

Verschillen tussen de bezoekregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen

A. Bestert	s1098004
M.N. Dassen	s1135325
A-L. Kernebeck	s1102737
B.M. Wilms	s1078232

26 Juli 2013

Universiteit Twente

Faculteit Management en Bestuur

Bacheloropdracht Gezondheidswetenschappen

194100030

April – Juli 2013

Eerste begeleider

Dr. H.G.M. Oosterwijk
Faculteit Management en Bestuur
Science, Technology and Policy Studies

Tweede begeleider

Dr. C.J.M. Doggen
Faculteit Management en Bestuur
Health Technology & Services Research

Voorwoord

Voor het afronden van de bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente wordt in het laatste kwartiel van het derde jaar een bacheloropdracht uitgevoerd. Deze opdracht omvat het uitvoeren van een praktijkgericht onderzoek op basis van een door de opleiding gedefinieerde opdracht. In dit verslag staat het onderzoek naar de verschillen tussen de bezoekenregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen centraal.

Het onderzoek is uitgevoerd door vier derdejaars studenten van de opleiding gezondheidswetenschappen. Het betreft hier twee Duitse studenten en twee Nederlandse studenten. Iedereen heeft in principe een even groot aandeel gehad in het schrijven van het verslag, wel had ieder zijn eigen sterkte en zwakke punten. Aan de combinatie van deze verschillende vaardigheden heeft het verslag zijn inhoud en structuur te danken. De duidelijkste taakverdeling is te vinden in het afnemen van de interviews. De interviews zijn in tweetallen afgenomen. Waar de Duitse studenten de interviews in Duitsland hebben afgenomen, hebben de Nederlandse studenten dit in Nederland gedaan. Om de eindversie van het verslag als een lopend en goed verhaal en met een duidelijke structuur af te leveren, zijn diverse begeleidingsgesprekken en bijeenkomsten gehouden.

Het voorwoord is uiteindelijk ook een plaats om mensen te bedanken. Allereerst willen wij de respondenten, waarmee wij de interviews hebben afgenomen, bedanken. Voor alle respondenten geldt dat wij de interviews als plezierig en erg leerzaam hebben ervaren. We hebben veel nieuwe inzichten gekregen. Daarnaast bedanken wij dhr. Dr. H.G.M Oosterwijk voor zijn intensieve begeleiding, nieuwe inzichten en kritische feedback, waardoor wij het onderzoek naar een hoger niveau hebben kunnen tillen. Ook gaat onze dank uit naar mevr. Dr. C.J.M Doggen voor haar bijdrage als tweede begeleider. Met name haar inzichten in het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek hebben bijgedragen aan een positieve ontwikkeling van dit verslag.

Anne Bestert

Nicole Dassen

Anna-Lena Kernebeck

Britt Wilms

Enschede, juli 2013

Samenvatting

In tegenstelling tot Nederlandse ziekenhuizen zijn vastgestelde bezoektijden in Duitse ziekenhuizen niet of nauwelijks aan de orde. Een Nederlander die een patiënt in een Duits ziekenhuis wil bezoeken, zal dan ook op de website van het betreffende ziekenhuis tevergeefs naar bezoektijden zoeken. Waar in Nederland vastgestelde bezoektijden een normaal verschijnsel zijn, lijken deze in Duitsland niet voor te komen. Interessant, want waar komen deze verschillen in bezoeksregelingen vandaan? De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: *Wat ligt ten grondslag aan de verschillende bezoeksregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen?* Het antwoord op deze hoofdvraag kan voor het ziekenhuismanagement interessant zijn. Zowel de Nederlandse als Duitse ziekenhuizen krijgen de mogelijkheid om door nieuwe inzichten de huidige bezoeksregelingen te evalueren en indien nodig, te veranderen.

Op basis van de concepten van *grounded theory*, een methode ter analyse van kwalitatieve data, is geprobeerd een theoretische verklaring te vormen voor de verschillen. *“Grounded Theory is most appropriate - where researchers have an interesting phenomenon without explanation and from which they seek to “discover theory from data”.* De dataverzameling van het onderzoek bevat twee onderdelen. Eerst is begonnen met een literatuuronderzoek om bestaande informatie ten aanzien van bezoeksregelingen te verzamelen. In het tweede deel van het onderzoek zijn interviews afgenomen om de achterliggende motieven voor de open en beperkte bezoeksregelingen naar voren te halen. Uiteindelijk is de verkregen data gecategoriseerd en geanalyseerd, waarna geprobeerd is te achterhalen wat aan de verschillen in bezoeksregelingen in deze beide landen ten grondslag ligt. Omdat er onvoldoende informatie uit de interviews naar voren is gekomen, is door middel van internet, literatuur en overheidsdocumenten aanvullende informatie verzameld. Zo is er een goed beeld gevormd met betrekking tot de huidige praktijk.

Een van de belangrijkste bevindingen is dat de bezoeksregelingen van Nederlandse en Duitse ziekenhuizen sterk van elkaar verschillen. Waar Nederland voornamelijk beperkte bezoeksregelingen hanteert, zijn deze in Duitsland ruimer van aard. Ook worden duidelijk andere accenten gelegd ten aanzien van de motieven die pleiten voor een bepaalde regeling. Zo worden de ruime bezoeksregelingen in Duitsland voornamelijk gehanteerd vanuit het motief om zo patiëntgericht mogelijk te zijn. Er wordt gedacht vanuit de patiënt. Patiëntgerichtheid is volgens de Duitse respondenten met een beperkte bezoeksregeling dan ook niet te realiseren. In Nederland wordt daarentegen gepleit voor een beperkte bezoeksregeling. Deze motieven zijn voornamelijk van logistieke aard. Volgens de

Nederlandse respondenten vragen de medische en zorginhoudelijke processen om een beperkte bezoekenregeling.

Verschillen tussen de twee landen worden ook duidelijk in de wijze waarop het zorgsysteem is ingericht. In Duitsland zijn er onder andere meer ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking beschikbaar, is het aantal ligdagen duidelijk hoger en wordt van specialistische zorg sneller en vaker gebruik gemaakt dan in Nederland. Al deze factoren zijn potentiële indicatoren voor de wijze waarop over ziekte en gezondheid wordt gedacht en hoe het begrip ziekte en gezondheid in de praktijk wordt gehanteerd.

Op basis van de verkregen gegevens kan geconcludeerd worden dat de verschillen in bezoekenregelingen van Nederlandse en Duitse ziekenhuizen niet alleen vorm krijgen door rationele overwegingen, maar dat de culturele context eveneens een belangrijke rol speelt. Beide landen geven op een andere wijze betekenis aan bezoekenregelingen. De inrichting van het zorgsysteem, het denken over goede zorgverlening en de verwachtingen die elke maatschappij hierbij heeft, lijken bepalend te zijn voor het vormgeven en de inrichting van zorgprocessen. Elk land heeft hierbij zijn eigen tradities, normen en waarden en dit lijkt tot uiting te komen in het besluit voor een bepaalde bezoekenregeling.

Cultuur lijkt de verschillen in bezoekenregelingen te kunnen verklaren, maar cultuur is een breed begrip en krijgt vorm door veel verschillende indicatoren, zoals normen, waarden en ethiek. Welke elementen van de cultuur bepalend zijn voor de verschillen in bezoekenregelingen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen zullen nader onderzocht moeten worden. Deze elementen vallen, door de beperkte tijd van de bacheloropdracht, buiten het spectrum van dit onderzoek.

Summary

Unlike the Dutch hospitals, hospitals in Germany do not apply, or hardly apply visiting hours. When a Dutch person will visit a patient in a German hospital, he or she will search for visiting hours on websites, but cannot find them quite often. Predetermined visiting hours are in the Netherlands rather common, whereas in Germany it is not likely that hospitals apply these hours. Interesting, because what aspects cause these differences in visiting arrangements? The main question in this research is: *What causes the differences in visiting arrangements between Dutch and German hospitals?* The answer to this question can be interesting for several hospital managements. Through new insights, both Dutch and German hospital managements are given the opportunity to evaluate and possibly change their visiting arrangements.

It is tried to determine a theoretical explanation for the differences, based on the concepts of *grounded theory*, a method for analyzing qualitative data. "*Grounded theory is most appropriate - where researchers have an interesting phenomenon without explanation and from which they seek to "discover theory from data"*". Collecting the data is divided in two parts. There was started with a literature study that is used to collect existing information about visiting arrangements. In the second part there are conducted several interviews to gather insights about the motivations for open or predetermined visiting arrangements. Eventually the collected data for both countries are categorized and analyzed in order to define the motives for the differences. The interviews did not provide enough sufficient information. Therefore additional information was collected through internet, literature and public documents. This provided a clear view on the current practice.

One of the most important findings is the major differences between the visiting arrangements for Dutch and German hospitals. The Netherlands apply mostly predetermined and quite strict visiting arrangements, whereas in Germany these are more flexible. There is also a clear difference in the motivations to choose for a specific visiting arrangement. The open visiting arrangements in Germany are emanated from the motivation of patient-centered-care. The perspective of the patient is most important in the treatment. According to the German respondents it is not possible to apply patient-centered care with restricted visiting arrangements. However, in the Netherlands it is more likely to apply restricted visiting arrangements, mostly based on logistic aspects. The medical and care-related processes need restricted visiting arrangements, according to the Dutch respondents.

The differences between both countries become also clear when there is looked at the way the healthcare systems are organized. Compared to the Netherlands, Germany has more beds available per capita, the amount of days that a patient is hospitalized is higher and the use of specialized care is also quicker and more often utilized. All these aspects are potential indicators for the vision on sickness and health and how these terms are applied to society.

Based on the collected data it can be concluded that the differences in visiting arrangements between Dutch and German hospitals are not only based on rational considerations, but on cultural contexts as well. Both countries have their own vision on applying visiting arrangements. The organization of the healthcare system, thinking about good care-processes and the societal expectations seem to be determinative for the organization of the care-processes. Each country has its own traditions, standards and values, which seems to be reflected in the decision about a specific visiting arrangement.

