

De knelpunten van de kwaliteit van dienstverlening bij het consultatiebureau vanuit het
cliëntenperspectief

Tanja Kronberg (s0072680)

Begeleidende docenten: dr. L.M.A.Braakman-Jansen

dr. C.Bode

Universiteit Twente, Enschede

Augustus 2007

Samenvatting

Doel: Uit diverse tevredenheidsonderzoeken die onder cliënten van consultatiebureau werden gehouden en die een kwantitatief karakter hadden, zijn een aantal knelpunten in de kwaliteit van zorgverlening naar voren gekomen. Het doel van dit kwalitatief onderzoek was het inzichtelijker maken van de knelpunten van de zorgverleningskwaliteit. Op basis van het onderzoek zouden ook nieuwe knelpunten aan het licht kunnen komen, waarop aandacht kan worden besteed in een volgend tevredenheidsonderzoek.

Methoden: Er zijn 10 semi-gestructureerde interviews gehouden met cliënten van diverse consultatiebureaus, die allen negatieve ervaringen met het consultatiebureau hebben gehad. De respondenten werden in heel Nederland geworven. Als rode draad voor de interviews dienden de 10 dimensies van de dienstverleningskwaliteit (Zeithaml et al. 1985). De kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al. (1985) werden vervolgens gebruikt om de knelpunten die uit de interviews naar voren zijn gekomen, te classificeren. Binnen ieder kwaliteitsdimensie werden de knelpunten verder in de categorieën verdeeld. Elk categorie had betrekking op eenzelfde aspect van de zorgverlening en heeft een code gekregen.

Resultaten: De knelpunten zijn in negen kwaliteitsdimensies geassocieerd. Binnen deze dimensies werden 19 categorieën onderscheiden. De problemen die binnen de dimensies bekwaamheid en beleefdheid vielen, vormden de grootste knelpunten. Ook de codes wachttijden (dimensie betrouwbaarheid), telefonische bereikbaarheid (dimensie toegankelijkheid), en inflexibiliteit betreffende afspraken (dimensie begrip van klanten) werden veelal genoemd.

Conclusies en discussie: De knelpunten binnen de dimensies bekwaamheid en beleefdheid bleken in de lijn van de bevindingen uit andere onderzoeken te liggen. Met de code advisering werd ontevredenheid over de adviezen inzichtelijker gemaakt. De knelpunten die niet eerder in de onderzoeken naar voren zijn gekomen, waren: alle knelpunten van de dimensie veiligheid, (het uiterlijk voorkomen van) het personeel, verwijsbeleid en openingstijden van het consultatiebureau.

Al geruime tijd wordt vanuit het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS) ingezet op de omvorming van de gezondheidszorg van een aanbodgericht naar een meer vraaggericht stelsel. In dit kader is het van belang bij het beleid zoveel mogelijk rekening te houden met vragen en behoeften van de cliënt. Daarnaast is het wenselijk dat de overheid de gevolgen van haar beleid inzichtelijk maakt.

Voor het vertalen van dit beleid naar de werkwijze van de gezondheidszorginstellingen is er door de stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ) een kwaliteitsmanagementsysteem ontwikkeld. In de organisatie dat HKZ gecertificeerd is, staan de belangen van de cliënt centraal en er wordt stelselmatig geëvalueerd of de zorg- en dienstverlening naar tevredenheid is van de cliënt. Een manier om de evaluaties uit te voeren, is het doen van een klanttevredenheidsonderzoek. Middels een dergelijk onderzoek wordt in beeld gebracht hoe de cliënten de kwaliteit van de zorgverlening ervaren en zodoende kan men het beleid en de werkwijze beter op de wensen van de cliënten afstemmen.

Ook de consultatiebureaus zijn in de afgelopen jaren meer geïnteresseerd geraakt in de wensen van hun cliënten en hebben met behulp van de klanttevredenheidsonderzoeken regelmatig de kwaliteit van hun zorgverlening in kaart gebracht. Het schriftelijk dan wel mondeling nagaan van de tevredenheid van ouders wordt bij vrijwel de gehele jeugdgezondheidszorg voor nul- tot vierjarigen wel eens gedaan en is bij 70 % van de organisaties een regel. Formeel tevredenheidsonderzoek zien we bij bijna 85 % en nog eens tien procent gaven aan plannen daartoe te hebben (Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), 2005).

Uit de tevredenheidsonderzoeken die bij consultatiebureaus in Noord-Brabant (Pardoel&Tits, 2002), Midden-Limburg (Pardoel, 2004), Noord-Limburg (Pardoel&Tits, 2006) en uit onlineonderzoek (Cuivers&Pardoel, 2001) is gebleken dat ouders over het algemeen tevreden zijn over diensten van hun consultatiebureau. De respondenten gaven bijvoorbeeld aan dat ze correct te woord worden gestaan, op het gemak worden gesteld en al hun vragen bij de medewerkers kwijt kunnen. De gemiddelde cijfers dat ouders aan aspecten zoals vriendelijkheid van de medewerkers, klantgerichtheid, deskundigheid, kindvriendelijkheid en bejegening gaven lagen tussen een zeven en een acht (gemeten op de schaal tussen 1 en 10, waarbij 10 de hoogste waardering is). Er dient echter te worden opgemerkt dat het om gemiddelden gaat. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van Cuivers en Pardoel (2001) dat in totaal 44% van de respondenten matig tevreden tot ontevreden was over de deskundigheid en 40% ten aanzien van de

klantgerichtheid van het consultatiebureau. Voorts rapporteren Cuivers en Pardoën (2001) dat 4% van de respondenten vroegtijdig met het bezoeken van het consultatiebureau stopte. Behalve de praktische redenen, zoals verhuizing naar het buitenland, worden een slechte ervaring, een medische misser en ontevredenheid over de bejegening als oorzaken genoemd. De achterliggende oorzaak van de ontevredenheid bij deze subgroepen is op basis van deze grotendeels kwantitatieve onderzoeken echter onduidelijk.

In het huidige kwalitatieve onderzoek zal daarom worden gezocht naar meer diepgang in de reden van ontevredenheid. Hiertoe zal een groep ouders/verzorgers met negatieve ervaringen ten aanzien van het consultatiebureau geïnterviewd worden. Het doel van dit onderzoek is om mogelijke systematische knelpunten in de consultatiebureau-zorgverlening op te sporen zodat de kwaliteit van de hulpverlening meer inzichtelijk wordt gemaakt. Op basis van dit onderzoek komen eventueel nieuwe zaken aan het licht waarop aandacht kan worden besteed in een volgend tevredenheidsonderzoek. De centrale vraagstelling die ten grondslag ligt aan het onderzoek luidt: “wat zijn de knelpunten van de kwaliteit van dienstverlening bij het consultatiebureau vanuit het cliëntenperspectief”.

Voorafgaand aan beschrijving van de methoden en de resultaten van het onderzoek, wordt eerst een korte schets van de geschiedenis van het consultatiebureau gegeven, gevolgd door de beschrijving van de hoofdlijnen van het huidige jeugdgezondheidszorg-beleid, waarin de taken van het consultatiebureau uiteen worden gezet. Vervolgens wordt ingegaan op de HKZ-certificering en het belang daarvan voor de consultatiebureaus. Tot slot komen het gap-model en de SERVQUAL-dimensies van Zeithaml et al. (1985) aanbod, die in dit onderzoek als uitgangsbasis worden gehanteerd. Deze worden in verband gebracht met de resultaten van de vier eerder genoemde tevredenheidsonderzoeken.

Geschiedenis van het consultatiebureau

De Pree-Geerlings, de Pree & Bulk-Bunschoten (2001) geven een overzicht van de ontwikkelingen van het consultatiebureau in Nederland. Het eerste consultatiebureau werd 106 jaar geleden door de kinderarts B.P.B. Platenga in Den Haag geopend. In de daarop volgende jaren werden er door particulieren zoals Platenga en kruisverenigingen verscheidene consultatiebureaus opgericht. De aanleiding hiertoe was het hoge zuigelingensterfte (17%) onder de kinderen van de sociaal zwakkeren. Oorspronkelijk waren de doelstellingen van de

consultatiebureaus het geven van voedingsadviezen en het volgen van de groei. Tevens werd er als ondersteuning voor de moeder extra melk verstrekt. In de loop der jaren is het consultatiebureau uitgegroeid tot een organisatie met een uitgebreide preventieve takenpakket, waar anno 2007 98 % van de ouders met zuigelingen en peuters gebruik van maakt.

Huidige jeugdgezondheidszorgbeleid

Gedurende de 102-jarige bestaan was het consultatiebureau gescheiden van het jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor kinderen van 4 tot 19 jaar. Het gevolg hiervan was dat de zorgpakketten beleidsmatig nauwelijks op elkaar afgestemd waren, alsook werd de continuïteit van de zorg onvoldoende wettelijk gewaarborgd. Om de noodzaak voor de afstemming tegemoet te komen en de kwaliteit van de JGZ te verbeteren is er sedert 1 januari 2003 een gezamenlijk wettelijk basistakenpakket JGZ vastgesteld. Hierin zijn alle activiteiten beschreven die in de jeugdgezondheidszorg voor de kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar gerealiseerd moeten worden. Het pakket is momenteel eveneens van kracht. Hoewel de pakketten zijn geïntegreerd, is de uitvoering daarvan gescheiden gebleven: de preventieve zorg voor kinderen van nul tot vier jaar wordt uitgevoerd vanuit ongeveer 1450 consultatiebureaus door 62 thuiszorgorganisaties. De preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen van 4 tot 19 jaar is in handen van 44 (inter)gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD-en) (VWS, 2002).

Het JGZ- basispakket is opgebouwd uit vier niveaus (VWS, 2002).

Op niveau 1 is onderscheid gemaakt in een uniform deel en een maatwerkdeel. Tot het uniform deel worden die producten uit het basistakenpakket JGZ gerekend, die aan alle kinderen en jeugdigen tussen 0 en 19 jaar moeten worden aangeboden. De gemeenten hebben in uniform deel geen beleidsvrijheid en besluitvorming. Evenals het uniform deel dient het maatwerkdeel aan elk kind worden aangeboden. Echter bestaat bij het maatwerkdeel gemeentelijke beleidsvrijheid in het afstemmen van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg op de speciale zorgbehoeften van individuen en/of groepen. Overigens zijn veel onderdelen van het basispakket JGZ leeftijdspecifiek, hetgeen inhoudt dat de desbetreffende producten niet aan alle kinderen en jeugdigen worden aangeboden, maar aan een deelpopulatie.

Op het tweede niveau zijn zowel in het uniform deel als in het maatwerkdeel zes productgroepen ondergebracht. Deze zijn: 1) monitoring en signalering, 2) inschatten zorgbehoefte, 3) screenings en vaccinaties, 4) voorlichting, advies instructie en begeleiding, 5)

beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen, 6)zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

Op niveau 3 is per productgroep een aantal producten opgenomen. Elk product omvat op zijn beurt op niveau 4 een aantal activiteiten. Onderstaand worden achtereenvolgens zes productgroepen nader omschreven.¹ Het overzicht van de daaruit vloeiende activiteiten is in bijlage A opgenomen.

In het basispakket JGZ is elk product onderverdeeld in twee categorieën: individugericht en doelgroep/ populatiegericht. In dit artikel wordt de toelichting beperkt tot individugerichte producten.

Productgroep 1: monitoren en signaleren

Bij monitoren en signaleren gaat het om het systematisch volgen van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van een kind. Daarnaast worden factoren in kaart gebracht die de gezondheid bevorderen of bedreigen. Het doel is enerzijds het signaleren en benoemen van de normale ontwikkeling; anderzijds het tijdig signaleren van een niet-normaal verlopende ontwikkeling opdat interventies bijtijds kunnen worden ingezet.

Productgroep 2: inschatten zorgbehoefte

Bij het inschatten van de zorgbehoefte wordt onderzocht in welke mate de ouders/verzorgers en het kind worden belast en of de ouders/verzorgers de opvoeding en verzorging van hun kind aankunnen. Daarnaast wordt ingeschat in welke mate ouders/verzorgers behoefte hebben aan voorlichting, ondersteuning en zorg.

Productgroep 3: screeningen en vaccinaties

Screeningen en vaccinaties worden aan ieder kind aangeboden. Praktisch alle kinderen krijgen bijvoorbeeld de DKTP-prikken: vaccinaties tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio. De eerste screening is het zogenoemde hielprikje. Verder zijn er bijvoorbeeld gehoor- en visusscreeningen.

Productgroep 4: voorlichting, advies, instructie en begeleiding

¹ De omschrijvingen zijn ontleend aan de Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (VWS, 2002).

De ouders kunnen individueel of in groepen begeleiding en advies krijgen. Zo wordt ondersteuning aangeboden bij het opvoeden en bij het bevorderen van gezond gedrag van hun kind door bijvoorbeeld voorlichting over het voorkomen van wiegendood en over gezonde voeding.

Productgroep 5: beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen

De omgevingsfactoren die de gezondheid van een kind kunnen bedreigen worden onderzocht. Dat kan bijvoorbeeld slechte huisvesting zijn maar het kan ook gaan om ouders die moeite hebben met opvoeden of hun kind structureel verwaarlozen. Ook is in deze productgroep aandacht voor de bredere omgeving: is er genoeg speelruimte en hoe is de verkeerssituatie in de buurt? Om problemen op dit terrein aan te pakken zal de JGZ nauw samenwerken met bijvoorbeeld de gemeente, de politie, het buurtwerk en Bureau Jeugdzorg.

Productgroep 6: zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking

Op individueel niveau draait het in deze productgroep om een zorgcoördinatie.

