics and decision making*, 17(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0555-9>
- Yen, P. H., & Leasure, A. R. (2019). Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal practitioner: for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 36(6), 284–289.
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and Methods* (6e edition). SAGE Publications.
- Zorginstituut Nederland. (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg* (rapport). Geraadpleegd op 16 mei 2025, van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-85e2ea69-0278-4eee-8105-dcad414a117f/pdf>