Culture is an aspect that seems to explain the differences in visiting arrangements. However, culture is a quite broad term, influenced by standards, values and ethical aspects. It should be researched further to determine which of these elements contribute to the differences in the visiting arrangements of Dutch and German hospitals. These elements are not included in this research, because of restricted time for the bachelor assignment.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	9
2. Methode van onderzoek	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Methode	12
2.2.1 Deelvragen	12
2.2.2 Grounded Theory	13
2.3 Onderzoekspopulatie	15
2.4 Data verzameling	16
2.5 Analyse	18
3. Theoretisch Hoofdstuk	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Ontwikkeling	20
3.2.1 Historie	20
3.2.2 Onderzoek Intensive Care en algemene afdelingen	21
3.3 Rolverdeling zorgsysteem arts - patiënt	22
3.3.1 Het biomedisch en biopsychosociaal perspectief	22
3.3.2 Familie en mantelzorgers als onderdeel van het zorgteam	25
3.3.3 Patient support person	26
3.3.4 Rechtsperspectief	27
3.4 Vormen van bezoekenregelingen	28
3.4.1 Open en beperkte bezoekenregelingen	28
3.4.2 Flexibele bezoekenregelingen	30
3.5 Conclusie	31
4. Verschillen in bezoekenregelingen van ziekenhuizen tussen Nederland en Duitsland.....	33
4.1 Inleiding	33
4.2 Onderzoekspopulatie	33
4.3 Resultaten	34

4.3.1 Systematische verschillen in bezoektijden	34
4.4 Conclusie	36
5. Opvattingen ten aanzien van bezoekenregelingen en zorgsystemen	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Resultaten.....	37
5.2.1 Duitsland	37
5.2.2 Nederland.....	40
5.3 Verschillende contexten.....	45
5.3.1 Culturele context	46
5.3.2 Het Nederlandse en Duitse zorgsysteem.....	47
5.4 Conclusie	49
6. Besluitvorming en betrokken actoren rond het vaststellen van bezoekenregelingen.....	51
6.1 Inleiding	51
6.2 Organisatiestructuur en betrokken actoren.....	51
6.3 Besluitvormingproces	54
7. Conclusie.....	56
8. Discussie	60
Referentielijst.....	62
Bijlage.....	65
Bijlage 1: Itemlijst.....	65
Bijlage 2: Ziekenhuislocaties Nederland.....	66
Bijlage 3: Ziekenhuislocaties Duitsland, Nedersachsen	67

1. Inleiding

“Daar lag mijn zoon. In kritieke toestand na een ernstig ongeluk. “U mag maar een paar minuten bij hem”, zei de arts. Het was immers geen bezoekuur. Toen hij 8 uur later overleed, was hij helemaal alleen” (McCutcheon-Adams, 2011).

Dit is het verhaal van een Amerikaanse verpleegster, werkzaam in het Clear Lake Regional Medical Center. Het verhaal laat zien dat beperkingen in bezoektijden tot erg pijnlijke situaties kunnen leiden. Dit ziekenhuis heeft recent de strenge bezoektijden afgeschaft, waardoor patiënten nu doorlopend bezoek van familieleden mogen ontvangen. Dit bleek een ideale verandering. De bezoekers komen verdeeld over de dag, waardoor er geen sprake meer is van een grote, drukke bezoekersstroom in één keer. Daarnaast worden familieleden meer bij het zorgproces betrokken, waardoor de onzekerheid bij de familieleden af neemt. In het onderzoek van Leape et al. (2009) worden deze positieve effecten van de open bezoektijden eveneens benoemd.

Cook (2006) noemt daarentegen de negatieve effecten van open bezoektijden. Zo kan bezoek de medische- en zorginhoudelijke processen verstoren en kan het ook een storende factor zijn voor medepatiënten. Daarnaast kan het voorkomen dat familieleden continue aan het bed van de patiënt zitten, waardoor de eigen gezondheid van de familieleden minder aandacht krijgt. In een ander onderzoek wordt benadrukt dat het infectiegevaar niet vergeten moet worden. Doordat bezoek ongehinderd de hele dag naar binnen en buiten kan lopen, is de kans groot dat infecties mee het ziekenhuis in worden genomen (Ismail & Mulley, 2007).

De casus aan het begin van de inleiding speelt zich af in Amerika. Het lijkt erop dat in Amerika positief gedacht wordt over het verruimen van de bezoektijden, terwijl Cook (2006) (Nieuw Zeeland) en Ismail & Mulley (2007) (Engeland) de negatieve effecten van de open bezoektijden benadrukken.

Er lijkt sprake te zijn van twee verschillende visies. Enerzijds is er een visie die pleit voor open bezoekenregelingen, waarbij de patiënt en familie bij het zorgproces worden betrokken. Dit kan worden gezien als een duidelijk voorbeeld van ‘patient- and family-centered care’. *“Niks over mij, zonder mij”* is daarbij erg belangrijk. Alle beslissingen met betrekking tot de patiënt worden in overleg met de patiënt en de familie genomen. De patiënt staat in het zorgproces centraal en de familie, het zorgteam en de richtlijnen met betrekking tot de zorg, fungeren rondom de patiënt (Leape et al., 2009).

Anderzijds, is er de visie die pleit voor beperkte bezoekenregelingen. Deze visie kan in verband worden gebracht met biomedisch gerichte zorg. Het biomedische zorg model richt zich voornamelijk op de fysiologische processen van de patiënt, biedt geen aandacht aan de sociale leefwereld van de patiënt en wordt op basis van evidence-based medicine toegepast (Bensing, 2000).

De vraag die door de verschillende visies naar boven komt, is op welke wijze in Europa, en meer specifiek in Nederland en Duitsland, bezoekenregelingen worden georganiseerd. Gaat de voorkeur in deze landen uit naar open bezoekenregelingen of worden er meer beperkte bezoekenregelingen gehanteerd? Dit onderzoek richt zich op de achterliggende redenen die Nederlandse en Duitse ziekenhuizen hanteren ten aanzien van de bezoekenregelingen. De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek is:

Wat ligt ten grondslag aan de verschillende bezoekenregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen?

Om antwoord te krijgen op deze onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- 1. Zijn er systematische verschillen te zien in de bezoekenregelingen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen?*
- 2. Indien er systematische verschillen zijn, wat ligt er aan deze systematische verschillen ten grondslag? In hoeverre hangen deze verschillende opvattingen samen met de manier waarop de zorg wordt ingericht? Zijn dit historische, culturele, institutionele, organisationele of logistieke motieven?*
- 3. Op welke wijze is de besluitvorming rond het vaststellen van de bezoekenregelingen georganiseerd en welke actoren¹ zijn daarbij betrokken?*

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om, op basis van de hoofd- en deelvragen, een theoretische verklaring te formuleren voor de verschillen met betrekking tot bezoekenregelingen in Nederland en Duitsland. De theoretische verklaring, het antwoord op de hoofdvraag, maar ook de antwoorden op de verschillende deelvragen kunnen op verschillende manieren relevant zijn. Door te zoeken naar antwoorden zullen nieuwe inzichten in de bestaande praktijk ontstaan. Dit kan op wetenschappelijk gebied interessant zijn. Nieuwe inzichten zullen mogelijk leiden tot nieuwe aanknopingspunten voor verder onderzoek.

¹ Actoren zijn personen, organisaties of instanties die betrokken zijn bij onderzoek

Daarnaast kent dit onderzoek een zekere maatschappelijke relevantie. Nieuwe kennis en inzichten kunnen ziekenhuizen ondersteunen bij het handhaven van beleid en het maken van beslissingen. Dit verslag zal de ziekenhuizen een spiegel voorhouden. Hoe gaan wij met bezoekenregelingen om en hoe doen andere ziekenhuizen het? Idealiter kunnen de ziekenhuizen van elkaars bezoekenregelingen leren en wordt er inzicht verschaft in de voor- en nadelen van een bepaalde benadering. Het nadenken over de eigen bezoekenregeling en het kijken naar de wijze waarop andere ziekenhuizen met het onderwerp omgaan, kan er mogelijkwijs toe leiden dat ziekenhuizen hun bezoekenregelingen wijzigen. Aan de andere kant kan deze reflectie ook dienen als bevestiging dat de huidige bezoekenregelingen passend zijn voor de omgeving waarin het zich bevindt.

Uiteindelijk kent dit onderzoek ook een persoonlijk motief. Dit onderzoek wordt namelijk uitgevoerd in het kader van de bacheloropdracht en zal leiden tot het behalen van een bachelordiploma gezondheidswetenschappen.

2. Methode van onderzoek

2.1 Inleiding

Wanneer gekeken wordt naar de bezoekerregelingen van ziekenhuizen blijken er grote verschillen te zijn. Een in 2012 uitgevoerd onderzoek naar de bezoekerregelingen van 99 ziekenhuizen in New York toont deze variëteit aan (Mattey, Haven, & Horner, 2012). Er zijn ziekenhuizen waar patiënten vrij bezoek mogen ontvangen, ziekenhuizen die gebruik maken van een strikte bezoekerregeling en ziekenhuizen die een flexibele omgang hanteren.

Bovenstaand voorbeeld geeft aan dat bezoekerregelingen sterk kunnen variëren. In dit onderzoek wordt gekeken of dit in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen ook het geval is. Onder bezoekerregelingen worden niet alleen de tijden waarop patiënten bezoek mogen ontvangen verstaan, maar ook de overige regels met betrekking tot patiëntenbezoek. Onder deze overige regels vallen onder andere de duur van het bezoek, het maximaal aantal bezoekers per patiënt en beperkingen vanwege de gezondheidstoestand van de bezoekers. Er zal worden gekeken of systematische verschillen tussen deze landen te herkennen zijn en wat de achterliggende motieven zijn die aan deze mogelijke verschillen ten grondslag liggen.

In de verschillen wordt onderscheid gemaakt in de buitenkant en de binnenkant van de bezoekerregelingen. Bij de buitenkant van de bezoekerregelingen gaat het om wat direct waarneembaar is, wat is er nou eigenlijk te zien? Welke bezoektijden en welke regelingen worden er gehanteerd? Wanneer gekeken wordt naar de binnenkant van de bezoekerregelingen, wordt gekeken naar de redenen en argumenten die aan de bezoekerregelingen ten grondslag liggen. De binnenkant zal daarbij bepalend zijn voor de buitenkant (Kerkhoff, 2006).