HKZ -certificering

Zoals al eerder is vermeld streeft het ministerie van VWS naar de omvorming van de gezondheidszorg van een aanbodgericht in een meer vraaggericht stelsel. Om met officieel bewijs te kunnen aantonen dat er binnen de organisatie aan de eisen van dit vraaggericht stelsel wordt voldaan, kunnen de organisaties zich laten certificeren.

Uit het rapport van de IGZ (2005) is gebleken dat van de consultatiebureaus 84% is gecertificeerd. In 41 van de gevallen betreft dit een certificaat van de landelijke vereniging van thuiszorg (LVT), in zeven gevallen gaat het om een certificaat van de stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ), in twee gevallen om *international organization for standardization* certificaat (ISO) en één geval om INK²-certificering. Nog eens 16% is niet gecertificeerd.

² Het INK is een stichting met als doelstelling het verhogen van de kwaliteit van de bedrijfsvoering op basis van het INK-managementmodel. Het INK is in 1991 opgericht op initiatief van het ministerie van Economische Zaken onder de naam Instituut Nederlandse Kwaliteit. Sinds 2000 is de formele naam kortweg INK.

Onderstaand wordt dieper op het HKZ- kwaliteitsmanagementsysteem ingegaan (De LVT heeft vergelijkbare normen waaraan de organisatie dient te voldoen om in aanmerking te komen voor het certificaat).

Voor een organisatie die de kwaliteit van haar zorgverlening wil waarborgen en zo nodig verbeteren, is het inrichten van een kwaliteitsmanagementsysteem van groot belang. In het kwaliteitsmanagementsysteem worden alle activiteiten van de organisatie beschreven en met elkaar in verband gebracht. De afspraken over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en toetsingsmethoden worden daarin vastgelegd en er wordt bepaald hoe verbeteringen systematisch kunnen worden doorgevoerd. Voornamelijk wordt er aandacht besteed aan de manier waarop aan deze wensen en behoeften is voldaan of kan worden voldaan.

De voordelen van de kwaliteitsmanagementsysteem voor de cliënt spreken voor zich: er wordt nagedacht over de geleverde diensten, de wijze waarop deze worden geleverd en over de oplossingen voor de eventuele knelpunten. Tevens worden klachten en fouten aandachtig onder de loep genomen. Uiteindelijk wordt er naar de algehele verbetering van de zorgverlening gestreefd.

Ook voor het personeel biedt kwaliteitsmanagementsysteem een aantal voordelen in de vorm van duidelijkheid, houvast en transparantie.

Een zogeheten HKZ-Harmonisatiemodel van de stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector bestaat uit negen rubrieken. Daarin worden de kwaliteitstandaarden voor het behalen van het certificaat omschreven. Van deze standaarden kan voor ieder sector een certificatieschema met de normen voor betreffende sector worden afgeleid. De rubrieken één tot en met drie zijn vanuit het cliënten perspectief ontwikkeld en richten zich op de informatie die aan de cliënten voor en tijdens de zorgverlening wordt verstrekt, de evaluaties tijdens en na de zorgverlening, de bewaking van het professioneel handelen, de evaluaties tijdens en na de zorgverlening, de (bewaking van de) uitvoering van de zorg, de communicatie met verwijzers en andere disciplines en de registratie van activiteiten en processen. De rubrieken vier tot en met negen gaan over de bedrijfsvoering: de ondersteunde of voorwaardenscheppende processen. De normen in deze rubrieken zijn gericht op de randvoorwaarden voor een goede uitvoering van het primaire proces.

Terugkomend op de voordelen van de kwaliteitsmanagementsysteem voor de cliënten: in de HKZ-schema zijn allerlei eisen opgenomen over de informatie die cliënten moeten krijgen, de

wijze waarop met zorgvraag moet worden omgegaan en welke zeggenschap de cliënt heeft. Ook moet er stelselmatig worden geëvalueerd hoe cliënten de zorg- en dienstverlening ervaren hebben. Deze evaluaties worden gebruikt voor de verbetering van het aanbod. Ook worden eisen gesteld aan de opleiding, bijscholing en attitude van de medewerkers.

Voor de evaluaties van de ervaringen van cliënten met zorg- en dienstverlening worden klanttevredenheidsonderzoeken ingezet. In de volgende paragraaf wordt de SERVQUAL-schaal beschreven die in veel onderzoeken naar de klanttevredenheid en ook in het huidige onderzoek wordt gebruikt.

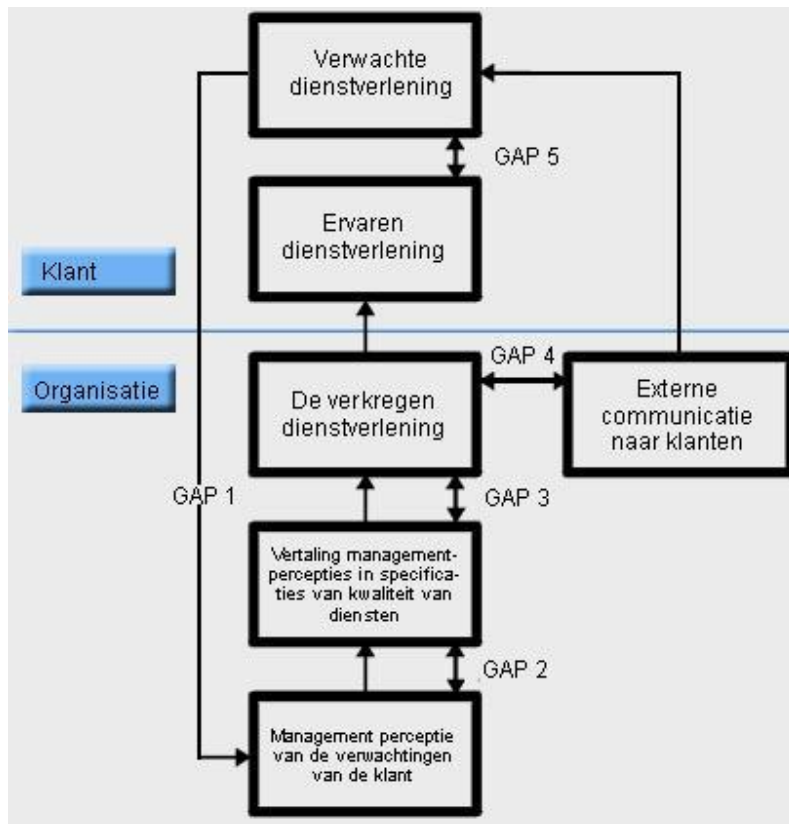
SERVQUAL

Teneinde de kwaliteit van dienstverlening zoals deze door cliënten wordt ervaren meetbaar te maken, hebben Zeithaml, Berry en Parasuraman (1985; in Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1988) *service quality*-schaal (SERVQUAL) ontwikkeld. In de SERVQUAL-schaal is het te meten construct kwaliteit van dienstverlening geoperationaliseerd in de 10 apart te onderscheiden dimensies, te weten: tastbaarheden, betrouwbaarheid, reactiesnelheid, bekwaamheid, beleefdheid, geloofwaardigheid, veiligheid, toegankelijkheid, communicatie en begrip van klanten. (De dimensies worden verder in het artikel nader omschreven in combinatie met de resultaten uit vier klanttevredenheidsonderzoeken).

Nadat de schaal op betrouwbaar en validiteit is getest, is het aantal dimensies in 1988 teruggebracht tot vijf. Hoewel in de herziene versie van SERVQUAL tevens de items werden opgenomen die de oorspronkelijke de 10 dimensies dienden te meten. Hetgeen betekent dat ook al bestaat de versie uit 1988 slechts uit vijf dimensies, het wel alle facetten uit de eerste schaal bevat. In praktijk blijkt dat bedrijven veelal voorkeur geven aan het oude instrument. Onder meer omdat deze zich makkelijker leent voor het vertalen van dimensies naar een specifieke bedrijfssituatie. Vanuit deze redenering is er in dit onderzoek gekozen om de 10 dimensies als uitgangsbasis te nemen.

SERVQUAL is gebaseerd op het zogenaamde gap-model (Zeithaml et al., 1985; in Zeithaml et al., 1988). Het model gaat er van uit dat de kwaliteit van dienstverlening onderhevig is aan vijf soorten *gaps* (zie figuur 1). Of de *gaps* kleiner, dan wel groter worden, wordt bepaald door zestien onderliggende constructen

Onderstaand worden de *gaps* met daarbij behorende constructen achtereenvolgens behandeld:



Figuur 1. Conceptueel model van kwaliteit van dienstverlening.³

1) Gap 1 geeft het verschil weer tussen cliënt zijn verwachtingen en de managementperceptie van de cliënt zijn verwachtingen. De verwachtingen van de klant worden gevormd door mond tot mond reclame, persoonlijke behoeften, ervaringen uit het verleden, en de manier waarop gecommuniceerd wordt met de klant. Het managementperceptie van de verwachtingen van de klant is afhankelijk van de hoeveelheid marketing onderzoek. Dus in welke mate tracht het management van de organisatie middels een onderzoek de wensen en de verwachtingen van de klant te achterhalen. Verder is de kwaliteit en de mate van communicatie tussen het uitvoerende personeel en de managers van invloed op het managementperceptie van de verwachtingen van de klant. Personeel-topmanagementcommunicatie wordt beperkt, indien deze indirect, via midden-managers verloopt.

2) In de tweede gap betreft het verschil tussen het managementperceptie van de verwachtingen van de klant en specificatie van dienstverleningskwaliteit. Wanneer het

³ Figuur 1 is overgenomen van <http://www.rcs-consultancy.nl>

management ten gevolge van geringe marketing onderzoek, dan wel slechte communicatie met het personeel een verkeerde perceptie heeft over datgene wat de klant wil, zullen zij ook verkeerde instructies geven aan het personeel die de dienst uiteindelijk tot stand moet laten komen (Zeithaml, 1988; in rcs-consultancy.nl, 2004). Behoudens gap 1 verschil kunnen ook andere overwegingen bij de managers meespelen om vanuit kwaliteitsperspectief niet optimale instructies te geven. Bijvoorbeeld als er binnen de organisatie meer nadruk wordt gelegd op het reduceren van kosten, dan op de kwaliteit van de dienstverlening. Verder is een formele kwaliteitsprogramma waarin duidelijk de doelen van de dienstverlening worden omschreven, alsmede de manieren die het mogelijk maken om te meten in hoeverre deze doelen zijn gerealiseerd, essentieel voor de reductie van de gap 2 (Zeithaml et al., 1988)

3) Het derde gap geeft het verschil weer tussen specificaties van dienstverlening, zoals deze door het management zijn geformuleerd in gap 2 en door het uitvoerende personeel daadwerkelijk geleverde diensten. Dit verschil is te wijten aan onder andere de ervaring, motivatie en kennis van de medewerkers. Tevens speelt de beschikbaarheid van middelen en de communicatie tussen de afdelingen van de organisatie onderling een belangrijke rol (Zeithaml, 1988; in rcs-consultancy.nl, 2004).

4) Het vierde gap ontstaat volgens Zeithaml et al. (1988) door discrepantie tussen kwaliteit van de dienstverlening en hetgeen aan de cliënten direct of indirect over de dienstverlening wordt verteld. Met directe communicatie wordt bij deze het persoonlijk contact met de cliënt bedoeld. Onder indirecte communicatie vallen bijvoorbeeld reclame, informatiefolders en website.

De vier gaps zijn wederom van invloed op de te meten construct: de ervaren kwaliteit van de dienstverlening. De ervaren kwaliteit van de dienstverlening wordt gedefinieerd als het verschil tussen de verwachtingen van de klant ten aanzien van de dienstverleningskwaliteit en de daadwerkelijke ervaren kwaliteit. Dit is tevens de vijfde gap. Naar gelang de gaps één tot en met vier groter worden, wordt door de klanten ervaren kwaliteit slechter.

Daar de huidige onderzoeksvraag zich op de kwaliteit van zorgverlening vanuit het cliëntperspectief richt, heeft het onderzoek enkel betrekking op het vijfde gap. Teneinde dit vijfde gap te onderzoeken, wordt er gebruik gemaakt van de 10 kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al., (1985).

Resultaten van de klanttevredenheidsonderzoeken

Onderstaand volgen de resultaten van de tevredenheidsonderzoeken in Midden-Limburg (Pardoel, 2004), Noord-Limburg (Pardoel en Tits, 2006), Noord-Brabant (Pardoel en Tits, 2002) en in het hele land (Cuyvers en Pardoel, 2001) gerangschikt naar de tien kwaliteitsdimensies van dienstverlening van Zeithaml et al.(1985). Het overzicht hiervan wordt in de tabel 1 weergegeven, die in de bijlage B aan het artikel is toegevoegd. In het kader van dit onderzoek zijn met name de onderwerpen uit de onderzoeken geselecteerd, die minder goed en/of slecht bleken te scoren, Dimensie geloofwaardigheid werd niet toepasselijk geacht op de consultatiebureau-zorgverlening en is om deze reden niet in de tabel opgenomen. De dimensiedefinities zijn aan Pardoel (2004) ontleend.

1) De eerste dimensie wordt met de naam tastbaarheden (*tangibles*) aangeduid. Daarmee wordt het beeld van een organisatie bedoeld dat de cliënt krijgt, omdat bepaalde dingen zichtbaar zijn, bijvoorbeeld het gebouw, de behandelkamer, het personeel en de folders die worden verspreid.

Volgens Cuyvers en Pardoel(2001) vinden ouders dat de informatie van het consultatiebureau neutraal en onafhankelijk zou moeten zijn. Er is veel commerciële beïnvloeding door het consultatiebureau. Te denken valt aan folders over bijvoorbeeld gebitsverzorging en voeding. Ofschoon uit onderzoek in Midden-Limburg dat drie jaar later is uitgevoerd eveneens naar voren komt dat bijna één vijfde van de respondenten vindt dat op het consultatiebureau geen onafhankelijke informatie wordt verkregen, vinden de respondenten niet dat er te veel reclame aanwezig is op het consultatiebureau. Het zou kunnen betekenen dat de hoeveelheid reclame inmiddels is afgenomen.

Verder vindt 35,3 % van de respondenten uit onderzoek in Midden-Limburg dat het consultatiebureau geen moderne uitstraling heeft. Zestien procent zegt dat het consultatiebureau geen kindvriendelijke uitstraling heeft. Vijftien procent geeft aan dat er niet voldoende speelgoed is aanwezig. Dat het speelgoed niet van goede kwaliteit is vindt 10%. Tenslotte geeft 11.2 % aan dat er niet genoeg stoelen zijn aanwezig.

2) Betrouwbaarheid (*reliability*): in het contact van de cliënt met de organisatie zullen afspraken gemaakt worden en krijgt de cliënt te maken met wisselingen in het personeel. In hoeverre wordt er door de organisatie voor gezorgd dat beloofde afspraken nagekomen worden en dat de service op elk moment van de dag, door wie dan ook hetzelfde is?

Tijdens de afspraken blijkt dat het soms wat lang duurt voordat de cliënt aan de beurt is (Pardoel & Tits, 2006). Achttien procent van de respondenten geeft aan dat ze niet hoeven te wachten en direct aan de beurt zijn. Ruim driekwart zegt even te moeten wachten en 6% vindt dat zij lang moeten wachten (Pardoel, 2004). Het komt ook regelmatig voor dat een dossier tijdelijk onvindbaar is. Een elektronische dossier zou een uitkomst voor dit problematiek kunnen bieden (Pardoel, 2004).

3) In dimensie reactiesnelheid (*responsiveness*) worden de mogelijkheden in de organisatie ondergebracht om snel een antwoord of een oplossing te krijgen indien de cliënt met een vraag of een probleem zit.

In Noord-Limburg scoort de bereikbaarheid van de verpleegkundigen bij onverwachte vragen in verhouding met andere onderwerpen minder goed. In Midden-Limburg kon 80% van de mensen die ooit een verpleegkundige nodig had (dit is 56% van het aantal respondenten), ze daadwerkelijk bereiken. Zestien procent van de respondenten had een verpleegkundige nodig, maar kon ze niet bereiken en 4% weet niet dat de mogelijkheid bestaat om in zo'n geval een verpleegkundige te bereiken.

4) Bekwaamheid (*competence*) is het vierde dimensie: om de cliënt een goed gevoel te geven over de organisatie, is het van belang dat de organisatie deskundig overkomt. In hoeverre beschikt de organisatie over kennis en vaardigheden?

In het onderzoek van Cuyvers en Pardoel (2001) wordt het consultatiebureau verweten dat het met de gegevens van een gemiddeld kind werkt. Als een kind daarvan afwijkt, worden die bevindingen vertaald als afwijkingen van het normale in plaats van een niet bestaand gemiddelde. Soms zijn de adviezen of de informatie die volgt, gericht op het streven naar dit "normale". Ouders ervaren dat als een respectloze ontkenning van het unieke kind. Ook komt het vaak voor dat de informatie niet specifiek op het kind is toegesneden.

Verder geeft 2 % van de respondenten uit Midden-Limburg aan dat er te weinig aandacht is, als er problemen zijn met het kind (als het bijvoorbeeld slecht groeit of gehandicapt is).

5) Als vijfde dimensie wordt *beleefdheid (courtesy)* genoemd: bejegening is een belangrijk punt als het gaat om de tevredenheid van de cliënten. In hoeverre wordt de cliënt binnen de organisatie beleefd en met respect behandeld en is het personeel vriendelijk?

De cijfers die de ouders aan kindvriendelijkheid, vriendelijkheid, klantgerichtheid en bejegening geven, blijken in alle onderzoeksresultaten tussen een zeven en een acht te liggen (op

de tienpuntschaal, waarbij tien de hoogste waardering is). Het gaat hier echter om de gemiddelden. Zo blijkt bijvoorbeeld uit het onderzoek van Cuyvers en Pardoën (2001) dat 6% van de respondenten niet tevreden is over kindvriendelijkheid en 10% matig tevreden. Wat betreft klantgerichtheid zijn 22% en 18% ontevreden respectievelijk matig tevreden.

Het bejegeningstijl dat ouders als negatief ervaren, kan als “betuttelend” worden omschreven. Zes procent van de respondenten uit onderzoek in Midden-Limburg zeggen dat “betuttelend” het meest van toepassing is op de cb-medewerkers.

6) Geloofwaardigheid (*credibility*): Het is belangrijk dat de organisatie een goede reputatie heeft en eerlijk en gedegen overkomt op de cliënt. In hoeverre is de organisatie eerlijk en oprecht naar de cliënt toe?

Dimensie geloofwaardigheid is niet van toepassing op de cb-zorgverlening.

7) Veiligheid: (*security*): een organisatie zou de cliënt een veilige omgeving moeten bieden, bijvoorbeeld op het gebied van hygiëne, maar ook op het gebied van privacy. In hoeverre zorgt de organisatie voor een veilige omgeving voor de cliënt?

De manier waarop wordt omgegaan met privacy krijgt gemiddeld een cijfer tussen een zeven en een acht.

Slechts 0.4 % vindt dat de ruimte van het consultatiebureau niet schoon is en 1.2 % is het niet met de stelling “de gebruikte materialen (zoals aankleedkussens en weegschalen) zijn schoon” eens. De stelling “de ruimte van het consultatiebureau is veilig voor mijn kind(eren)” wordt door 98,3% beaamd (Pardoel, 2004).

8) Onder de dimensie toegankelijkheid (*access*) wordt verstaan in hoeverre de organisatie makkelijk te bereiken en makkelijk toegankelijk is voor de cliënt, zowel telefonisch als fysiek.

De moderne vormen van communicatie op het consultatiebureau worden door ouders als zeer gewenst gezien. Het merendeel van de ondervraagden (75%) zou graag via e-mail vragen willen stellen (Cuyvers en Pardoën, 2001). In Noord-Limburg geeft bijna de helft van de cliënten een e-mailcontact met de medewerkers te willen hebben. In Midden-Limburg wordt het stellen van de vragen via e-mail, door 29% van de respondenten als gewenste mogelijkheid gezien en het raadplegen van de website door 18%. De verklaring voor de verschillen in de percentages kunnen worden gezocht in de data waarop de onderzoeken waren uitgevoerd, namelijk 2004 en 2006 in Midden-Limburg respectievelijk in Noord-Limburg. Het lijkt plausibel dat in de periode 2004-2006 het internet nog meer is ingeburgerd onder de cb-cliënten, waardoor in 2006 een

groter percentage respondenten de e-diensten wenselijk vond. Cuyvers en Pardoën(2001) hebben hun onderzoek middels elektronische vragenlijst uitgevoerd, waardoor uitsluitend mensen die bekend waren met het internet er aan konden deelnemen. Dit verklaart het hoge percentage (75%) in hun onderzoek.

In Noord-Brabant wordt dit onderwerp niet aangehaald, maar blijkt dat de telefonische bereikbaarheid als slecht wordt ervaren.

9) De negende dimensie is communicatie (*communication*): communicatie tussen de organisatie en de cliënt is van groot belang. In hoeverre vindt er een informatie-uitwisseling plaats tussen de cliënt en de organisatie en op welke manier gebeurt dit? (reactief, of juist proactief)?

Alle respondenten uit onderzoek in Midden-Limburg zeggen dat door de arts verstrekte informatie begrijpelijk voor ze is. Voor de verpleegkundigen geldt dat vrijwel alle respondenten de informatie begrijpelijk vinden. Vijfennegentig procent voelt zich vrij genoeg om de eventuele klachten of een onvrede ook daadwerkelijk naar de medewerkers te uiten. In andere onderzoeken werden deze stellingen niet onderzocht.

In het onderzoek van Cuyvers en Pardoën (2001) is een ongevraagd advies over de opvoeding een vaak genoemde klacht. In mindere mate geldt dat ook voor een ongevraagd advies over de verzorging en de voeding. De deskundigheid op al deze en andere gebieden moet er wel zijn, maar alleen op verzoek worden omgezet in een advies. De resultaten van het onderzoek in Noord-Brabant geven een enigszins ander beeld. Daar gaven ouders te kennen dat ze vaker een schouderklopje van het consultatiebureau zouden willen krijgen. De verpleegkundige daarentegen stelden zich wat dat betreft bewust terughoudend op teneinde de ouders niet te “betuttelen”.

Als er wordt gevraagd naar de diensten die het consultatiebureau aanbiedt, dan blijkt uit de onderzoeken in Noord- en Midden-Limburg dat men het meest bekend is met de uitvoering van de gehoortest. In Midden-Limburg zijn de cursussen “omgaan met koppigheid”, “eetproblemen”, “huilen en slapen” en “ouders van meerlingen” veel minder bekend. Zesenvijftig procent van de respondenten geeft niet tevreden te zijn over de manier waarop ze op de hoogte worden gesteld van de groepsbijeenkomsten (dit percentage is hoger onder de respondenten met één kind (66 %) dan van de respondenten met meer kinderen (49 %)) en bijna de helft van de respondenten geeft aan nog nooit iets te hebben gezien, gelezen of gehoord te hebben over de groepsbijeenkomsten.

Dit is tevens een gedeeltelijke verklaring voor het feit dat slechts 13% van de respondenten daadwerkelijk een groepsbijeenkomst heeft bijgewoond.

Van de respondenten die nog nooit een bijeenkomst hebben bijgewoond, geeft een grote groep (41%) aan dat ze niet weten dat dergelijke bijeenkomsten worden gehouden. En 36% zegt geen behoefte te hebben aan de groepsbijeenkomsten. Ook uit het onderzoek in Noord-Limburg komt naar voren dat de groepsbijeenkomsten niet zo vaak worden bezocht en wordt de onbekendheid met deze voorziening als mogelijke verklaring aangedragen. Voorts bestaat er een discrepantie aangaande de taken van het consultatiebureau tussen de artsen en de verpleegkundigen enerzijds en de cliënten anderzijds. Cliënten vinden dat de medische aspecten van de zorg zoals de vaccinaties, het volgen van de ontwikkeling van het kind en het vroegtijdig signaleren van de gezondheidsproblemen tot de belangrijkste taken van het consultatiebureau behoren. De professionals daarentegen zien de opvoedingsondersteuning en de voorlichting (bijvoorbeeld over veiligheid en voeding) als de voornaamste taak; ofwel de psychosociale aspecten. Deze resultaten zijn eveneens in Noord-Brabant, Midden- en Noord-Limburg geconstateerd.

10) Tenslotte worden onder dimensie begrip van de klanten (*knowing/understanding the customer*) de wensen van de klanten geschaard: weet de organisatie wie zijn klanten zijn en wat de behoeften van deze klanten zijn?

De respondenten van Cuyvers en Pardoen (2001) zijn van mening dat er te weinig respect is voor de individuele keuzes van de ouder. Ook ontbreekt het aan de kennis om bij deze keuzes voldoende ondersteuning te bieden. Thema's waarbij dit probleem aan de orde is, zijn bijvoorbeeld vaccinatie, vegetarische eetgewoonte en alternatieve geneeswijzen.

Volgens Pardoel en Tits (2004) en Cuyvers en Pardoen (2001) is 94% van de respondenten het met de stelling "er zijn voldoende afspraken voor de kinderen tussen de 0 en 12 maanden" eens. Dit in tegenstelling tot de ouders met de kinderen tussen de 13 maanden en het 4 jaar. In deze groep vindt 73% dat er voldoende afspraken zijn. Opvallend is dat 51% van de respondenten met één kind (tussen de 13 maanden en het 4 jaar) vindt dat er vaker afspraken zouden moeten zijn, in tegenstelling tot de 20% van de respondenten met meer kinderen. Voorts melden Pardoel en Tits (2002) dat op de consultatiebureaus geen gebruik wordt gemaakt van een elektronische agenda, waardoor het soms moeizaam is om een afspraak te plannen of te

verzetten. Dat men niet flexibel is in het maken van de afspraken, vindt 16% van de respondenten (Pardoel, 2004).

Huidig onderzoek

Samenvattend kan worden gesteld dat ondanks het feit dat verreweg de meeste consultatiebureaus gecertificeerd zijn en dus een goedwerkend kwaliteitsmanagementsysteem hebben waarin de cliënt centraal wordt gesteld, de cliënten niettemin knelpunten in de kwaliteit van de zorgverlening ervaren. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de resultaten uit de kwantitatieve onderzoeken niet voldoende specificaties bieden om de gevonden knelpunten in de verbeteracties om te zetten. In dit onderzoek is daarom gekozen voor een kwalitatieve aanpak, zodat de knelpunten inzichtelijker worden gemaakt. Hiertoe zal een groep ouders/verzorgers worden geïnterviewd over hun negatieve ervaringen ten aanzien van het consultatiebureau. Het voordeel van de diepte interviews boven de kwantitatieve vragenlijsten is dat de respondenten niet beperkt worden in hun uitingen door de vragen en de antwoordcategorieën van de onderzoeker. Op deze manier kan ook achtergrond informatie aan het licht komen, die de knelpunten die al in de kwantitatieve onderzoeken naar voren zijn gekomen meer inzichtelijk maakt. Ook kunnen nieuwe knelpunten aan het licht komen waarop aandacht kan worden besteed in een volgend (kwantitatief) onderzoek.