2.2 Methode

2.2.1 Deelvragen

Om antwoord te krijgen op de centrale onderzoeksvraag zijn drie deelvragen opgesteld. Door middel van de eerste deelvraag worden de systematische verschillen tussen de bezoekerregelingen in kaart gebracht. De gegevens over bezoektijden en bezoekerregelingen worden aan de hand van de websites van de ziekenhuizen uit de onderzoekspopulatie verzameld. De gegevens over de bezoektijden worden ingedeeld in categorieën van zeer ruim tot zeer beperkt. Deze categorieën worden in het hoofdstuk 3 en 4 nader toegelicht.

Aansluitend worden de ziekenhuizen uit de onderzoekspopulatie aan deze categorieën gekoppeld.

De tweede vraag is bedoeld om te achterhalen wat de achterliggende argumenten zijn voor het hanteren van een bepaalde bezoekenregeling. Dit wordt gedaan door interviews af te nemen met ziekenhuispersoneel dat betrokken is geweest bij het vaststellen van bezoekenregelingen in het ziekenhuis. Daarnaast wordt naar aanvullende literatuur gezocht.

In deelvraag drie wordt in kaart gebracht welke actoren bij de besluitvorming van de bezoekenregeling van ziekenhuizen betrokken zijn. Verder wordt gekeken welke actoren uiteindelijk de beslissingen met betrekking tot deze regelingen nemen. Dit wordt eveneens gedaan door het afnemen van interviews met ziekenhuispersoneel, zoals hierboven beschreven. Aanvullend wordt, door middel van literatuur, onderzocht hoe de organisatiestructuur van ziekenhuizen is samengesteld, zodat de context van de besluitvorming duidelijk wordt.

2.2.2 Grounded Theory

Dat er verschillen in bezoekenregelingen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen bestaan, is uit ervaring en mondelinge communicatie naar voren gekomen. Voorlopig is hier echter nog onvoldoende bewijs voor. Zijn er wel echt systematische verschillen? En zo ja, wat ligt er dan aan deze verschillen ten grondslag? Door dit onderzoek zullen de verschillen in kaart worden gebracht en onderzocht. De verschillen worden door middel van een kwantitatief onderzoek systematisch geanalyseerd. De achterliggende redenen voor de verschillende bezoekenregelingen zijn echter nog niet bekend. Om deze te kunnen achterhalen is aanvullend kwalitatief onderzoek nodig.

Een kwalitatief onderzoek is een vorm van interpreterend onderzoek waarbij empirische gegevens op een systematische en controleerbare wijze worden verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd (Plochg, Juttmann, Klazinga, & Mackenbach, 2007). Dit onderzoek start niet vanuit een bestaande theorie met bekende variabelen, maar vanuit een bepaald verschijnsel dat kan worden waargenomen, in dit geval de bezoekenregelingen. Het onderzoek is gericht op het verkennen van verschijnselen en processen in de dagelijkse praktijk. De variabelen – de achterliggende motieven voor deze bezoekenregelingen - zullen gedurende het onderzoek worden ontdekt. Op grond van deze kenmerken kan bij de uitvoering van het onderzoek gebruik worden gemaakt van *grounded theory* (Hallberg, 2006). “*Grounded theory is most appropriate— where researchers have an interesting phenomenon without explanation and from which they seek to “discover theory from data”*” (Suddaby, 2006).

De procedures van *grounded theory* zijn ontworpen om een goede set van concepten te ontwikkelen om zo een theoretische verklaring te kunnen geven aan de verschijnselen, zoals die in de dagelijkse praktijk aanwezig zijn (Walker & Myrick, 2006). Deze procedures worden in de volgende paragrafen nader uitgewerkt, maar houden in het kort het volgende in (Grounded-Theory-Institute, 2008):

1. Data verzameling: de eerste stap is het verzamelen van de gegevens, de data. Dit kunnen interviews, waarnemingen en informatie uit boeken zijn, maar voor dit onderzoek zijn ook websites, patiënttevredenheidonderzoeken en jaarverslagen van ziekenhuizen relevant. Voor het verzamelen van deze data zijn geen strikte regels, zolang de informatie inzicht geeft in de vragen die in het onderzoek centraal staan (Corbin & Strauss, 1990).
2. Analyse: in de analyserende fase zal data gekoppeld worden aan ideeën. Dit kan door de gegevens aan elkaar te koppelen door middel van coderingen.
3. Memoing: de coderingen die qua inhoud op elkaar lijken worden ondergebracht in een bepaalde categorie. Zo ontstaan er een aantal "*memo's*". In deze stap wordt in de gevonden data en de memo's, gezocht naar onderlinge relaties en verschillen.

De eerste drie procedures moeten niet als afzonderlijke stappen worden gezien. De data verzameling, analyse en memoing zijn continue processen, bewegen zich heen en weer en vertonen daardoor enige overlap.

4. Theorievorming: de laatste stap is het vormen van een theorie. Dit zal gebeuren op basis van de relaties die tussen de verschillende memo's zijn waar te nemen.

Corbin & Strauss (1990) benadrukken dat er geen vastgestelde en constante regels zijn voor het doen van kwalitatief onderzoek in combinatie met *grounded theory*. Dit wil zeggen dat de richtlijnen van *grounded theory* als leidraad worden gebruikt, maar dat hier op een flexibele en creatieve manier mee om kan worden gegaan. Dit gegeven is van belang, want bij de methode van dit onderzoek is *grounded theory* de leidraad; wanneer nodig zullen uitzonderingen en aanpassingen gemaakt worden. Hoe *grounded theory* uiteindelijk een plek krijgt in de methode van het onderzoek, wordt in onderstaande paragrafen nader toegelicht.

2.3 Onderzoekspopulatie

In onderzoeken waarbij *grounded theory* als leidraad wordt gebruikt, is het verstandig om met minimaal twee verschillende onderzoekspopulaties te werken. Duidelijke tegenstellingen tussen de verschillende onderzoekspopulaties kunnen de kwaliteit van het onderzoek sterk verbeteren (Strauss & Corbin, 1998). In dit onderzoek zal daarom met twee verschillende onderzoekspopulaties gewerkt worden, namelijk met Nederlandse en Duitse ziekenhuislocaties.

In het onderzoek zullen alleen academische² en algemene³ ziekenhuislocaties worden meegenomen. Twee typen ziekenhuizen worden bewust buiten beschouwing gelaten. Ten eerste, de buitenpoliklinieken, omdat patiënten hier niet langer dan 24 uur verblijven en ten tweede de specialistische ziekenhuizen die zich op één aandoening richten, zoals het Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis⁴ in Nederland of het Rheuma Klinik Bad Nenndorf⁵ in Duitsland. De patiëntenpopulaties van specialistische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen kunnen wat betreft de ernst van de ziekte, ligduur en behandelingsspectrum sterk van elkaar verschillen. Het gemiddelde beeld van bezoekerregelingen die in een specialistisch ziekenhuis weergegeven wordt, kan daardoor heel anders zijn dan dat van een algemeen ziekenhuis. Een vergelijking zou daardoor onvoldoende representatief kunnen zijn voor het onderzoek.

In heel Duitsland, met ongeveer 80 miljoen inwoners, zijn er aanzienlijk meer ziekenhuizen te vinden dan in Nederland, met 'slechts' 16 miljoen inwoners (CBS, 2013; Statistisches-Bundesamt, 2013). Er wordt in dit onderzoek daarom gekeken naar de ziekenhuizen in het bondsland Nedersachsen. Het bondsland Nedersachsen heeft bijna 8 miljoen inwoners (Statistisches-Bundesamt, 2012b) en ligt in het noordwesten van Duitsland, tegen de Nederlandse grens (*figuur 1*). Er is onder andere voor Nedersachsen gekozen, omdat, in het kader van de bacheloropdracht, rekening moet worden gehouden met beperkte onderzoek- en reistijd. Omdat er in dit onderzoek ziekenhuislocaties met elkaar vergeleken worden, is het voor de vergelijkbaarheid niet van belang dat de het aantal inwoners in beide gebieden een groot verschil laat zien. Omdat in Nedersachsen eveneens alleen de algemene en specialistische ziekenhuizen in het onderzoek worden meegenomen en dit

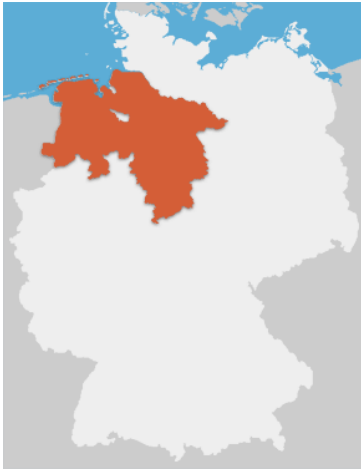
² Academische ziekenhuizen: Ziekenhuizen verbonden aan een universiteit, die naast gewone behandelingen ook wetenschappelijk onderzoek doen en onderwijs aan medische studenten geven (Stimulanz, 2013).

³ Algemene ziekenhuizen: Ziekenhuizen waarin voorzieningen voor onderzoek, behandeling en verpleging van de patiënt aanwezig zijn. In dit soort ziekenhuizen speelt zich de reguliere patiëntenzorg af (Hoekstra, 2008).

⁴ Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis: Nederlands kankerinstituut in Amsterdam

⁵ Rheuma Klinik Bad Nenndorf: Ziekenhuis dat zich op reumatische aandoeningen heeft gespecialiseerd in Bad Nenndorf

aantal vergelijkbaar is met het aantal ziekenhuislocaties in Nederland, zal de vergelijkbaarheid van de twee groepen zoveel mogelijk gewaarborgd blijven.