De centrale vraagstelling die ten grondslag ligt aan het onderzoek luidt: “wat zijn de knelpunten van de kwaliteit van dienstverlening bij het consultatiebureau vanuit het cliëntenperspectief”.

Methoden

Wervingsprocedure

De doelgroep van het onderzoek waren ouders en verzorgers van de kinderen in de leeftijd van nul tot en met vijf jaar, woonachtig in heel Nederland, die negatieve ervaringen hebben gehad met het consultatiebureau.

Om de respondenten te werven is er een oproep geplaatst op de fora van verschillende websites voor ouders/verzorgers van kleine kinderen (www.ikvader.nl, www.borstvoedingforum.nl, www.babybrabbel.nl, www.oudersonline.nl, www.kids-harmony.nl, www.babyinfo.nl, www.oudersforum.nl en www.mijnkind.nl). De geïnteresseerde ouders

konden via e-mail contact opnemen met de onderzoeker. Vervolgens werden ze op de hoogte gesteld van de voorwaarde dat het interview op een bandrecorder zou worden opgenomen, werd de anonimiteit toegezegd en werden ze gevraagd om een beknopte beschrijving van hun negatieve ervaringen met het consultatiebureau te mailen. Indien de respondent aangaf geen bezwaar te hebben tegen de bandrecorderopname (en zijn beschrijving van zijn negatieve ervaringen had gemaald), werd er een afspraak voor het interview gemaakt.

Respondenten

In totaal zijn 10 vrouwelijke respondenten geïnterviewd. Het aantal kinderen dat respondenten hadden varieerde tussen één en drie. Vijf, drie en twee respondenten hadden respectievelijk één twee en drie kinderen. De kinderen met wie negen van de respondenten problemen bij het consultatiebureau ondervinden of hadden ondervonden waren in de leeftijd tussen zes maanden en vijf jaar. In één interview betrof het een kind van acht jaar. Twee respondenten hadden tevens kinderen van 14 en 15 jaar. Ervaringen met het consultatiebureau die betrekking hadden op deze kinderen werden niet tijdens de interviews besproken.

De consultatiebureaus waar de respondenten negatieve ervaringen hebben of hebben gehad bevinden zich in Glanerbrug, Amsterdam, 't Hoek, Amersfoort, Volendam, Dordrecht, Apeldoorn, Groningen, Nootdorp en Buchten.

Vijf respondenten hebben één consultatiebureau bezocht, drie respondenten twee consultatiebureau en één respondent had ervaringen met drie bureaus.

Interviews

De interviews waren semi-gestructureerd en werden door één onderzoeker (T.K.) afgenomen.

Afhankelijk van de reistijd vonden de interviews bij de respondenten thuis plaats, dan wel werden telefonisch afgenomen. Negen interviews vonden bij de respondenten thuis plaats. Eén interview werd telefonisch afgenomen. De interviews die bij de respondenten thuis plaatsvonden, werden op een bandrecorder opgenomen. Tijdens het telefonische interview werd gebruik gemaakt van een opnameapparatuur.

Als richtlijn voor de interviews dienden de aspecten van de zorgverleningskwaliteit waar de respondenten uit eerdere onderzoeken niet tevreden over waren. Van deze aspecten zijn een

aantal vragen afgeleid, die ten behoeve van de analysefase van de interviews, gerangschikt werden naar de kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al.(1985).⁴

Aan het begin van het interview werd aan de respondent het gewenste verloop van het interview uitgelegd, vervolgens werd er naar het aantal kinderen, met welk(e) kind(eren) ze problemen op het consultatiebureau hebben gehad en welk consultatiebureau het betrof geïnformeerd. Waarna de respondent werd gevraagd om zijn negatieve ervaringen met het consultatiebureau te vertellen.

Vanwege de korte duur van de eerste drie interviews (17 à 20 minuten) werden er in de afnameprocedure van de interviews 4 tot en met 10 wijzingen aangebracht: de respondenten werden na de algemene vragen, uitgenodigd om hun ervaringen met het consultatiebureau te vertellen, in plaats van de negatieve ervaringen zoals tijdens de eerste drie interviews. Ook werden, nadat de respondenten hun verhaal hadden verteld, vragen gesteld over de resterende kwaliteitsdimensies die in het verhaal van de respondent niet aanbod kwamen. Vanaf het vierde interview werden er generaliter meer knelpunten genoemd, dan in interviews één, twee en drie en deze werden uitgebreider toegelicht.

Het duur van de 10 interviews varieerde tussen 17 en 50 minuten. Gemiddeld duurden de interviews 26 minuten.

Analyse

Van de interviews werden er negen interviews geschikt gevonden voor het onderzoek. Eén interview is uitgesloten van de analyse, daar het gebeurtenissen betrof die zeven jaar geleden plaatsvonden, waardoor de respondent ze niet exact kon herinneren en beargumenteren.

De negen interviews werden volledig uitgeschreven. In de transcripties voorkomende knelpunten van de kwaliteit van de dienstverlening werden vervolgens in overeenstemming met de negen kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al. (1985) geclassificeerd. De knelpunten die binnen de tiende dimensie, geloofwaardigheid, zouden kunnen vallen zijn in de interviews niet naar voren gekomen.

Binnen de dimensies werden de knelpunten aan de hand van de onderlinge relaties gecategoriseerd. Ieder categorie heeft daarbij een code gekregen (de codes zijn door de onderzoeker bedacht, een aantal zijn aan Cuyvers en Pardoens (2001) ontleend), die de relatie die

⁴ De vragen zijn te vinden in de bijlage C.

de knelpunten met elkaar bindt, weergeeft. Zo werden onder de code “wachtijden” de klachten van de drie respondenten ondergebracht. Deze respondenten hadden aangegeven lang te moeten wachten, alvorens ze aan de beurt waren voor een consult.

De andere relaties waren minder eenduidig: onder de code “kennis betreffende borstvoeding” werden de klachten van de drie respondenten gebracht. De klachten betroffen een eenzijdige advies met betrekking tot de borstvoeding, het niet doorverwijzen naar de lactatiedeskundige, het niet bekend zijn met de groeicurve van de kinderen die langer dan drie à vier maanden borstvoeding krijgen en het lachen om een langdurige borstvoeding. De onderliggende relatie die deze klachten bindt is de summiere kennis van de cb-medewerkers inzake de borstvoeding. Weer de andere klachten lieten zich niet clusteren en hebben daarom apart een code gekregen. Zoals in geval van één respondent die had aangegeven dat twee van zijn afspraken tezamen met consulten van andere cliënten werden ingepland. Een aantal knelpunten werden dubbel gecategoriseerd, omdat er tweetal codes op hen van toepassing was. Zoals bijvoorbeeld “lachen om langdurige borstvoeding” onder de code “kennis betreffende borstvoeding” viel, maar ook van toepassing was op de code “klantgerichtheid” omdat het erg onbeleefd is om de cliënt uit te lachen.

Resultaten

In tabel 1 worden voor ieder kwaliteitsdimensie van Zeithaml et al (1985) de codes weergegeven, alsook wordt voor elk code met symbool X aangegeven in welk(e) interview(s) ze naar voren zijn gekomen. Daarnaast bevinden zich aan de rechterkant van de tabel per code één of meer citaten uit de interviews.

De resultaten worden conform de kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al. (1985) besproken, in de volgorde waarin ze ook in de tabel zijn weergegeven.

1) *Tastbaarheden*

De knelpunten in deze dimensie werden door één respondent opgemerkt. Respondent 1 gaf aan niet tevreden te zijn over de spreekkamer, omdat deze als doorloopruijme voor de andere verpleegkundigen diende. Tweede punt dat uit hetzelfde interview naar voren kwam en binnen de dimensie tastbaarheden past is (het uiterlijk voorkomen van) het personeel. De respondent beschreef de kleding van de arts als volgt: “Ze had ontzettend wijd truitje aan waardoor letterlijk via haar truitje en alles onderweg zeg maar, de grond achter haar te zien was.” Hetgeen door de respondent als zeer ongepast voor de arts en het personeel in algemeen werd beschouwd.

Tabel 1. Resultaten gerangschikt naar de kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al.(1985)

Dimensie	Code	Arts Vpk ⁵	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Citaten
<i>tastbaarheid:</i> tastbare zaken, bv. het gebouw, de behandelkamer, het personeel, de folders die worden verspreid etc.	personeel	arts vpk	X									“Ze had ontzettend wijd truitje aan waardoor letterlijk via haar truitje en alles onderweg zeg maar, de grond achter haar te zien was”
	spreekkamer		X									“Er komen steeds verpleegkundigen in en uit lopen”
<i>betrouwbaarheid:</i> in hoeverre wordt er door de organisatie voor gezorgd dat beloofde afspraken nagekomen worden?	wachttijden						X		X	X		“Je hebt maar twee dagen vrij en dan zit je daar een halve dag op het cb” “dan moet je wachten en wachten, je zit half uur, drie kwartier met een bloot kind op schoot”
	logistiek						X					“Oh, oh ja, u heeft wel een afspraak, oh dan is er iets misgegaan in het systeem.”
<i>reactiesnelheid:</i> de mogelijkheden in de organisatie om snel een antwoord of oplossing te krijgen indien de cliënt met een vraag of probleem zit.	telefonische reactiesnelheid										X	“Vpk had zoiets: ja. die klinkt boos en ze zou het doorgeven aan vpk van mij en die zou dan terugbellen. Dat was het.”
	bereikbaarheid deskundigen										X	“Als je acuut een vraag hebt of een probleem, dan moet je drie dagen wachten totdat er antwoord op komt” (over lactatatie deskundige)

⁵ verpleegkundige

<i>bekwaamheid:</i> in hoeverre beschikt de organisatie over kennis en vaardigheden?	benadering	arts vpk		X	X			X	X		X	<p>“...elk kind ontwikkelt in zijn eigen tempo.”</p> <p>“ Prematurencurve, hadden ze nog nooit van gehoord.”</p> <p>“..dat was eigenlijk een beetje in hokj denken, volgens gemiddelden en richtlijnen en dat soort dingen. Maar hij paste daar gewoon niet tussen.”</p>
	kennis betreffende borstvoeding	arts vpk				X		X	X	X		<p>“Dat was het enige advies wat ik van ze heb gehad: leg hem maar aan. Maar dat werkte dus niet.”</p> <p>“Die weten er ook helemaal niks van.” (over lactatiedeskundige)</p>
	kennis betreffende allergieën	arts vpk						X				<p>“Het enige advies was stoppen, hij kan er niet tegen. Maar na twee dagen dieet had ik een ander kind”</p>
	kennis betreffende interpretatie van de groei	arts vpk					X		X			<p>“...ze maken daar groot paniek van: hij groeit niet goed, hij komt niet goed aan en dan kan je uitleggen: hij is ziek geweest...”</p>
	odeloze bangmakerij	arts vpk		X			X		X			<p>“...ik heb dus heel plausibele verklaring waarom hij niet goed aankomt en toch maken ze een hoop paniek’....’daar werd ik toch een beetje ongerust van”</p>
	advisering	arts vpk	X				X	X	X			<p>“...voed maar op aanvraag, ’...’voed maar op vaste tijden”</p> <p>“Mijn oudste draaide al heel vroeg van zijn rug naar zijn buik’....’dus moest ik hem weer op zijn rug terugdraaien, Ja ik kan moeilijk de hele nacht naast hem gaan staan”</p>
	beantwoording v/d	arts					X					<p>“Dan gaat ze een foldertje zoeken:</p>

	vragen	vpk					X					oh sorry, ik kan het niet vinden en daar houdt het op en dan is het gesprek afgelopen”
	beheersing Nederlandse taal	arts vpk							X			“Het was bijna gebarentaal.”
	verwijsbeleid	arts vpk		X						X		“...is zij (kinderarts) kundig genoeg om de zuigelingen te volgen? Het is immers taak van het cb.”
<i>beleefdheid:</i> in hoeverre wordt de cliënt binnen de organisatie beleefd en met respect behandeld en is het personeel vriendelijk?	betutteling	arts vpk	X						X			“Hoe is het met het moedertje?” “Hoe gaat het? Hoe doe je dit en hoe doe je dat?”
	begrip voor een situatie	arts vpk					X				X	“Zoek het maar uit” “Het is nou eenmaal het huilurtje”
	klantgerichtheid	arts vpk	X	X X		X	X X	X	X	X		“een preek” het was net niet dat ik mijn kind wou vermoorden, maar het kwam echt niet leuk over” “Nee, ze is niet echt vriendelijk. “ “Wat ben je toch een slechte moeder” “...krijgt verpleegkundige privételefoontje van haar dochter, pakt ze gewoon op.” “toen ik vertelde dat hij nog borstvoeding kreeg, moest ze heel hard lachen, alsof ze hele goede mop hoorde”,
	kindvriendelijkheid									X		“...ze lag helemaal in de duik en mijn mannetje zat te kijken: waarom lacht ze nou en dan denk ik voor een vpk vind ik dat heel slecht.”