Figuur 1: *Bondsland Niedersachsen (Deutschland-Navigator-Städteportal, 2005)*

Verder wordt het accent gelegd op de bezoekenregelingen van de algemene afdelingen van het ziekenhuis. Op de intensive care en de kinderafdeling gelden vaak bijzondere regelingen die wellicht niet vergelijkbaar zijn met die van de algemene afdelingen. Er wordt uitsluitend gekeken naar de bezoekenregelingen voor een doordeweekse dag. In het weekend en op feestdagen wordt namelijk vaak afgeweken van de standaard gehanteerde bezoekenregelingen. Het gaat hier om uitzonderingen op de regel, waardoor een vergelijking voor dit onderzoek onvoldoende representatief zou kunnen worden.

Omdat de ziekenhuizen in Niedersachsen vergelijkbaar zijn met de ziekenhuizen in de rest van Duitsland, wordt in dit onderzoek voor het gemak gesproken over Duitsland. De interviews zijn echter wel uitgevoerd in ziekenhuizen uit Niedersachsen.

2.4 Data verzameling

Deelvraag 1: Zijn er systematische verschillen te zien in de bezoekenregelingen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen?

De data verzameling bestaat uit twee onderdelen. In het eerste deel wordt op basis van deelvraag 1 de 'buitenkant' van bezoekenregelingen in kaart gebracht. Er wordt gezocht naar de systematische verschillen in de bezoekenregelingen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen. Dit zijn de bezoekenregelingen die direct waarneembaar zijn. De bezoekenregelingen en bezoektijden worden op de eigen websites van de betreffende ziekenhuizen opgezocht. Vervolgens worden de ziekenhuizen op basis van de gevonden

bezoektijden ingedeeld in categorieën van zeer ruim tot zeer beperkt. Deze categorieën worden in hoofdstuk 3 en 4 nader toegelicht. Wanneer er duidelijke verschillen blijken, zal verder worden gezocht naar achterliggende motieven voor deze systematische verschillen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen. Deelvraag 2 zal hierbij centraal staan.

Deelvraag 2: Indien er systematische verschillen zijn, wat ligt er aan deze systematische verschillen ten grondslag? In hoeverre hangen deze verschillende opvattingen samen met de manier waarop zorg wordt verleend? Zijn dit historische, culturele, institutionele, organisatorische of logistieke motieven?

In het tweede onderdeel van de dataverzameling wordt de 'binnenkant' van de bezoekenregelingen in kaart gebracht. Er wordt eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Deze literatuurstudie probeert te achterhalen welke argumenten voor een bepaalde bezoekenregeling gehanteerd worden. Daarnaast worden er interviews afgenomen met ziekenhuispersoneel uit een willekeurige steekproef van ziekenhuislocaties uit de onderzoekspopulatie. Voorafgaand aan het interview zal op basis van de gevonden literatuur, een itemlijst worden opgesteld die als leidraad voor het interview zal dienen. Deze itemlijst zal er voor zorgen dat zoveel mogelijk belangrijke informatie, op systematische wijze, verkregen wordt. Door middel van de interviews zal geprobeerd worden om de motieven die achter een bepaalde bezoekenregeling zitten te achterhalen. Binnen zowel Nederland als Duitsland worden 6 interviews afgenomen, voor een onderzoek op basis van *grounded theory* is dit voldoende (Eisenhardt, 1989). Voor het afnemen van de interviews geldt dat de interviews in Duitsland worden afgenomen door twee Duitse studenten. De interviews met de respondenten van Nederlandse ziekenhuizen worden door twee Nederlandse studenten afgenomen.

Er is gekozen voor het afnemen van diepte-interviews, welke open van aard zijn. De keuze voor een diepte interview is eveneens gebaseerd op de theoretische concepten van *grounded theory* (Hallberg, 2006). Diepte interviews maken een verkenning van het onderwerp mogelijk en stelt de respondenten in staat om eigen ervaringen te beschrijven en om deze te reflecteren (Charmaz, 2006). De itemlijst die aan de hand van de literatuur is opgesteld zal bij de interviews als leidraad fungeren (*bijlage 1*).

Deelvraag 3: Op welke wijze is de besluitvorming rond het vaststellen van de bezoekenregelingen georganiseerd en welke actoren zijn daarbij betrokken?

Als aanvulling op deelvraag 1 en 2 wordt in deelvraag 3 onderzocht hoe de besluitvorming rondom bezoekenregelingen in Duitse en Nederlandse ziekenhuizen verloopt. Welke actoren zijn bij deze besluitvorming betrokken? En hoe zijn de organisatiestructuren in de

ziekenhuizen van beide landen opgebouwd? De gegevens zullen eveneens aan de hand van de interviews met ziekenhuispersoneel verzameld worden. Wanneer hier niet voldoende informatie naar voren komt, zal naar aanvullende informatie gezocht worden in bijvoorbeeld literatuur.

2.5 Analyse

De data analyse is de kern van *grounded theory*. Bij de analyse worden de onderzoeksvragen en de concepten van *grounded theory* als leidraad gebruikt, waarin ruimte is voor flexibiliteit en creativiteit. De data analyse is een creatief en verkennend proces, waarin geprobeerd wordt een theorie te vormen op basis van de verzamelde gegevens (Walker & Myrick, 2006). *Grounded theory* is ontwikkeld als een methode waarin twee processen van gegevensanalyse worden gecombineerd.

In het eerste proces worden alle gegevens gecodeerd, vervolgens worden deze systematisch geanalyseerd om de codes op passendheid te controleren. Codering in kwalitatief onderzoek is een manier om stukjes informatie in de data te verkennen en op zoek te gaan naar overeenkomsten en verschillen binnen deze stukjes. Zo kunnen de gegevens gecategoriseerd en gelabeld worden (Tutty, Rothery, & Grinnel, 1996). Om te coderen worden gegevens afgebroken, vergeleken en in een categorie geplaatst. Vergelijkbare gegevens worden in dezelfde categorieën geplaatst (Walker & Myrick, 2006).

Om de categorieën te vormen, wordt een tabel opgesteld, waarbij de items van de itemlijst de rijen vormen en de antwoorden per ziekenhuis in de kolommen worden ingevuld. De interviews zijn samengevat in de tabel. Er worden elementen geselecteerd, waarna vervolgens goed geanalyseerd wordt of deze elementen wel degelijk in de interviews terugkomen. Dit is een iteratief proces. Dat wil zeggen dat het een continu proces is waarbij de data constant systematisch geanalyseerd wordt.

In het tweede proces worden de eigenschappen van de categorieën bekeken en wordt er gebruik gemaakt van memo's om de analyse te volgen en theoretische ideeën te ontwikkelen (Walker & Myrick, 2006). Het schrijven van gedetailleerde memo's tijdens het gehele analyseproces omvat het opschrijven van ideeën en theoretische reflecties, die aan elk van de nieuw bedachte categorieën gekoppeld kunnen worden (Hallberg, 2006).

De op verschillende wijze verkregen data zal continu met elkaar vergeleken worden om variaties, overeenkomsten en verschillen in de data te kunnen ontdekken (Hallberg, 2006). Op basis van deze vergelijkingen zal een uitgebreide beschrijving van de sociale

wereld gemaakt worden, waarin de verschillende motieven voor het hanteren van een specifieke bezoekenregeling centraal staan. Vervolgens kan een theoretische verklaring voor het verschijnsel gevormd worden.

3. Theoretisch Hoofdstuk

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt onderzocht welke vormen van bezoeken in de literatuur beschreven worden. Bij het onderzoeken van de literatuur wordt niet alleen gekeken naar bezoeken die gelden voor de algemene afdelingen van een ziekenhuis, ook wordt gekeken naar de bezoeken van intensive care en kinderafdelingen. Zo wordt geprobeerd een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de argumenten die aan een bepaalde bezoeken ten grondslag liggen. Allereerst wordt ingegaan op de historische ontwikkeling van bezoeken, vervolgens worden de voor- en nadelen van de gevonden bezoeken in kaart gebracht. Daarnaast zullen de bezoeken gekoppeld worden aan bestaande theoretische modellen.

3.2 Ontwikkeling

3.2.1 Historie

Bezoeken in ziekenhuizen waren niet altijd gebruikelijk. Tussen 1800 en 1900 ontstonden er gasthuizen, de voorlopers van de huidige ziekenhuizen. Gasthuizen waren plaatsen waar zowel armen, zieken als asielzoekers werden opgenomen. Mensen die het konden betalen lieten zich het liefst thuis verzorgen. Een gasthuis werd namelijk eerder in verband gebracht met de dood, dan met genezing. Een gasthuis kende grote zalen waar alle patiënten, ongeacht de ziekte of aandoening, door elkaar lagen. Regels ten aanzien van bezoeken waren er niet, rumoerigheid en desorganisatie waren daardoor kenmerkend voor een gasthuis.

Aan het eind van de negentiende eeuw zijn voor het eerst begrensde bezoeken ingesteld voor de niet-betalende patiënten. Er kwamen meer regels en de rol van het ziekenhuis werd vergelijkbaar met de rol van de huidige ziekenhuizen. Het doel van het invoeren van bezoeken was het creëren van orde en rust op de algemene afdelingen. Wanneer er geen regels met betrekking tot bezoeken zijn, is het voor te stellen dat bezoeken een negatieve invloed kan hebben op de rust van de patiënten.

Patiënten die voor het verblijf in het ziekenhuis betaalden, werden wat betreft de bezoeken nauwelijks geconfronteerd met beperkingen. Deze vrijheid kwam mede door het feit dat de betalende patiënt, in tegenstelling tot de niet betalende patiënt, niet op zaal lag, maar een eenpersoonskamer ter beschikking had. Destijds was er sprake van een

klassenmaatschappij. Er waren klassenafdelingen te vinden, waar onderscheidt werd gemaakt tussen patiënten die zelf betaalden en patiënten die niet betaalden. Later vond ook hier een verandering plaats. De klassenafdelingen werden afgeschaft. Ziekenhuizen begrepen in grote lijnen ook de bezoektijden voor de betalende patiënt. De voornaamste reden hiervoor was om zowel patiënt als familie te beschermen tegen uitputting (Berwick & Kotagal, 2004).

Bezoekregelingen vertoonden in de afgelopen eeuw een voortdurende dynamiek (Ismail & Mulley, 2007). Er is daarbij een dynamiek te zien van open naar beperkte en flexibele bezoekregelingen en omgekeerd. Daarnaast hebben in de samenleving en binnen ziekenhuizen een aantal wijzigingen plaatsgevonden. De samenleving werd gelijkwaardiger en de klassen verdwenen langzaam. De klassenverschillen tussen betalende en niet-betalende patiënten zijn verdwenen en de ziekenhuizen beschikken niet meer over grote zalen, maar hebben tegenwoordig kamers waar één tot vier patiënten liggen.

3.2.2 Onderzoek Intensive Care en algemene afdelingen

De meeste onderzoeken naar bezoekregelingen in ziekenhuizen hebben betrekking op intensive care units (ICU's). De omstandigheden op een ICU verschillen weliswaar sterk van de omstandigheden op een algemene afdeling, maar ook bij het vaststellen van de bezoekregelingen voor de ICU is een afweging gemaakt tussen de voor- en nadelen van een bepaalde regeling. De uitkomsten van deze onderzoeken kunnen daardoor wel belangrijke inzichten bieden voor het onderzoek naar de achterliggende motieven van de bezoekregelingen voor de algemene afdelingen.

Al eerder is genoemd dat in New York recent onderzoek is gedaan naar de bezoekregeling op algemene afdelingen. In dit onderzoek van Matthey (2012) komen zeer grote verschillen naar voren. Het richt zich op alle 99 ziekenhuizen in New York. Aan de hand van scores van 1 t/m 10 worden de bezoekregelingen van deze ziekenhuizen geëvalueerd. De criteria die bij de beoordeling een rol speelden waren: het aantal bezoeken per dag, het 's ochtends en 's avonds toelaten van bezoek en mededelingen op de websites ten aanzien van flexibiliteit van bezoektijden voor ouders, mantelzorgers en mogelijk andere bezoekers.

Ziekenhuizen die ruime regelingen op het gebied van die criteria hanteren, scoren een 8 of hoger. Ziekenhuizen met beperkte regelingen scoren minder punten. De ziekenhuizen die een open omgang met bezoektijden hanteren, worden beoordeeld met een 10, deze ziekenhuizen staan 24 uur per dag bezoek toe. Het merendeel van de ziekenhuizen is onderaan de scorelijst terecht gekomen, deze ziekenhuizen hanteren een bezoekregeling waarbij minder dan acht uur per dag bezoek wordt toegelaten. Daarnaast wordt op de

websites van de betreffende ziekenhuizen geen flexibiliteit in omgang met bezoektijden aangegeven.

De resultaten van dit onderzoek wijzen op de grote verschillen betreffende de bezoekenregelingen. In dit onderzoek komen zowel ruime als beperkte bezoekenregelingen naar voren. Daarnaast zijn er flexibele bezoekenregelingen zichtbaar wanneer de situatie van de patiënt daar om vraagt.

Bovengenoemd onderzoek laat zien dat binnen eenzelfde stad, verschillende benaderingen ten aanzien van bezoekenregelingen worden gehanteerd. Uit een verkenning van argumenten blijkt dat in sommige ziekenhuizen bezoek wordt gezien als een belangrijk onderdeel van het genezingsproces van de patiënt. Bezoekers kunnen meedenken over de behandeling en de patiënt helpen bij het nemen van beslissingen. Bezoekers kunnen psychologische steun bieden en op de patiënt een rustgevende en stressverlagende werking uitoefenen. Andere ziekenhuizen hebben echter een tegenovergesteld beeld ten aanzien van bezoek. Hier wordt bezoek als storend ervaren en bezoek wordt gezien als een inbreuk in het zorgproces. Bovendien kunnen bezoekers een potentiële bedreiging vormen voor kwetsbare patiënten, omdat door de bezoekers het risico op infecties en virale aandoeningen stijgt (Mattey et al., 2012).

3.3 Rolverdeling zorgsysteem arts - patiënt

De historische verkenning laat zien dat er sprake is van verandering. Zo is bijvoorbeeld de verhouding tussen arts en patiënt sterk verandert. Waar de arts vroeger de god in de witte jas was die alles bepaalde, is er tegenwoordig meer sprake van wederzijdse overeenstemming tussen arts en patiënt. Het lijkt dat de zorg van een biomedisch perspectief verschuift naar een biopsychosociaal perspectief, waarbij niet alleen de aandoening centraal staat, maar ook de patiënt met zijn specifieke kenmerken.

3.3.1 Het biomedisch en biopsychosociaal perspectief

Bij het biomedisch model staat de aandoening of de pathologie van het lichaam centraal. De biomedische benadering kan worden gezien als de volgende metafoor: *“het menselijk lichaam wordt beschouwd als een machine”*. Het functioneren van deze machine wordt bepaald door allerlei biologische wetmatigheden. De kennis over de manier waarop het lichaam functioneert, stelt een arts in staat elke disfunctie van deze machine te repareren. Een arts heeft de rol om de functie van het lichaam te herstellen. Het begrip biomedisch is sterk beperkend van aard, omdat de tendentie bestaat om verklaringen voor afwijkingen

slechts te beperken tot de technische processen binnen het lichaam (Barry & Yuill, 2012). Mogelijke individuele kenmerken van een ziekte worden achterwege gelaten. De arts concentreert zich op een orgaan dat niet functioneert en wil dit repareren. Het zorgproces wordt bepaald door geprotocolleerde handelingenreeksen die voor verschillende patiënten op dezelfde wijze worden uitgevoerd, los van de contextuele achtergrond waarin de patiënt zich bevindt (Bensing, 2000).

Tegenover het biomedische model staat het biopsychosociaal perspectief. Deze benadering is op te vatten als een kritiek op het biomedische model. In deze benadering staat niet alleen de aandoening centraal maar ook de patiënt met zijn individuele kenmerken. Naast het herstel van de pathologische afwijking speelt de ondersteuning vanuit het sociale systeem van de patiënt een cruciale rol in het zorgproces. In deze samenhang wordt niet alleen gezocht naar de disfunctie van een orgaan, maar ook naar de indicatoren die van invloed zijn op het ontstaan van deze disfunctie. Het is een meer holistische benadering, waarbij tijdens de behandeling ook rekening wordt gehouden met elementen uit de persoonlijke omgeving van de patiënt. De sociaaleconomische status (SES) van de patiënt, slechte behuizing of erfelijkheid zijn slechts enkele indicatoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een ziekte. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat diabetes mellitus type 2⁶ bij mensen met een lage SES vaker voorkomt van bij mensen met een hoge SES, en zo komt bij mensen die alleen lager onderwijs gevolgd hebben diabetes mellitus type 2, twee tot drie keer zo vaak voor dan bij mensen met een HBO - of universitaire achtergrond (Poortvliet, Schrijvers, & Baan, 2007).

Vanuit het biopsychosociaal perspectief wordt elke patiënt beschouwd als individu met specifieke kenmerken en wordt de patiënt niet gereduceerd tot een lichaam met biologische processen. Het ontstaan van een aandoening heeft dan niet alleen te maken met biomedische - maar ook met psychosociale factoren.

De behoeften en voorkeuren van de patiënt zijn in het biopsychosociale model het uitgangspunt in de diagnose en de daarop volgende behandeling. In de huidige zorg worden steeds meer beslissingen in overleg met de patiënt genomen. De rol van de sociale omgeving van de patiënt in het zorgproces wordt tegenwoordig als heel belangrijk gezien.

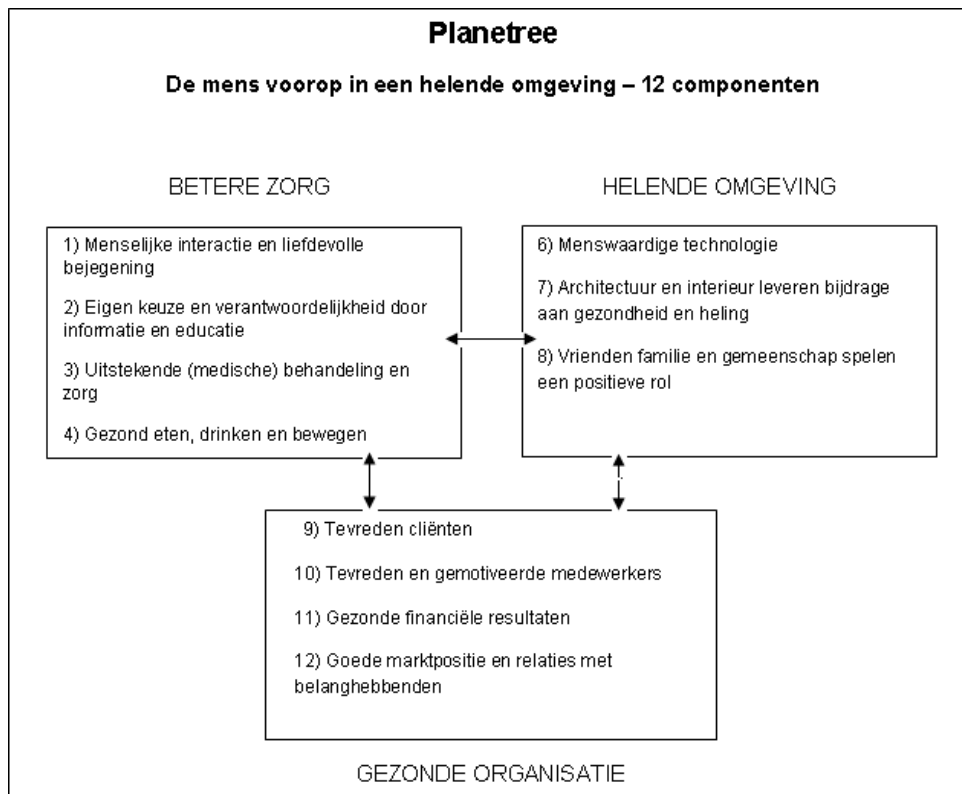
⁶ Diabetes mellitus type 2 is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam onvoldoende energie uit glucose kan halen vanwege een verhoogde insulineweerstand. Type 2 is de meest voorkomende vorm van diabetes en wordt veroorzaakt door externe (niet-erfelijke) factoren zoals overgewicht, te weinig lichaamsbeweging, roken of een hoge bloeddruk. (LUMC, 2011)

Om de patiënt te ondersteunen, wordt steeds vaker de familie bij het zorgproces betrokken (Bensing, 2000).