<p><i>veiligheid:</i> in hoeverre zorgt de organisatie voor een veilige omgeving voor de cliënt? (bv. op het gebied van hygiëne en privacy)</p>	<p>hygiëne (personeel)</p> <p>spreekkamer</p> <p>materiaal</p>	<p>arts vpk</p>	<p>X X</p> <p>X</p> <p>X</p>									<p>“...zonder haar handen te wassen, geeft ze de prik”.</p> <p>“...er komen steeds verpleegkundigen in en uit lopen, kindje ligt op de tocht”</p> <p>“van de pleisters zei ze: het is over datum en het waren geen anti-allergie pleisters”</p>
<p><i>toegankelijkheid:</i> in hoeverre is de organisatie makkelijk te bereiken en is makkelijk toegankelijk voor de cliënt?</p>	<p>telefonische bereikbaarheid</p>						X		X	X	<p>“je moet algemeen nummer bellen en die kunnen als je geluk hebt, je doorschakelen naar desbetreffende consultatiebureau, maar het is 9 van de 10 keer niet zo”</p> <p>“...bellen kan vanaf 8.30 tot 16.00, maar twee van de drie keer lukte dat niet i.v.m. met een storing en afwezigheid</p>	
<p><i>communicatie:</i> in hoeverre vindt er een informatie-uitwisseling plaats tussen de cliënt en de organisatie en op welke manier gebeurt dit? (reactief, of juist pro-actief)?</p>	<p>positieve feedback</p> <p>gelijkwaardigheid</p>	<p>arts vpk</p> <p>arts vpk</p>					X X	X		X	<p>“...want dan krijg ik het idee: jij doet het niet goed, wat meer positieve feedback, dat zou prettig zijn”</p> <p>“Ze is heel betweterig, ze weet het allemaal beter en ze zegt het allemaal hoe je het doen moet...”</p>	

<i>begrip van klanten:</i> de wensen van de klanten; weet de organisatie wie zijn klanten zijn en wat de behoeften van deze klanten zijn?	frequentie afspraken								X	X	“als ze een jaar of twee jaar zijn geweest, dan heb ik zoiets van: heey, nu duurt het wel heel erg lang voordat je weer mag” “Ik zou eerder zeggen probeer een beetje naar je soort cliënten die behoefte hebben aan meer begeleiding. Probeer wat flexibeler in te delen”
	openingstijden							X	X	X	“...over het algemeen is van 13.00 tot 15.00 is bij iedereen slaaptijd en dan zitten net met het cb.”
	flexibiliteit betreffende afspraken	X				X	X			X	“Kunnen ze niet tegelijk komen? Nee dat kon niet.... want we hebben aparte peuterspreekuur” “...dat vonden ze al een beetje een probleem om het na een aantal weken te doen” “Dus ik mag nu op dinsdag wel als eerste maar ik heb bijna een jaar vrij moeten nemen”

2) *Betrouwbaarheid*

De aspecten die in de dimensie betrouwbaarheid zijn ondergebracht, werden de codes wachttijden en logistiek gegeven. Met de code wachttijden wordt de tijd bedoeld, die een cliënt moet wachten voordat hij aan de beurt is, in het geval van het eerder gemaakte afspraak. Er bleek dat op de consultatiebureaus 5, 7 en 6 men gemiddeld halfuur tot drie kwartier moet wachten. Dit wordt als heel vervelend ervaren, onder meer omdat de consulten niet langer dan een kwartier duren.

Met de code “*logistiek*” wordt de klacht van één respondent (5) aangeduid. Een afspraak van deze respondent werd op dezelfde tijd als van een andere cliënt gepland. Dit is twee keer voorgekomen. Verantwoordelijk voor het plannen en het maken van afspraken en dus voor deze dubbele afspraken ligt bij de baliemedewerker.

4) *Reactiesnelheid*

Telefonische reactiesnelheid: op het consultatiebureau 9 werkt men volgens de volgende werkwijze: de cliënt kan tijdens telefonisch spreekuur contact opnemen met de verpleegkundige die op dat moment dienst heeft, de verpleegkundige geeft de vraag van de cliënt door aan zijn verpleegkundige en de laatste belt de cliënt vervolgens weer terug.

Respondent 9 had ten tijde dat zijn kind langdurig aan het huilen was, gewild dat de verpleegkundige die hij op dat moment telefonisch had gesproken direct een advies zou geven.

Bereikbaarheid deskundigen: op het consultatiebureau 9 is twee ochtenden in de week een lactatiedeskundige aanwezig. Het probleem doet zich voor in het geval dat de cliënt een dringende vraag of een probleem heeft, doch een aantal dagen moet wachten alvorens hij de lactatiedeskundige kan raadplegen.

3) *Bekwaamheid*

De dimensie bekwaamheid omvat een breed scala aan aspecten die in de interviews naar voren kwamen. Deze werden gecodeerd in: “standaardbenadering”, “kennis betreffende borstvoeding”, “kennis betreffende allergieën”, “kennis betreffende interpretatie van de groei”, “nodeloze bangmakerij”, “advisering”, “beantwoording van de vragen”, “beheersing Nederlandse taal” en “verwijsbeleid”.

Standaardbenadering: het kindje van moeder 2 was circa drie maanden te vroeg geboren was. Op het desbetreffende bureau werd er echter geen rekening mee gehouden en waren de arts en de verpleegkundige niet met de groeicurve voor de premature kinderen en de mogelijkheid

voor het corrigeren van de leeftijd bekend. De gevolgen hiervan waren dat het kind te licht werd gevonden voor zijn leeftijd en dat de voedings- en medische adviezen niet op de gecorrigeerde leeftijd van het kind waren toegesneden (toen hij vijf maanden oud was, moest hij beginnen met vast voedsel en er werd geadviseerd om hem te stimuleren met het omhoog houden van zijn hoofdje). Verder werd het geconstateerde hartafwijking, dat veeleer bij de premature kinderen voorkomt, zeer verontrustend genoemd.

Op het consultatiebureau 4 was er sprake van een andere uiterste: men werkte op dit consultatiebureau met het principe dat ieder kind in zijn eigen tempo ontwikkelt. Niettegenstaande dat men hier niet de richtlijnen van een gemiddeld kind volgt, kan het ook onder de code “standaardbehandeling” worden geschaard: veel afwijkingen worden normaal verondersteld met als gevolg dat zonder de afwijkingen eerst nader te onderzoeken, er met de standaardoplossingen wordt gereageerd. Gevaar van deze benadering is echter dat de eventuele aandoeningen niet bijtijds worden geconstateerd. Zodoende bleven bij het kind van de respondent 4 (verborgen)reflux⁶ en (spier)ontwikkelingsachterstand door het consultatiebureau onopgemerkt.

Het consultatiebureau 9 werd een soortgelijke tekortkoming verweten. Er werd namelijk op door de respondent vastgestelde afwijkingen met standaardoplossingen voor gezonde kinderen gereageerd, zonder de afwijkingen aanvankelijk te onderzoeken. Het betrof in dat geval een huilbaby met een sterke voorkeursligging. Het huilgedrag was een reactie op een (verborgen) reflux. De voorkeursligging bleek later te worden veroorzaakt door een spierkramp in de nek. Bij allebei de klachten werden door de arts en de verpleegkundigen adviezen gegeven die gericht waren op de klacht zelf (rust en regelmaat zou tegen het huilen helpen, het stimuleren van de andere kant tegen de voorkeursligging).

De richtlijnen van het gemiddeld kind was ook de oorzaak van dat een probleem niet door het consultatiebureau 6 werd onderkend. Hier refereerde de arts aan de statistieken: een allergie dat door de respondent als een mogelijke oorzaak voor het overmatig huilen werd voorgesteld, kwam bij slechts twee procent van de zuigelingen voor. De conclusie van de arts was daarom, dat het geen noodzaak behoefte om het huilgedrag nader te onderzoeken.

De voedingsrichtlijnen die door het consultatiebureau 7 worden gehanteerd, hebben ook betrekking op de gemiddelden. Dat deze richtlijnen en de adviezen die erop zijn gebaseerd niet op alle kinderen van toepassing zijn, getuigen de uitspraken van respondent 7: “Mijn oudste was

⁶ het terugvloeien van het maagzuur in de slokdarm (zakwoordenboek der geneeskunde, 2000)

een extreem hongerige baby. Ze zeiden dat ik hem moest laten huilen, terwijl hij overduidelijk honger had en hij mocht niet meer eten en hij mocht geen bijvoeding....” ,“ Toen ben ik begonnen met het bijvoeden en toen ging het ineens een stuk beter.”

Kennis betreffende borstvoeding: de kennis van het consultatiebureau op het gebied van de borstvoeding vonden de respondenten 4, 6, 7 zeer summier. Respondenten 6 en 7 bij wie de borstvoeding moeizaam verliep, zouden meer begeleiding van de kant van het consultatiebureau willen. Respondent 7 had van twee consultatiebureaus eenzelfde advies (het aanleggen) gekregen, dat niet bleek te werken. Een alternatieve oplossing zou een doorverwijzing naar een lactatiedeskundige kunnen zijn. Respondenten 6 en 7 hebben op eigen initiatief de lactatiedeskundige bezocht, maar vinden dat het tot de taken van het consultatiebureau behoort om de cliënten te informeren over het bestaan van (en doorverwijzen naar) de lactatiedeskundigen en de borstvoedingsverenigingen.

Op consultatiebureau 7 was men ook niet bekend met de groeicurve van de kinderen die langer dan drie of vier maanden borstvoeding kregen (deze groeicurve wijkt af van de groeicurve van de kinderen die de flesvoeding krijgen).

Op het consultatiebureau 4 had de arts de mededeling van de cliënt dat hij zijn tweejarig kind nog altijd borstvoeding gaf, uitermate grappig gevonden.

Kennis betreffende allergieën: respondent 6 vond de kennis van het consultatiebureau betreffende de allergieën ontoereikend: toen de allergie werd geconstateerd, werd vanuit het consultatiebureau het stoppen met de borstvoeding geadviseerd. Echter, nadat de respondent het advies van de arts- homeopaat: het volgen van een dieet heeft toegepast, bleek dat het stoppen met de borstvoeding geen vereiste was voor het verhelpen van de allergie.

Kennis betreffende interpretatie van de groei: de verpleegkundigen van de consultatiebureaus 5 en 7 hadden gewicht van het kind, niet in het breder kader van zijn ontwikkeling geplaatst. Zo werd het kind 7 aan de hand van één weegmoment als te zwaar bestempeld. Daarbij werd verder niet naar zijn gehele groeicurve gekeken, waaruit bleek dat hij relatief lichter aan het worden was. Het gewicht van het kind 5 werd ongeacht zijn ziektegeschiedenis, als te licht geïnterpreteerd.

Nodeloze ongerustheid: hantering van de richtlijnen die gebaseerd zijn op de gemiddelden, alsmede de interpretatie aan de hand van één meetmoment waren tevens van invloed op de gemoedstoestand van de ouders. Respondenten 5 en 7 zeiden erg ongerust te zijn toen ze hoorden

dat hun kind te zwaar, dan wel te licht was. Vanzelfsprekend gaf respondent 2 zeer bezorgd te zijn, toen de arts hartruis van zijn premature kind erg verontrustend noemde.

De respondenten 3,6 en 9, bij wie de afwijkingen niet door het consultatiebureau werden gediagnosticeerd, prefereerde uiteraard een doorverwijzing naar een specialist ook al zou er dan mogelijk sprake zijn van een vals alarm. Ook andere respondenten hadden begrip voor het aandringen van consultatiebureau op het snel ingrijpen, omdat dit een manier is om de eventuele aandoeningen vroegtijdig te signaleren. Het belangrijkste knelpunt zijn de bewoordingen waarin dat naar de ouders toe wordt gecommuniceerd. De formuleringen van het consultatiebureau kunnen schematisch als volgt worden samengevat: kind voldoet niet aan de normen, dus er is iets mis mee, dus moet er snel iets aan worden gedaan. Een nadeel van een dergelijke resolute manier van informatieoverdracht, is dat het een grote verontrusting bij de ouders teweeg brengt.

Advisering: de code “advisering” omvat drie types adviezen waar de respondenten niet tevreden over waren. De respondenten zeggen tegenstrijdige adviezen, adviezen zonder een toegevoegde waarde en praktisch onuitvoerbare adviezen te hebben gekregen.

Respondent 1 maakte een melding van een inconsistentie in de adviezen gedurende één consult: in het begin van het gesprek heeft de verpleegkundige hem aangeraden om zo frequent te voeden als zijn kind dat vroeg, hetgeen niet samen kon gaan met het aanleren van een dagelijkse voedingsritme. Later in het gesprek werd geadviseerd om niettemin enigszins voedingsritme proberen aan te brengen.

De respondenten 5 en 8 vonden dat de opvoedingadviezen van het consultatiebureau niet verder reiken dan wat de ouders zelf op het internet en in de tijdschriften kunnen opzoeken.

Tevens zijn de adviezen praktisch niet altijd eenvoudig uitvoerbaar. Ter illustratie gaf respondent 8 een voorbeeld van een verpleegkundige die hem afraadde om een huilend kind 's nachts een flesje te geven, omdat dit het huilgedrag alleen zou bekrachtigen. Zij adviseerde respondent om het kind te laten huilen. De respondent zag dat echter niet als een geschikte oplossing, omdat het zijn nachtrust te veel zou verstoren.

Respondent 6 beaamde de “onbruikbare adviezen” knelpunt. Zijn kind draaide al op een zeer jonge leeftijd veelvuldig op zijn buik. Ter voorkoming van de wiegendood adviseerde de verpleegkundige om het kind telkens weer op zijn rug te leggen. Gezien het feit dat het voor ouders vrijwel onmogelijk is om 24 uur bij hun kind te waken, was het advies praktisch onuitvoerbaar.