De biopsychosociale benadering komt in de huidige praktijk tot uiting in bijvoorbeeld de architectuur van zorginstellingen (*Healing Environment concept*) of in de *Planetree filosofie* (Planetree-Nederland, 2013a). *Healing Environment* beschrijft de opbouw en organisatorische cultuur van zorginstellingen die zowel patiënt als familie ondersteunen in ziekte en ziekenhuisopname gerelateerde stress situaties. De omgeving waarin de patiënt verblijft, wordt vrolijk ingericht door middel van kleuren, materialen en accessoires, zodat de patiënt zich op zijn gemak voelt (Zborowsky & Kreitzer, 2008). De Planetree filosofie is gebaseerd op een simpel uitgangspunt: *‘Zorg moet vooral worden georganiseerd rondom de behoeften van de patiënten’* (Carter, Kinsey, Charmel, & Lepore, 2013). Het Planetree zorgconcept gaat uit van het principe dat patiëntgerichte zorg meer is dan de som van de verschillende onderdelen, de onderdelen zijn onderling met elkaar verbonden. De samenwerking tussen verpleegkundigen en patiënten vormen volgens deze filosofie de basis van patiëntgerichte zorg. Daarnaast is flexibiliteit een vereiste, een ‘one-size-fits-all’ benadering moet vermeden worden (Frampton & Guastello, 2010). De Planetree filosofie kan eveneens worden gezien als kritiek op het biomedische model en is in lijn met het biopsychosociale model.

Planetree blijkt positieve effecten te hebben op de genezing van de patiënt. Cohort studies hebben aangetoond, dat door Planetree, een kortere gemiddelde ligduur in het ziekenhuis gerealiseerd kan worden en dat de gemiddelde kosten per patiënt statistisch significant lager zijn. Verder kan Planetree volgens deze studies leiden tot gemiddeld hogere scores in patiënttevredenheid (Frampton & Guastello, 2010).

Het Planetree principe onderscheidt 3 dimensies met 12 bijbehorende componenten, (*figuur 2*). In analytische zin kan men deze verschillende elementen van elkaar onderscheiden, maar ze vormen in het totaal een geheel. De verschillende dimensies staan niet los van elkaar, maar er is sprake van interactie tussen de verschillende elementen van het model.



Figuur 2: Planetree. De mens voorop in een helende omgeving – 12 componenten (Planetree-Nederland, 2013b)

Het Planetree principe wordt niet gekenmerkt door een eenrichtingsverkeer van zorgverlener naar patiënt, maar er wordt overlegd over de behandeling. Hierbij kunnen ook familie en vrienden worden betrokken. Een kenmerk van deze filosofie is het idee van een zorgteam dat beslissingen, omtrent behandelingen samen neemt. Vooral punt 8, “*Vrienden, familie en gemeenschap spelen een positieve rol*”, wordt sterk benadrukt in de zorgverlening die gebaseerd is op het biopsychosociaal perspectief. De familie wordt tegenwoordig steeds meer betrokken bij het zorgproces en als onderdeel van het zorgteam beschouwd.

Naast het Planetree principe spelen ook andere zorgconcepten, zoals Healing Environment een rol in het verbeteren van patiëntgerichtheid in ziekenhuizen. Er is gekozen om het Planetree principe nadrukkelijk uit te leggen, omdat dit principe expliciet gebruik maakt van een integrale benadering. In deze benadering worden allerlei factoren die van belang zijn voor een patiëntvriendelijke omgeving benadrukt. Verder wordt de mening van de patiënt en zijn familie als belangrijk gezien. Uit patiënttevredenheidonderzoeken is gebleken dat patiënten deze punten erg belangrijk vinden.

3.3.2 Familie en mantelzorgers als onderdeel van het zorgteam

Levenspartner, kinderen, ouders en verdere familie kunnen in een biopsychosociale benadering een belangrijke rol spelen bij het genezingsproces. Zij kunnen de patiënt

ondersteuning en hulp bieden, actief bijdragen aan een goede fysieke en geestelijke gezondheid van de patiënt en de stress van een ziekenhuisopname verminderen. Ook mantelzorgers⁷ bieden een belangrijke maatschappelijke bijdrage door langdurig en onbetaald voor hun zieke familieleden of vrienden te zorgen (Rijksoverheid, 2013). Leape et al. (2009) benadrukken dat familie en mantelzorgers beschouwd moeten worden als een belangrijk onderdeel in het zorgproces. De rol van familie en mantelzorgers is vooral belangrijk in de context van langdurige zorg, met name bij chronische aandoeningen.

Tegenwoordig is er een trend te zien waarbij bezoekenregelingen steeds meer aangepast worden op basis van de aannames over de rol die de familie en mantelzorgers kunnen spelen in het genezingsproces van de patiënt. Bezoekers worden daarbij niet langer meer als belemmering in het zorgproces gezien, maar als “*partners in care*” (Abraham et al., 2010). De rol van de familie wordt met name in ziekenhuizen die gericht zijn op klantvriendelijkheid erkent (Institute-Picker--Planetree, 2008). Patiëntgecentreerde zorg in plaats van aandoeninggerichte zorg lijkt in deze ziekenhuizen voorop te staan. Berwick & Kotagal (2004) noemen in het artikel over de *patient-centered care* aanpak, dat deze aanpak bemoedigend werkt voor de gezondheid van de patiënt: “*De grootste onbenutte bron in de gezondheidszorg is de patiënt en zijn familie*”. Het is dan ook niet verwonderlijk dat familie en vrienden met deze redenatie niet langer als bezoekers worden beschouwd, of zoals Berwick, toen hij zelf in het ziekenhuis lag, benadrukte: “*She’s not a visitor, she’s my wife*” (Berwick & Kotagal, 2004).

3.3.3 Patient support person

Uit de literatuur blijkt dat er een verandering in de rol van familie en vrienden in het zorgproces heeft plaatsgevonden. Tegenwoordig blijken familie en vrienden vooral bij chronische aandoeningen een belangrijk onderdeel van het zorgteam te vormen. In de literatuur worden deze personen *patient support persons* genoemd. Toch zou het concept van de *patient support person* kunnen leiden tot een spanningsveld met de praktijk van beperkte bezoekenregelingen. *Patient support persons* kunnen ondersteuning bieden aan de patiënt maar kunnen mogelijk ook routine handelingen van de verpleegkundigen, zoals het helpen bij het eten of het opschudden van een kussen, overnemen. Dit vraagt echter wel om een ruimere toegang tot het ziekenhuis.

Het beperken van de toegang voor familie en vrienden kan tot ongewenste situaties leiden. In eerste plaats bestaat de kans dat artsen of andere zorgverleners, zoals een verpleegkundige, belangrijke signalen over het hoofd zien, die een partner of familielid wel

⁷ Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dit kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht (Rijksoverheid, 2013).

zou kunnen herkennen (Mattey et al., 2012). Familie en vrienden zijn zich namelijk vaak meer bewust van cognitieve en lichamelijke veranderingen van de patiënt (Cacioppo & Hawkley, 2003). In de tweede plaats kunnen situaties optreden, waarbij de patiënt wil overleggen met de naasten omtrent een beslissing over het te volgen zorgtraject. Beperkte bezoeksregelingen lijken deze benadering in de weg te staan.

Ziekenhuisopnames, in de tijd van voortdurend medische ontwikkelingen, houden steeds vaker een korte, maar heftige periode in, die wordt gekenmerkt door onzekerheid. Wat zal er gebeuren? Zal de operatie slagen? Wat zijn de vooruitzichten? Wat is de ziektelast? Allemaal vragen die een patiënt zich stelt als hij⁸ een operatie moet ondergaan of in het ziekenhuis moet verblijven. Daarnaast zijn patiënten, die een ingrijpende operatie hebben ondergaan, vaak nog zwak en hebben tijd nodig om aan te sterken. Patiënten ervaren stress, onzekerheid en angst en hebben behoefte aan het vertrouwen en de steun van familieleden (Cook, 2006). De *patient support person* kan niet alleen een steun zijn voor de patiënt, maar ook voor de zorgverleners. Zij kunnen, zoals eerder genoemd de patiënt hulp bieden, de zorgverlener ondersteunen en vragen stellen, die de patiënten niet durven te stellen (Bellou & Gerogianni, 2011). Daarnaast kan de familie noodzakelijke informatie verstrekken wat betreft de behoeftes, wensen en gewoontes van de patiënt wanneer de patiënt daartoe niet zelf in staat is (Institute-Picker--Planetree, 2008).

Patient support persons lijken naast positieve effecten voor de patiënt, ook positieve effecten voor het zorgproces te kunnen leveren. Dit zijn effecten als kostenbesparingen, beter management, meer continuïteit van zorg en het voorkomen van revisies (Boudreaux, Fancis, & Loyacono, 2002).

3.3.4 Rechtperspectief

In de discussie over de rol van patiëntenbezoek staat niet alleen de vraag in hoeverre bezoek ondersteuning biedt aan de patiënt centraal, maar ook het rechtsperspectief is een belangrijk aspect dat niet buiten beschouwing mag worden gelaten. Zo heeft President Obama, in Amerika, patiëntenbezoek hoog op de agenda gezet. Hij doet dat omdat ziekenhuizen vaak uitgaan van de klassieke gezinsinvulling en gelden er beperkingen met betrekking tot wie bij de patiënt op bezoek mag komen. Vaak zijn dit alleen de eerstegraads familieleden. Tegenwoordig zijn er andere vormen van gezinsinvulling te zien, denk hierbij aan adoptiekinderen of homoseksuele relaties. Welke regelingen worden in deze situaties gehandhaafd? Waar begint familie en waar houdt deze op? Dit is tegenwoordig moeilijk te bepalen. Patiënten moeten daarom het recht hebben om zelf te kunnen beslissen wie hen

⁸ De benaming van de personen zijn met het oog op een betere leesbaarheid neutraal gekozen, maar zijn geldig voor zowel het vrouwelijk als mannelijk geslacht.

bezoekt, op welke wijze deze persoon een rol speelt in het zorgproces en wie een rol speelt in het nemen van beslissingen als de patiënt daar niet toe in staat is. Obama springt zo in op nieuwe samenlevingsvormen die in het verleden niet bestonden en die zich onderscheiden van het klassieke gezin. Het blijkt belangrijk om de familie of dierbaren van de patiënt als belangrijk onderdeel van het zorgproces te zien. Ziekenhuizen zouden deze mogelijkheid dan ook kunnen geven in de regelgeving omtrent bezoektijden (Abraham et al., 2010).