Beantwoording van de vragen: zo wel de arts, als de verpleegkundige hebben gedurende de zeventien maanden dat de cliënt (5) op consulten kwam, zijn vragen betreffende de onderwerpen zoals de toegestane hoeveelheid voeding, de stand van de voetjes en het poetsen van de tanden niet beantwoord. De vragen werden dan ontweken door een gebrek aan tijd, dan wel door naar de foldertjes met informatie aangaande de gestelde vragen te verwijzen. De foldertjes waren ten tijde van de consulten niet in de spreekkamer aanwezig en in de vervolggconsulten werd er niet op de vragen teruggekomen.

Beheersing Nederlandse taal: consultatiebureau 8 had een arts van een buitenlandse afkomst in dienst die volgens de geïnterviewde door een slechte beheersing van de Nederlandse taal en een zachte stem slecht verstaanbaar was. Vanwege de afwezigheid van zijn vaste arts, heeft de respondent deze arts slechts één keer geconsulteerd.

Verwijsbeleid: op twee consultatiebureaus schijnt er geen duidelijk beleid te zijn, over wie de leiding heeft in geval van doorverwijzing naar een deskundige. Op het consultatiebureau 8 bleek dat uit de uitspraak: “die weten er ook niks van” van een verpleegkundige over de adviezen en tips van een lactatiedeskundige. Op consultatiebureau 2 kwam dit tot uiting toen de arts de kinderarts gebeld had met de vraag: “of zij wel kundig genoeg was om de zuigelingen te volgen.” Want het was volgens de arts immers de taak van het consultatiebureau.

5) Beleefdheid

Betutteling: het woord “betutteling” werd door twee respondenten (1 en 8) gebruikt, teneinde de bejegeningstijl van de verpleegkundigen te beschrijven.

De betutteling komt tot uitdrukking in een kinderlijk stemmetje en de verkleinde woorden waarmee met de respondenten wordt gecommuniceerd. De verpleegkundigen maken daarbij als het ware geen onderscheid tussen de kinderen en de ouders. Terwijl deze toon in het algemeen tegen de kleine kinderen wordt geaccepteerd, wordt dezelfde toon jegens de ouders als storend en betuttelend ervaren. Een verpleegkundige van respondent 1 sprak gedurende het hele consult op een dergelijke manier, respondent 8 gaf aan dat ze door zijn verpleegkundige sporadisch zo werd toegesproken.

Daarnaast gaf respondent 8 de vragen zoals: “hoe gaat het? En hoe doe je dit? En hoe doe je dat?” betuttelend te vinden.

Begrip: respondent 6 zou graag willen zien dat de verpleegkundigen meer begrip zouden tonen voor de alledaagse problemen waarmee ze als ouder te maken heeft. Wanneer de

respondent bijvoorbeeld vertelde over veelvuldig huilen van zijn kinderen, reageerde de verpleegkundige concluderend dat het normaal was en dat het bij het ouderschap hoort met: “Het is nou eenmaal het huiluurtje.”

Evenzeer als respondent 6, zou respondent 7 willen dat er begrip was voor zijn situatie. Hij had kinderen met allergieën en zou willen dat het consultatiebureau meer aandacht er aan zou besteden. De houding van zijn consultatiebureau ten opzichte van zijn situatie beschreef hij als volgt: “Jij vindt dat ze allergieën hebben, prima. Zoek het maar uit.”

Klantgerichtheid: in de code ‘klantgerichtheid’ zijn verwoordingen uit de interviews ten aanzien van de houding en de bejegeningstijl van het personeel gegroepeerd.

De houding van een verpleegkundige op het consultatiebureau 5 ten opzichte van de cliënt wordt door de respondent als onvriendelijk en ongeïnteresseerd omschreven.

Andere respondenten zeiden over het algemeen vriendelijk door het personeel te worden bejegend, maar stoorden zich aan enkele incidenten. Zo refereerde respondent 4 aan de arts die heel hard moest lachen, toen hem werd verteld dat het tweejarig kind van de respondent nog borstvoeding kreeg. Respondent 7 had het over een “preek”, die hij kreeg van een verpleegkundige naar aanleiding van zijn mededeling aangaande het bijvoeden van zijn vier maanden oude kind.

Respondent 1 gaf een reeks van incidenten binnen één consult die niet getuigen van de klantgerichtheid: de verpleegkundige maakte een misplaatste grapje, waarbij de cliënt een slechte moeder werd genoemd. Ook bleef ze de dochter van de cliënt “hij” en “hem” noemen, terwijl de respondent in het gesprek duidelijk spraak over “zij” en “mijn meisje”. Voorts heeft de verpleegkundige tijdens het consult ten behoeve van een privé-gesprek getelefoneerd en had ze de spreekkamer verlaten om een collega te helpen.

Kindvriendelijkheid: er is één uitspraak gedaan die de kindvriendelijkheid van het consultatiebureau ondermijnt. De verpleegkundige van het consultatiebureau 6 moest erg lachen toen een kind met een spraakgebrek het woord “prullenbak” als “lullenbak” uitsprak.

6) Veiligheid

Hygiëne: de verpleegkundige op het consultatiebureau 1 waste haar handen niet alvorens het kind in te enten, hetgeen wel volgens de standaardprotocol zou moeten.

Materiaal: na het inenten heeft de verpleegkundige een pleister gebruikt die niet anti-allergeen was en waarvan de gebruiksdatum was verstreken, ten gevolge waarvan de plek rondom de inenting rood en opgezwollen werd.

Sprekkamer: het aspect dat onder de dimensie tastbaarheden reeds werd genoemd: de spreekkamer dat als doorloopruimte voor de andere verpleegkundige diende, sluit ook bij de dimensie veiligheid aan, aangezien het kindje door voortdurend in en uit lopen van de verpleegkundigen op de tocht ligt.

7) Toegankelijkheid

Telefonische bereikbaarheid werd door de respondenten (5, 7 en 8) als slecht omschreven. Men dient eerst een centrale nummer te bellen, waarna hij met het desbetreffende consultatiebureau wordt doorverbonden, hetgeen velaal niet soepel verloopt. Consultatiebureaus 7 en 8 zijn dagelijks gedurende slechts één uur telefonisch bereikbaar. Maar ook dan staan de verpleegkundigen in verband met storing, afwezigheid en bezette telefoonlijn de cliënten niet altijd te woord.

8) Communicatie

Gelijkwaardigheid: respondent 5 vond het consultatiebureau te kort schieten in de interactie tussen de arts en de verpleegkundige enerzijds en de cliënt anderzijds. De respondent vond dat hij weinig inspraak had en dat tijdens de consulten voornamelijk sprake was van eenrichtingscommunicatie, waarbij de arts en de verpleegkundige het woord voerden.

Positieve feedback: een positieve feedback wordt over het algemeen weinig gegeven. Respondent 8 gaf aan dat hij het prettig zou vinden, als hij op het consultatiebureau meer positieve uitspraken over zijn kind en over zijn (ervarings)deskundigheid zou ontvangen.

Op consultatiebureau 6 werden positieve uitspraken met betrekking van de groei en de ontwikkeling van de kinderen gedaan, evenwel zou de respondent ook graag lovende woorden willen horen over zijn rol als ouder.

9) Begrip van klanten

De wensen van de respondenten hadden betrekking op “frequente afspraken”, “openingstijden van het consultatiebureau” en “flexibiliteit betreffende afspraken”.

Frequentie afspraken: respondent 4 zou graag zien dat na het kind zijn tweede verjaardag meer consulten ten behoeve van kinderen die ziek zijn (geweest) zouden zijn. De voorkeur van respondent 8 ging daarentegen naar de flexibelere aantallen consulten. Persoonlijk zou hij

minder afspraken willen, maar hij kon zich voorstellen dat andere cliënten, bijvoorbeeld tienermoeders, behoefte hebben aan het frequentere bezoek aan het consultatiebureau.

Openingstijden: respondent 6 was van mening dat de bezoeken niet op de meest ideale tijd zijn ingepland. Op het consultatiebureau 6 vinden de consulten tussen 13.30 en 16.00 uur plaats. Dit is de tijd wanneer veel kinderen een middagdutje doen.

Consultatiebureau 7 heeft tussen 12.00 en 12.30 een inloopspreekuur. Voor ouders met schoolgaande kinderen, dus de broertjes en de zusjes van de consultatiebureaucliëntjes is het problematisch om gebruik te maken van deze inloopsprekuren, omdat hun kinderen tussen 12.00 en 13.00 een middagpauze hebben, tijdens welke ze naar huis komen.

Inflexibiliteit betreffende afspraken. Respondent 9 heeft aangegeven dat consultatiebureau de gehoor-test vrij snel na de geboorte uitvoert en de wens van ouders om het gehoortest-afpraak later te maken problematisch vindt. Ondanks deze inflexibiliteit, heeft de respondent 9 in de vijfde week de gehoor-test gemaakt

Respondent 2 zei dat aan zijn wens om het eerste huisbezoek van de verpleegkundige in verband met verblijf van zijn pasgeboren kind in het ziekenhuis uit te stellen, met tegenzin gehoor werd gegeven. Ook respondent 6 zei veel discussies te moeten voeren, toen hij vanwege de allergieën van zijn kind, de inentingen wilde uitstellen.

Wat gewone consulten aangaat, zei de respondent 5 dat hij niet op de dag van zijn voorkeur bij het consultatiebureau terecht kon. Dit omdat het consultatiebureau in aparte blokken voor baby's en peuters werkt. Opvallend is dat respondent 5 na verloop van één jaar wel op de dag van zijn voorkeur een afspraak kon maken. De respondent geeft de leeftijd van het kind als een mogelijke verklaring. Het aantal consulten neemt namelijk af, nadat het kind één jaar is geworden.

Respondent 8 met twee kinderen betreurt de leeftijdafhankelijke consulten eveneens. Hij zou graag zien dat er op het consultatiebureau een gezinsspreekuur zou worden ingevoerd, zodat hij met zijn beide kinderen van verschillende leeftijd naar één consult zou kunnen.

Discussie

Resultaten

Concluderend kan worden gesteld dat de dimensies bekwaamheid en beleefdheid verantwoordelijk zijn voor een ruime deel van de knelpunten. Wanneer wordt gekeken naar de

onderzoeken van Pardoel en Tits (2002), Pardoel (2004), Pardoel en Tits (2006) en Cuyvers en Pardoel (2001) dan blijken de resultaten in deze dimensies weinig verrassend te zijn. Zo zijn de vijf knelpunten die de code “standaardbenadering” hebben gekregen ook in Cuyvers en Pardoel(2001) gerapporteerd. Cuyvers en Pardoel(2001) zeggen bijvoorbeeld dat ondeskundigheid van de cb-medewerkers onder meer uit door hen stelselmatig ontkende problemen, die later wel ernstig bleken te zijn, blijkt. In dit onderzoek waren het (verborgen) reflux en problemen met de spierontwikkeling van twee kinderen en een allergie van een ander kind dat door de consultatiebureaus werden ontkend. Ook door Cuyvers en Pardoel (2001) beschreven tendens van de consultatiebureaus om van de gemiddelden uit te gaan en de afwijkingen van het gemiddelde als “niet normaal” te beschouwen, kwam in een interview naar voren. Daarin zei de respondent dat zijn prematuur kind met de gemiddelden werd vergeleken. Tevens beschrijven Cuyvers en Pardoel (2001) het knelpunt dat op de vragen over de specifieke kinderen met algemene informatie door het consultatiebureau wordt gereageerd. In één interview zei respondent dat met betrekking tot zijn kind dat behoefte had aan meer voeding dan kinderen van zijn leeftijd, standaard voedingsadviezen werden gegeven.

Kijkend naar het voorgaande alinea lijkt het dat deze knelpunten stelselmatig op de consultatiebureaus voorkomen. Hoewel het ook plausibel is dat de cliënten met kinderen waarvan bijvoorbeeld de problemen stelselmatig zijn ontkend, eerder bereid zijn om aan een onderzoek mee te werken, aangezien het niet tijdig behandelen van de problemen, ernstige gevolgen voor het kind kan hebben. De oorzaken van deze knelpunten kunnen samenhangen met de problemen in de personele bezetting, waardoor er onvoldoende tijd is om de problemen die door ouders zijn opgemerkt nader te onderzoeken. De onderbezetting van het personeel blijkt ook uit de lange wachttijden die door drie respondenten werden genoemd. Of tekort aan personeel dan wel deskundigheid (en dus de opleiding) de reden is van de bovenstaande knelpunten, zou vanuit de medewerkersperspectief moeten worden onderzocht.

Kennis op het gebied van de borstvoeding werd op drie consultatiebureaus ontoereikend gevonden. Mede omdat dezelfde bevinding in Cuyvers en Pardoel (2001) is gerapporteerd, lijkt het dat in de verpleegkundeopleidingen niet voldoende aandacht wordt besteed aan dit onderwerp. Aangezien de verpleegkundigen breed worden opgeleid, kan niet van ze worden verwacht dat ze over een specialistische kennis beschikken. De oplossing kan daarom beter worden gezocht in de doorverwijzing naar de lactatiedeskundige.