3.4 Vormen van bezoekenregelingen

In het onderzoek in New York is eerder naar voren gekomen dat sommige ziekenhuizen open bezoekenregelingen hanteren, maar anderen juist bewust kiezen voor een beperkte bezoekenregeling. Om een zinvol onderscheid te kunnen maken tussen de verschillende benaderingen ten aanzien van bezoekenregelingen wordt gebruik gemaakt van de definities voor bezoekenregelingen die Ismail & Mulley geven. Deze onderscheiden open, flexibele en beperkte bezoekenregelingen. Open bezoekenregelingen worden als volgt gedefinieerd: *“visiting at any time and of any duration”*, beperkte bezoekenregelingen als *“visiting bounded by rules on timings, duration, and number of visitors or who can visit”* en flexibele bezoekenregelingen als *“visiting with some restrictions but which can be altered according to needs, choice, and circumstances of patients and visitors”* (Ismail & Mulley, 2007).

Hieronder zal verder worden ingegaan op deze verschillende manieren van bezoekenregelingen: open, beperkt en flexibel.

3.4.1 Open en beperkte bezoekenregelingen

Uit de studie van Hunter et al., (2010) naar de bezoektijden op de ICU's in het Verenigd Koninkrijk blijkt dat een open bezoekenbeleid voor patiënten op de ICU een positief effect kan hebben op zowel de psychische als de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Aanwezigheid van familie en vrienden kan voor de patiënt rustgevend en kalmerend zijn tijdens het verblijf in de stressvolle omgeving van het ziekenhuis. Deze effecten worden ook door andere auteurs aangetoond (Cook, 2006; Fumagalli et al., 2006). Een ander onderzoek stelt dat naast bovengenoemde effecten, een open bezoekenbeleid kan leiden tot een verminderd risico op een hartstilstand. Daarnaast biedt het hanteren van een open bezoekenbeleid de mogelijkheid om meer op de behoeften van patiënt, familie en vrienden in te gaan, waardoor de tevredenheid van de patiënten omhoog kan gaan (Cook, 2006; Fumagalli et al., 2006; Hunter, Goddard, Rothwell, Ketharaju, & Cooper, 2010).

Waar sommigen het effect van open bezoeken op de patiënt als positief beschrijven, redeneren anderen juist de andere kant op. Open bezoeken zijn volgens de voorstanders van beperkte bezoektijden gekoppeld aan allerlei negatieve effecten die in het systeem van duidelijke regelingen worden voorkomen.

Beperkte bezoektijden worden in veel ziekenhuizen gehanteerd om uitputting van zowel patiënt als familie te voorkomen, maar ook om infectiegevaar te minimaliseren. In een ziekenhuisomgeving vormt infectiegevaar een extra bedreiging. In ziekenhuizen is het vaak warm, waardoor infecties zich snel kunnen uitbreiden. Patiënten hebben daarnaast vaak een afgenomen weerstand, met als gevolg dat infecties voor sommige patiënten een levenbedreigende situatie kunnen vormen. In deze context kan ook gekeken worden naar het toelaten van kinderen op de afdeling. Om de patiënt te beschermen tegen infecties die kinderen mogelijk met zich meedragen, zouden kinderen beperkt toegelaten mogen worden. Daarnaast is het ook voor het eigenbelang van het kind: kinderen moeten beschermd worden tegen de stress die de ziekenhuisomgeving op een kind kan uitoefenen (Ismail & Mulley, 2007).

Volgens verpleegkundigen zijn beperkte bezoektijden noodzakelijk, zodat de rust van patiënten gewaarborgd kan blijven (Halm & Titler, 1990). Verder kunnen in de context van beperkingen in bezoeken de operationele processen, zoals de artsensite of het uitdelen van de medicijnen, als achterliggende reden voor de beperkte bezoektijden worden gezien. Zoals eerder genoemd, kan bezoek in de weg zitten bij het verlenen van zorg en andere zorgprocessen. Beperkte bezoeken zijn nodig zodat de zorgverlening om de bezoektijden heen kan worden gepland (Plowright, 1998).

Open bezoektijden blijken de werkprocessen van de verpleegkundigen nadelig te beïnvloeden en de verzorging van de patiënt te belemmeren (Berwick & Kotagal, 2004; Ismail & Mulley, 2007). Bezoekers kunnen de zorg- en andere operationele processen doorkruisen door in de weg te lopen, zich met het zorgproces te bemoeien en onrust te zaaien (Ismail & Mulley, 2007). Tegen deze verstoringen liep onder andere Brian Alderman, verantwoordelijk voor de bezoekenregeling in het Arrow Park Hospital in Upton, UK, aan. Bezoekers blijven vaak de hele dag, vragen naar koffie en eten zelfs de maaltijden van de patiënten op. Daarnaast vertonen de bezoekers agressief gedrag als gevraagd wordt, voor korte tijd de kamer te verlaten. Waar in het ziekenhuis eerst bezoektijden van 08.00 – 20.00 uur de standaard waren, zijn de open bezoektijden later teruggedraaid (Alderman, 1988).

Naast de praktische aspecten die bij het leveren van zorg komen kijken zijn de medewerkers van het ziekenhuis bezorgd over stress voor de patiënt (Berwick & Kotagal, 2004; Ismail & Mulley, 2007; Olsen, Dysvik, & Hansen, 2009). De familie kan, wanneer zij

teveel of te indringend steun verlenen, de stress ervaring van de patiënt onbewust laten toenemen. Ook komen negatieve effecten op de patiënt voort uit bezoek van familieleden die de patiënt opwinden (Livesay, Mokracek, Sebastian, & Hickey, 2005; Olsen et al., 2009).

In de argumentatie voor een bepaald systeem van bezoeksregelingen worden ook de effecten op de bezoeker niet buiten beschouwing gelaten. Uit de literatuur blijkt namelijk dat open bezoeksregelingen ook negatieve effecten op de bezoeker hebben. Deze negatieve effecten zijn voornamelijk van toepassing op de directe naasten van de patiënt. Zo wordt gesteld dat wanneer de familie continue aan het bed van de patiënt zit, de familie de eigen gezondheid verwaarloost. Hierdoor zullen zij in de toekomst zelf meer behoefte hebben aan medische verzorging (Cook, 2006). Daarnaast ervaren de bezoekers door de beperkte bezoeksregelingen een gevoel van hulpeloosheid en onmacht (Verhaeghe, Defloor, van Zuuren, Duijnste, & Grypdonck, 2005). Ook wordt de onvriendelijke architectuur van sommige ziekenhuizen, bijvoorbeeld de beperkte en ongezellige wachtkamers, door sommige bezoekers als storend ervaren.

Beperkte bezoeksregelingen blijken ook negatieve effecten voor de ziekenhuizen zelf te hebben. Het systeem van beperkte bezoektijden wordt gekenmerkt door grote bezoekersstromen die op één tijdstip het ziekenhuis binnen komen. Om dit te omzeilen hanteren ziekenhuizen met beperkte bezoektijden vaak een beperkt aantal bezoekers per patiënt, de standaard hierbij is een maximum van twee bezoekers. (Ismail & Mulley, 2007).

3.4.2 Flexibele bezoeksregelingen

Uit de literatuur blijkt dat wanneer in een ziekenhuis beperkte bezoeksregelingen worden gehanteerd, de familie, in sommige situaties, de voorkeur geeft aan een meer flexibele omgang met de bezoeksregelingen.

Halm & Titler (1990) schetsen situaties waarin flexibele bezoeksregelingen zouden moeten worden toegestaan. Deze situaties zijn bij alle bevraagde personen; de patiënt en zijn familie, artsen en verpleegkundigen, hetzelfde namelijk: patiënt gerelateerde situaties, zoals operaties, spoedgevallen en de terminale fase van de patiënt. In deze situaties is emotionele steun erg belangrijk (Halm & Titler, 1990). Wanneer deze situaties zich voordoen, zal de beperking voor het ontvangen van bezoek verdwijnen en mag de familie 24 uur per dag op bezoek komen. Wanneer de situatie verbetert, zal de familie zich weer moeten houden aan de bezoeksregelingen van het betreffende ziekenhuis (Spreeen & Schuurmans, 2011). Uit de literatuurstudie van Verhaeghe et al. (2005) komt in deze context naar voren dat familie, zelfs na de meest acute fase, het noodzakelijk vindt om in de buurt van de patiënt te kunnen zijn.

3.5 Conclusie

In de verkenning van de literatuur worden verschillende benaderingen onderzocht en is te zien dat er sprake is van een ontwikkeling in de bezoekerregelingen. Aan het eind van de vorige eeuw werden regels ingevoerd om orde te creëren aan een voorheen ongestructureerde omgeving. Onder invloed van de toenemende dominantie van het biomedisch model zijn steeds meer beperkingen gesteld. De aandoening staat centraal, en er wordt niet gekeken naar de behoeften en sociale omgeving van de patiënt. Beperkte bezoekerregelingen krijgen met deze visie de voorkeur.