De adviezen van de cb-medewerkers waar de respondenten niet tevreden over waren, hebben Cuyvers en Pardoen(2001) in hun onderzoek met “de adviezen waar de cliënten achteraf gezien niks aan hadden” gecodeerd. In dit onderzoek werden de knelpunten met betrekking tot de advisering nader gespecificeerd. Er zijn twee meldingen gemaakt van adviezen die gezien de onuitvoerbaarheid ervan, niet deugdelijk waren. Ook zei één respondent dat hij niks aan de adviezen van het consultatiebureau had, omdat veel informatie in tijdschriften en op internet te vinden is. Vierde respondent zei gedurende één gesprek adviezen te hebben gekregen die met elkaar in tegenspraak waren. Wat de tweede specificatie betreft, rijst de vraag in hoeverre het in de internettijdperk een knelpunt is van de cb-zorgverlening. Waar vroeger de ouders alleen consultatiebureau, familie en vrienden als informatiebronnen hadden, kunnen ze tegenwoordig via veel meer kanalen informatie krijgen. Het lijkt daarom dat niet de kennis van het consultatiebureau ontoereikend is, maar dat de ouders de adviezen van het consultatiebureau minder waarderen, omdat ze zelf veel informatie kunnen opzoeken.

De meeste knelpunten die betrekking hebben op de dimensie beleefdheid zijn evenals de dimensie bekwaamheid weinig vernieuwend. De behoefte van de respondenten aan meer begrip en luisterend oor zijn niet eerder als zodanig beschreven. Wellicht dat deze aspecten in de andere onderzoeken schuil gaan achter een andere benaming, zoals bijvoorbeeld klantgerichtheid.

De betutteling zoals deze in het onderzoek met name in hoog stemmetje en verkleinde waarden vorm heeft gekregen, komt ook in de bevindingen van andere onderzoeken voor, hoewel er dan bredere definitie van het begrip “betutteling” wordt gehanteerd. Zo zouden Cuyvers en Pardoen waarschijnlijk de “preek” van de verpleegkundige over vroegtijdig bijvoeden ook onder het kopje betutteling brengen.

Onvriendelijkheid en kind(on)vriendelijkheid van het personeel zijn eveneens geen nieuwe verschijnselen. In Pardoel (2004) was zes procent van de respondenten niet tevreden over kindvriendelijkheid. Het is echter de vraag of het percentage louter betrekking heeft op onvriendelijke houding jegens de kinderen in algemeen, dan wel op specifieke voorvallen zoals in ongunstige zin lachen om het kind. Wat de onvriendelijkheid jegens de ouders betreft, lijkt het dat het woord “onvriendelijk” dat veelal in de onderzoeksvragen wordt gebruikt, onvoldoende is om alle negatieve bejegeningstijlen te beschrijven (zoals de arts die hard om langdurige borstvoeding moest lachen eerder als onrespectvol zou worden beschreven, dan onvriendelijk).

Telefonisch privé-gesprek, het verlaten van de spreekkamer om collega te helpen, misplaatste humor en onoplettendheid omtrent de sekse van het kind, alsook twee knelpunten van de dimensie veiligheid: hygiëne (bij de inenting) en materiaal (pleisters) zijn wel nieuw, maar er dient te worden opgemerkt dat al deze incidenten op één consultatiebureau tijdens één consult hebben plaatsgevonden. Hetgeen doet vermoeden dat deze knelpunten niet stelselmatig voorkomen.

De knelpunten openingstijden van het consultatiebureau en verwijzbeleid zijn niet eerder onderzocht. Deze knelpunten zijn ieder slechts twee keer in de interviews naar voren gekomen. Niettemin zouden ze op de consultatiebureaus systematisch kunnen voorkomen. Het is daarom zinvol om dit met kwantitatief onderzoek te toetsen.

De knelpunten telefonische bereikbaarheid (dimensie toegankelijkheid), frequentie afspraken (dimensie begrip van klanten) en in twee van de drie gevallen wachttijden (dimensie betrouwbaarheid) werden alleen door respondenten genoemd als er expliciet naar werd gevraagd. Kennelijk zijn deze aspecten minder van belang voor de algehele tevredenheid inzake de kwaliteit van zorgverlening en werden ze in het licht van andere knelpunten aanvankelijk niet noemenswaardig gevonden. Overigens weerspiegelen deze knelpunten de resultaten uit eerdere onderzoeken. Dit geldt ook voor de code inflexibiliteit betreffende afspraken (dimensie begrip van klanten).

Wat betreft slechte beheersing van de Nederlandse taal, spreekkamer (dat niet tochtvrij is) en (opgepaste kleding van het) personeel lijken deze knelpunten zeer weinig voor te komen. Zo zeiden alle respondenten van Pardoën (2004) dat personeel netjes en verzorgd uitziet en vond slechts 1,7 % dat de ruimte van het consultatiebureau niet veilig is voor de kinderen. Beheersing van de Nederlandse taal is niet eerder als zodanig onderzocht, maar Pardoën (2004) rapporteerde dat vrijwel al haar respondenten de adviezen en informatie van het personeel begrijpelijk vonden.

Onderzoek

Bij de interpretatie van de uitkomsten dienen enkele kanttekeningen te worden geplaatst. De grootste tekortkoming van het onderzoek is het geringe aantal respondenten. Voor een gedegen kwalitatief onderzoek zouden immers net zo veel nieuwe respondenten moeten worden geïnterviewd, totdat er “verzadiging” zou optreden, ofwel geen nieuwe gegevens meer aan het

licht meer zouden komen. Het blijft daarom onduidelijk hoeveel en welke knelpunten van de zorgverleningskwaliteit niet in het onderzoek aan het licht zijn gekomen.

Ten tweede worden in de onderzoeken verschillende methoden gebruikt om de aspecten van de kwaliteit van zorgverlening te classificeren. Hetgeen de vergelijking tussen de resultaten van de onderzoeken bemoeilijkt. Zo bestaat over de behoefte van de respondenten aan meer begrip onduidelijkheid of dit aspect wellicht in Cuyvers en Pardoën (2001) niet een andere code heeft gekregen. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan klantgerichtheid. Door deze soms moeizame vergelijking kan daarom niet met zekerheid worden gezegd welke resultaten van dit onderzoek vernieuwend zijn.

Derde kanttekening heeft betrekking op de afnameprocedure van de interviews. In der loop van het onderzoek is de afnameprocedure gewijzigd. In de interviews vier tot en met tien werden er aantal vragen gesteld, waar de knelpunten slechte telefonische bereikbaarheid en lange wachttijden uit voortvloeiden. Als mogelijke verklaring werd al eerder gesuggereerd dat deze aspecten minder van belang zijn voor de algehele tevredenheid inzake de zorgverlening en in het licht van de andere klachten aanvankelijk niet noemenswaardig werden gevonden. Aangezien in interviews één tot en met drie deze vragen niet werden gesteld, is het mogelijk dat lange wachttijden en slechte telefonische bereikbaarheid vaker voorkomen dan de resultaten het doen vermoeden. Ook hadden de eerste vier respondenten mogelijkerwijze nog andere aspecten die ze als niet vermeldenswaardig beschouwden. Het niet belangrijk achten van bepaalde knelpunten, werd vermoedelijk in de eerste drie interviews eveneens door de expliciete vraag naar negatieve ervaringen versterkt.

Tot slot moet worden stilgestaan bij de respondenten. Aan het onderzoek hebben louter vrouwelijke respondenten deelgenomen. En hoewel verreweg de meeste cliënten van het consultatiebureau moeders zijn, is het belangwekkend of vaders wellicht andere standpunten innemen met betrekking tot de kwaliteit van de cb-zorgverlening.

Ondanks deze tekortkomingen kunnen de resultaten van toegevoegde waarde zijn voor de vervolgonderzoeken. De doelstellingen van het onderzoek waren het inzichtelijker maken van de knelpunten en eventueel opsporen van de nieuwe knelpunten. Uit dit onderzoek zijn er een aantal voorbeelden van onvriendelijkheid van de cb-medewerkers voortgevloeid. Het lijkt dat onvriendelijkheid niet alleen betrekking heeft op een bejegeningstijl, maar dat de medewerkers die doorgaans vriendelijk zijn in bepaalde gevallen de cliënten en/of hun kinderen onrespectvol

behandelen. Het is daarom aan te bevelen om in de vervolgonderzoeken dit onderscheid te maken. Verder zouden in de kwantitatieve onderzoeken meer categorieën worden opgenomen om de mening van de cliënten aangaande de bejegeningstijl van het personeel nader te specificeren.

Ook zijn in dit onderzoek de redenen van ontevredenheid over de advisering inzichtelijker gemaakt en zijn de nieuwe knelpunten (on)begrip, openingstijden van het consultatiebureau en verwijsbeleid naar voren gekomen. In een kwantitatief onderzoek zou moeten worden getoetst in hoeverre deze knelpunten systematisch voorkomen.

Referenties

- Coelho, M., B. (2000). Zakwoordenboek der geneeskunde (17^e ed.) Arnhem:Elsevier-Koninklijke PBNA.
- Cuyvers, P.& Pardoën, J. (2001). Kritiek van de fans. *Ouders Online bv*. Het rapport is te bestellen via <http://www.ouders.nl/mcb2001.htm>
- Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) (2005). *De professionele uitvoering van de openbare gezondheidszorg is nog niet goed genoeg; Resultaten van het toezicht in 2003 - 2004 bij GGD'en en het toezicht bij de Jeugdgezondheidszorg 0- 4 jarigen 2005*. Opgehaald op 20 april 2007 van www.igz.nl
- Mennes-Timmers, J.G. & Rusonovic, A.F. (1998). Ontwikkelingen binnen het SERVQUAL-onderzoek. *Sigma: tijdschrift voor excellent ondernemen*, 44 (5), 16-20.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)(2002). *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg*. Opgehaald op 6 mei 2007 van http://www.minvws.nl/images/Basistaken-jeugdgezond_tcm19-97448.pdf
- Pardoel, K. (2004). *Klanttevredenheidsonderzoek Divisie JGZ; thuiszorg midden-limburg*. Opgehaald op 20 april 2007 van <http://www.iva.nl/index.php>
- Pardoel, K.& Tits, M. van (2002). *Client Content?! Benchmark 2002 JGZ (0-4 jaar) Noord-Brabant*[Samenvatting].Opgehaald op 20 april 2007 van <http://www.iva.nl/index.php>
- Pardoel, K.& Tits, M. van (2006) *Hoe tevreden zijn onze cliënten? Groene Kruis Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar; Zorggroep Noord-Limburg* [Samenvatting].Opgehaald op 20 april 2007 van <http://www.iva.nl/index.php>
- Platform Jeugdgezondheidszorg (2004). *Eenheid van taal in de JGZ; Versie 0.5/ Concepten*. Opgehaald op 20 april 2007 van <http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/ZWS/Concept%20Handboek%2010%20april%202004.doc>
- Pree-Geerlings, B. de, Pree, I. M.N. de & Bulk-Bunschoten, A.M.W. (2001). 1901-2001; 100 jaar artsen op het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters [elektronische versie]. *Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145 (51), 2461-2465.
- Servqual*. Opgehaald op 20 mei 2007 van <http://www.rcs-consultancy.nl/html/artikelen/servqual.html>
- Wegwijzer; HKZ-certificatie: wat is het en wat levert het op?*(2005). Opgehaald op 20 april 2007 van <http://www.hkz.nl/images/stories/publicaties/wegwijzer%20certificatie.pdf>
- Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1988). Communication and control processes in the delivery of service quality [elektronische versie]. *Journal of Marketing*.

Bijlage A.

Producten en activiteiten (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2004).

Tabel A1. Productgroep 1: monitoring en signaleren**PRODUCTEN****ACTIVITEITEN***Uniform - Individueel*U1.1.1 Algemene anamnese

Het verzamelen en vastleggen van gegevens over de gezinssamenstelling, de erfelijke belasting en de voorgeschiedenis met als doel factoren in kaart te brengen die van invloed kunnen zijn op de gezondheid, groei, ontwikkeling en bescherming van het kind.

U1.1.1.1 Gezinssamenstelling

U1.1.1.2 Erfelijke belasting

U1.1.1.3 Voorgeschiedenis

U1.1.2 Lichamelijke verschijning

Het product "lichamelijke verschijning" omvat alles wat klassiek onder "inspectie" zou kunnen worden samengevat. Het is een standaardprocedure bij elk contact.

U1.1.2.1 Alg indruk/houding/beweging

U1.1.2.2 Huid / hygiëne

U1.1.2.3 Hoofd / hals

U1.1.2.4 Romp / buik

U1.1.2.5 Extremiteten

U1.1.2.6 Genitalia

U1.1.3 Groei

Lengte, gewicht en hun relaties tot elkaar en tot de leeftijd zijn belangrijke parameters voor de algemene gezondheidstoestand van een groeiend kind. Door meting van deze grootheden komt met onder andere afwijkende lengtegroei, onder- en overgewicht op het spoor. Door het meten van de hoofdomtrek komt men afwijkende schedelgroei op het spoor.

U1.1.3.1 Lengte naar leeftijd

U1.1.3.2 Gewicht naar leeftijd

U1.1.3.3 Hoofdomtrek

U1.1.3.4 Gewicht naar lengte

U1.1.4 Ontwikkeling

Het volgen van de ontwikkeling van kinderen en jongeren met als doel enerzijds het signaleren van een niet-normaal verlopende ontwikkeling opdat interventies bijtijds kunnen worden ingezet, anderzijds het signaleren en benoemen van de normale ontwikkeling op individueel en populatieniveau.

U1.1.4.1 Psychische ontwikkeling

U1.1.4.2 Motorische ontwikkeling

U1.1.4.3 Cognitieve ontwikkeling

U1.1.4.4 Sociale ontwikkeling

U1.1.4.5 Spraak en taal ontwikkeling

U1.1.4.6 Seksuele ontwikkeling

U1.1.5 Functies

De onder Functies genoemde activiteiten behoren tot de anamnese en hebben als doel het lichamenlijk, psychisch, emotioneel en sociaal functioneren in kaart te brengen.

U1.1.5.1 Lichamenlijk functioneren

U1.1.5.2 Psychisch functioneren

U1.1.5.3 Emotioneel functioneren

U1.1.5.4 Sociaal functioneren

Tabel A2. Productgroep 2: inschatting zorgbehoefte*Uniform deel - individueel*

U2.1.1 Inschatten draaglast/draagkracht

De problemen en moeilijkheden die de jeugdige en/of ouders krijgt (en) te verwerken afwegen tegen het vermogen van de jeugdige en/of ouders om die problemen en moeilijkheden te incasseren en te verwerken.

U2.1.2 Inschatten voorlichtingsbehoefte

Beoordelen in welke mate de jeugdige en/of de ouders c.q verzorgers risicoreducerende, ontwikkelingsondersteunende en zorggerichte informatie en/of advies nodig hebben

U2.1.3 Bepalen ontvangen zorg

Vaststellen welke zorg is of wordt ontvangen door het gezin, in relatie met huidige problemen, voor zover nu relevant voor een gezonde ontwikkeling van de jeugdige.

Maatwerkdeel

M2.1.1 Zorgverlening op maat (individueel)

Het verlenen van zorg afgestemd op de behoefte van de jeugdige of een gezin.

Tabel A3.Productgroep 3: screeningen en vaccinaties**Producten****Activiteiten***Uniform - individueel*U3.1.1 Screeningen

De activiteiten die onder het product screening vallen zijn gericht op de vroegtijdige opsporing van een aantal specifieke ziektes en afwijkingen of de voorstadia daarvan. De onderzoeken worden volgens een min of meer gestandaardiseerde onderzoeksmethodiek uitgevoerd. De activiteiten voldoen echter niet volledig aan de criteria van Wilson en Jugner⁷ en zijn in strikte zin geen screeningen.

U3.1.1.1 Phenylketonurie (PKU)
 U3.1.1.2 Congenitale hypothyreoïdie (CHT)
 U3.1.1.3 Adrenogenitaal syndroom (AGS)
 U3.1.1.4 Oogpathologie
 U3.1.1.5 Maldescensus testis
 U3.1.1.7 Spraak- en taalstoornis
 U3.1.1.8 Perceptief gehoorverlies

U3.1.1.6 Congenitale hartafwijking

U3.1.2 Vaccinaties

De vaccinaties hebben een tweeledig doel. Enerzijds zijn de vaccinaties er op gericht individuele kinderen te beschermen tegen de betreffende ziektes. Anderzijds heeft het Rijks Vaccinatieprogramma (RVP) als doelstelling een hoge vaccinatiegraad te bereiken en daarmee de gehele populatie van deze ziektes te vrijwaren.

U3.1.2.1 Rijksvaccinatieprogramma
 U3.1.2.2 Hepatitis B

Tabel A4. Productgroep 4: voorlichting, advies, instructie en begeleiding**Producten****Activiteiten***Uniform deel*U4.1.1 Wettelijk verplichte Voorlichting

Het gaat hier enerzijds om de wettelijk verplichte informatieverstrekking over dossiervorming, klachtenprocedures en privacy elementen; anderzijds de informatieplicht voorafgaand aan het uitvoeren van een medische handeling.

U4.1.1.1 Burgerlijk wetboek

U4.1.1.2 Wet Bescherming Persoonsgegevens

Maatwerkdeel

M4.1.1 Voorlichting, advies, instructie, begeleiding (individueel)

Tabel A5. Productgroep5: beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen**Producten** (*maatwerkdeel*)

M5.1.1 Eerste milieu (individueel)

M5.1.2 Tweede milieu (individueel)

Bij het definiëren van deze producten is gebleken dat er onvoldoende onderscheid is aan te brengen met producten uit productgroep 2 (M2.1.1 Zorgverlening op maat en M2.2.1 Risicogroep gerichte zorg) en productgroep 4 (Voorlichting, advies, instructie en begeleiding op individueel en groepsniveau). Daardoor was het vooralsnog onmogelijk de betreffende definities op te stellen.

Tabel A6. Productgroep 6: zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking**Producten****Activiteiten***Uniform - individueel*U6.1.1 Dossiervorming

Het aanleggen, bijhouden en overdragen van het, wettelijk verplichte, medisch dossier van ieder kind.

U6.1.1.1 Aanleggen en volledig bijhouden van het Integraal dossier JGZ

U6.1.1.2 Overdragen van het Integraal Dossier JGZ bij zorgoverdracht

Maatwerk - individueel

M6.1.1 Zorgplan opstellen

M6.1.2 Zorgcoördinatie

Bijlage B.

Tabel B1.: resultaten van de onderzoeken in Noord-Limburg (2006), Midden-Limburg(2004), Noord-Brabant(2002) en van oudersonline bv. (2001) gerangschikt naar de kwaliteitsdimensies van Zeithaml et al.(1985)

dimensie	code	Noord-Limburg, 2006	Midden-Limburg, 2004	Noord-Brabant, 2002	Oudersonline, 2001
tastbaarheden	geen moderne uitstraling	- ⁸	35,3%	-	-
	geen kindvriendelijke uitstraling	-	16,1%	-	-
	niet voldoende speelgoed aanwezig	-	14,9%	-	-
	speelgoed is niet van goede kwaliteit	-	9,9%	-	-
	er zijn niet genoeg stoelen aanwezig	-	11,2%	-	-
	reclame	-	nee	ja, te veel	ja, te veel
	onafhankelijke informatie	-	nee, niet onafhankelijk	-	nee, niet onafhankelijk
betrouwbaarheid	korte wachttijden	75%	-	het duurt soms wat lang	-
	lange wachttijden	6%	-	ja	-
	slechte logistiek&administratie	-	ja	-	ja
	problemen met personele bezetting	-	7%	-	-

Note. De code is niet onderzocht

dimensie	code	Noord-Limburg, 2006	Midden-Limburg, 2004	Noord-Brabant, 2002	Oudersonline, 2001
reactiesnelheid	bereikbaarheid vpk ⁹ bij onverwachte vragen	in verhouding met andere onderwerpen minder	9,1% kon vpk niet bereiken 2,5% kende de mogelijkheid niet	minder tevreden dan met andere onderwerpen	-
	er wordt niet snel actie ondernomen bij onverwachte problemen	-	2,5%	-	-
bekwaamheid	deskundigheid	gem.ligt tussen 7 en 8	gem. 8,3	gem.ligt tussen 7 en 8	24% ontevreden 20% matig tevreden
	recente informatie	-	-	-	nee, niet altijd
	slechte informatieverstrekking	-	13%	-	-
	er wordt met gemiddelden gewerkt	-	-	-	ja
	niet voldoende uitleg betreffende verwijzing	-	2,7%	-	3%
	nodeloze bangmakerij	-	-	-	ja
beleefdheid	betutteling	-		-	ja
	kindvriendelijkheid	-		-	6%ontevreden 10% matig tevreden
	klantgerichtheid	gem.ligt tussen 7 en 8		-	22% ontevreden 18% matig tevreden

⁹ verpleegkundige

dimensie	code	Noord-Limburg, 2006	Midden-Limburg, 2004	Noord-Brabant, 2002	Oudersonline, 2001
veiligheid	privacy	-	gem. 8.2	-	-
	cb-ruimte is onveilig voor de kinderen	-	1,7%	-	-
toegankelijkheid	% wil e-mailcontact	50%	29%	-	75%
	% wil websites raadplegen	-	18%	-	-
	telefonische bereikbaarheid	-	54% wil telefonisch spreekuur	slecht	-
communicatie	ongevraagd advies	-	ja	-	ja
	meningsverschil met medewerkers betreffende de cb-taken	ja	ja	ja	ja
	voorlichting groepsbijeenkomsten	-	56% niet tevreden	vermoedelijk is er gedeelte van de respondenten niet mee bekend	geen behoefte aan voorlichting is de belangrijkste reden
	positieve feedback	-	-	te weinig	-
	voelt zich niet vrij om onvrede te uiten naar medewerkers	-	5%	-	-

dimensie	code	Noord-Limburg, 2006	Midden-Limburg, 2004	Noord-Brabant, 2002	Oudersonline, 2001
begrip van klanten	respect voor individuele keuzes	-	-	-	nee
	inflexibiliteit betreffende afspraken	-	16%	ja, soms moeizaam	ja
	inflexibiliteit betreffende gehoortest-afspraken	-	0%	-	ja
	routineuze behandeling	-	ja	-	-
	mogelijkheid tot stellen van alle vragen	ja	5% nee	-	-
	onvoldoende controles tussen 0 en 1,5 gewenst	-	4%	-	-
	onvoldoende afspraken voor kinderen 0-1	nee, voldoende	6%	-	-
	onvoldoende afspraken voor kinderen 1-4		27%	-	-
	onvoldoende contact		5%	-	-

Bijlage C.

Algemene gegevens:

Hoeveel kinderen heeft u in totaal?
Hoe oud zijn ze?
Om welk kind gaat het?
Welk consultatiebureau betreft het?

Tastbaarheden

Wat vindt u van het cb-gebouw?
(Zijn er bijvoorbeeld voldoende stoelen aanwezig, is het gebouw schoon?)
Is er voldoende speelgoed aanwezig?
Is er reclame aanwezig? Zo ja, wat vindt u ervan?

Betrouwbaarheid

Heeft u wel eens moeten wachten voordat u aan de beurt was?
Hoe vaak is dat voorgekomen?
Hoe lang moest u wachten?

Reactiesnelheid

Werd er snel actie ondernomen bij een onverwachte probleem?
Welk probleem betrof het?
Aan wie en hoe (telefonisch, op afspraak) heeft u het probleem in eerste instantie verteld?
Hoe kwam dat dat er niet direct actie werd ondernomen?
Hoe werd er vervolgens met het probleem omgegaan?

Kon u in geval van onverwachte vraag makkelijk een verpleegkundige bereiken?
Om wat voor vraag ging het?
Hoe kwam dat?
Wat heeft u toen gedaan?

Bekwaamheid

Wat vindt u van de deskundigheid van het personeel?
Betrof het arts of verpleegkundige?
Waar is dat uit gebleken?

Wordt er recente informatie verstrekt?/ Wordt er met recente informatie gewerkt?
Hoe vaak is dat voorgekomen?
Welke informatie betrof het?
Van wie kreeg u deze informatie? (arts of verpleegkundige?)
Op welke wijze bent u er achter gekomen dat de informatie die door arts/verpleegkundige werd verstrekt niet up-to-date was?

Vindt u dat er met gemiddelden wordt gewerkt?
Door wie? (arts/verpleegkundige?)
Met wat voor gemiddelden wordt er gewerkt? (lengte, gewicht, voeding, ontwikkeling)

Werd u voldoende geïnformeerd wat betreft een verwijzing?
Waar werd u/uw kind naar toe verwezen?

Wat was de aanleiding?
Hoe bent u over de aanleiding geïnformeerd?
Hoe bent u aan de ontbrekende informatie gekomen?

Was de informatie die werd verstrekt duidelijk?
Welke informatie betrof het
Door wie werd de informatie verstrekt?
Hoe vaak is dat voorgekomen?

Vindt u dat u consultatiebureau u onnodig ongerust heeft gemaakt?
Wat was de aanleiding?
Wie was dat (arts/verpleegkundige)?
Hoe lang heeft het geduurd?

Beleefdheid

Vindt u dat arts/verpleegkundige vriendelijk/klantgericht is?
Vindt u dat arts/verpleegkundige kindvriendelijk is?
Waar blijkt dat uit?
Waar blijkt de betutteling uit?
Door wie wordt u betutteld?
Hoe vaak komt het voor?

Communicatie

Krijgt wel eens ongevraagd advies?
Hoe vaak komt het voor?
Van wie krijgt u ongevraagd advies?(arts/verpleegkundige)
Waar wordt ongevraagd advies over gegeven? (verzorging, voeding, opvoeding)

Krijgt u wel eens van de arts/verpleegkundige positieve feedback?
Welke aspecten betreft het?
Zou u vaker positieve feedback willen krijgen?

Voelt u zich vrij om onvrede naar/over medewerkers te uiten?
Waarom voelt u zich niet vrij “ ”?
Bij welke medewerkers voelt u zich niet vrij om” “?(alleen artsen en verpleegkundigen, alleen artsen, artsen en verpleegkundigen, bepaalde personen)

Toegankelijkheid

Wat vindt u van telefonische bereikbaarheid?
Waarom was het cb slecht te bereiken?
Hoe vaak komt het voor dat het cb telefonisch slecht bereikbaar is?

Begrip van de klanten

Vindt u dat arts/verpleegkundige uw persoonlijke keuze respecteert?
Welk onderwerp betrof het?
Waar bleek dat uit?

Is cb inflexibel in het maken/verzetten van afspraken?
Welke afspraken betreft het (bv. gehoor-test afspraken, consulten, vaccinaties)?
In welke mate is het cb inflexibel?
Vindt u dat de behandelingen routineus zijn?
Hoe vaak zijn de behandelingen routineus?
Bij wie vindt u de behandelingen routineus?(arts/verpleegkundige)
In welke mate zijn de behandelingen routineus?/ in hoeverre zijn wordt er van routine afgeweken?

Kunt u al uw vragen tijdens een consult stellen?

Bij wie is het niet mogelijk (arts/verpleegkundige)?

Hoe vaak is het voorgekomen?

Wanneer kon u niet al uw vragen stellen? (tijdens een consult, inloopspreekuur, telefonische spreekuur of i.v.m. telefonische (on)bereikbaarheid)

Waardoor komt het (hebben artsen/verpleegkundigen te weinig tijd of komt het door iets anders?)

Welke vragen zou u willen stellen?