Tegenwoordig is er een duidelijke beweging te herkennen, waarin ruimte wordt gegeven aan patiëntgerichte zorg. Patiëntgerichte zorg lijkt nauw samen te gaan met de omgang met bezoekerregelingen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen open, beperkte en flexibele bezoekerregelingen, maar welke regeling de voorkeur geniet, verschilt tussen de ziekenhuizen. Elke regeling kent dan ook zijn eigen voor- en tegenstanders. De wijze waarop naar een bepaalde regeling wordt gekeken, blijkt doorslaggevend te zijn voor de voorkeur. Zo zal een patiënt over het algemeen positief tegenover een open bezoekerregeling staan en negatief tegenover een beperkte bezoekerregeling. Zorgverleners daarentegen, zullen daar eerder tegenovergesteld tegenaan kijken, omdat zij naast het tevreden houden van de patiënt ook kwalitatief goede zorg moeten kunnen leveren.

Niet alleen het perspectief, maar ook de manier waarop zorg wordt geleverd lijkt bepalend te zijn voor de houding ten opzichte van een bepaalde bezoekerregeling. Werkt een ziekenhuis voornamelijk patiëntgericht of aandoeninggericht? Wanneer een ziekenhuis patiëntgericht werkt is de voorkeur voor open bezoekerregelingen groter dan wanneer er een sterke focus is op de aandoening. Bij aandoeninggerichtheid draait het om de aandoening, en moet de patiënt zo snel mogelijk genezen. Een beperkte bezoekerregeling zou hierbij de voorkeur genieten.

Tegenwoordig richt de zorg zich steeds minder alleen op de aandoening, er komt steeds meer aandacht voor de patiënt en zijn sociale omgeving. Het biopsychosociaal model lijkt in opmars te zijn. Familie en vrienden krijgen een steeds grotere rol in het zorgproces. Dit zou mogelijk tot een spanningsveld kunnen leiden wanneer er beperkte bezoekerregelingen worden gehanteerd. Ondersteuning bieden aan de patiënt vraagt namelijk om een ruimere toegang tot het ziekenhuis. Het is dan ook te verwachten dat in de praktijk in dit geval de voorkeur wordt gegeven aan open bezoekerregelingen. Of dit ook daadwerkelijk zo is, zal in de

interviews naar voren moeten komen. De voorkeur die in de praktijk voor een bepaalde bezoeksregeling wordt gegeven, wordt in hoofdstuk 5 nader onderzocht.

4. Verschillen in bezoeksregelingen van ziekenhuizen tussen Nederland en Duitsland

4.1 Inleiding

In het theoretisch hoofdstuk is naar voren gekomen dat er tegenwoordig grote verschillen in de bezoeksregelingen van ziekenhuizen te vinden zijn, zelfs als deze zich in een beperkt geografisch gebied bevinden, zoals New York. Om de verschillen ten aanzien van bezoeksregelingen van Nederlandse en Duitse ziekenhuizen duidelijk te maken, worden de bezoektijden van de te onderzoeken ziekenhuizen ingedeeld in vijf categorieën. Op basis van deze categorieën wordt geprobeerd een eerste inzicht te verkrijgen in de mogelijke verschillen.

In dit hoofdstuk zal vooral worden gekeken of er systematische verschillen aanwezig zijn tussen de bezoektijden van Nederlandse en Duitse ziekenhuizen, maar ook of er binnen de landen zelf, verschillen zijn waar te nemen.

4.2 Onderzoekspopulatie

Nederland heeft 188 ziekenhuislocaties en 41 buitenpoliklinieken (*bijlage 2*) (Deuning, 2012). Het aantal ziekenhuisorganisaties is echter beduidend kleiner dan de 188 ziekenhuislocaties. Dit komt omdat er ziekenhuisorganisaties zijn met meerdere locaties. Omdat deze locaties qua bezoeksregeling van elkaar kunnen verschillen, worden ze in het onderzoek als aparte ziekenhuizen meegenomen. Na het excluderen van de buitenpoliklinieken en specialistische ziekenhuizen, blijven er 128 Nederlandse ziekenhuislocaties over. Van drie ziekenhuizen is geen informatie omtrent bezoektijden op de websites te vinden. Omdat van deze ziekenhuizen niet duidelijk is of een open of beperkte bezoeksregeling wordt gehanteerd, zijn deze niet in het onderzoek meegenomen. In totaal komt de onderzoekspopulatie van Nederland uit op 125 ziekenhuislocaties.

Duitsland heeft in totaal 2064 ziekenhuislocaties (Statistisches-Bundesamt, 2012a). Om de onderzoekspopulaties qua aantal ziekenhuizen gelijk te trekken en om het onderzoek binnen het kader van een bacheloropdracht passend te maken met betrekking tot beperkte onderzoek- en reistijd, beperkt de onderzoekspopulatie van Duitsland zich tot het bondsland Niedersachsen. In Niedersachsen bevinden zich 192 ziekenhuislocaties (3) (Deutsche-Krankenhaus-TrustCenter-und-Informationsverarbeitung, 2013). Na het toepassen van de exclusiecriteria komt de onderzoekspopulatie voor Duitsland (Niedersachsen) uit op 142 ziekenhuislocaties.

4.3 Resultaten

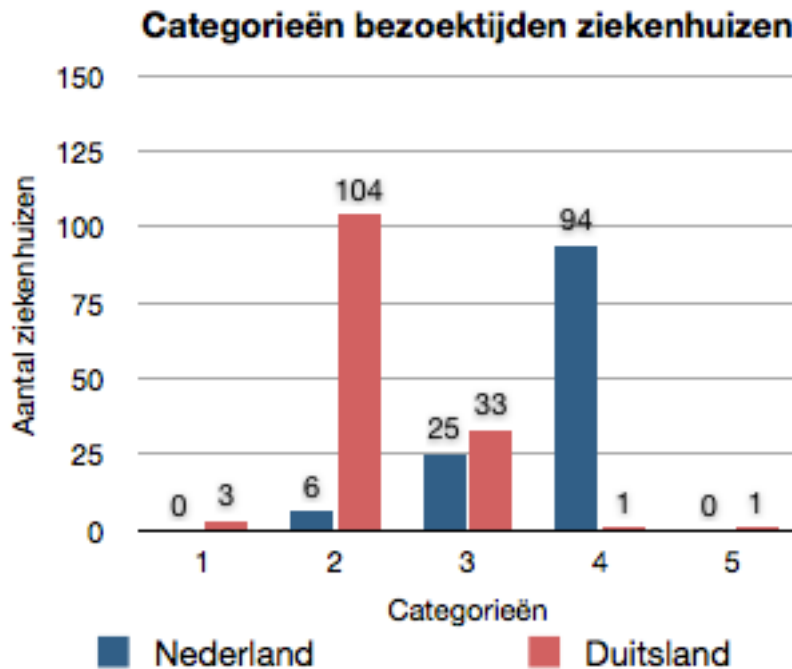
4.3.1 Systematische verschillen in bezoektijden

Zoals al eerder in hoofdstuk 2 is genoemd, zijn de tijden waarop een patiënt in het ziekenhuis bezoek mag en kan ontvangen, verzameld van de websites van de betreffende ziekenhuizen. De bezoektijden zijn het meest zichtbare deel van bezoeksregelingen en vormen daarom een van de belangrijkste factoren voor dit onderzoek als het gaat om het vaststellen van systematische verschillen. De tijden die op de websites te vinden zijn, worden gekoppeld aan een categorie van 1: zeer ruim tot 5: zeer beperkt. Onder categorie 1 vallen ziekenhuizen die meer dan vijftien uur per dag bezoek toestaan, categorie 2 bevat ziekenhuizen die tussen de tien en veertien uur bezoek toestaan, categorie 3 staat tussen de vijf en tien uur bezoek per dag toe, categorie 4 staat tot vijf uur per dag toe en ten slotte, staan de ziekenhuizen in categorie 5 bezoek alleen in overleg toe. Hoe hoger de categorie, hoe beperkter de bezoektijden zijn. Categorie 1 kan dus als zeer open worden ervaren en categorie 5 als zeer beperkt. Na het opzoeken van de bezoektijden (op een doordeweekse dag en geldend voor een algemene afdeling) is *tabel 1* opgesteld.

Tabel 1: Categorieën van de bezoektijden in Nederland en Duitsland

Categorie	Tijden	Aantal ziekenhuizen Nederland	Aantal ziekenhuizen Duitsland (Niedersachsen)
1	15 uur en meer	-	3
2	10 tot 15 uur	6	104
3	5 tot 10 uur	25	33
4	0 tot 5 uur	94	1
5	Alleen in overleg	-	1

Wat in *tabel 1* onmiddellijk opvalt, is dat het merendeel van de ziekenhuizen in Nederland bezoeksregeling hebben die onder categorie 4 valt, waar patiënten tussen de nul en vier uur per dag bezoek mogen ontvangen. Het grootste gedeelte van de Duitse ziekenhuizen bevindt zich daartegen in categorie 2, waar patiënten tussen de tien en veertien uur per dag bezoek mogen ontvangen. Om het verschil visueel duidelijk te maken worden de categorieën in de volgende grafiek (*figuur 3*) weergegeven.



Figuur 3: categorieën van de bezoektijden in Nederland en Duitsland

Wanneer de resultaten in een staafdiagram worden uitgezet, wordt direct zichtbaar dat de meerderheid van de Nederlandse ziekenhuizen zich vooral aan de rechterkant van de grafiek bevinden en dat de Duitse ziekenhuizen zich met name aan de linkerkant van de grafiek bevinden. In Nederland bevinden de meeste ziekenhuizen zich in de categorie van de beperkte bezoektijden, waar Duitsland vooral gebruik maakt van ruimere bezoektijden (Ismail & Mulley, 2007).

Binnen de landen zijn eveneens verschillen waar te nemen. Niet alle ziekenhuizen vallen immers in dezelfde categorie. Hoewel in Nederland categorie 4 overheersend is, dus beperkte bezoektijden en in Duitsland categorie 2, ruime bezoektijden, valt in beide landen een groep ziekenhuizen in de middelste categorie, categorie 3. In deze ziekenhuizen mogen patiënten tussen de vijf en tien uur per dag bezoek ontvangen.

Voor de definities van de “*visiting types*” van Ismail en Mulley zijn echter niet alleen de bezoektijden kenmerkend. De categorieën open, flexibel en beperkt worden ook gekenmerkt door bepaalde regelingen, zoals het aantal bezoekers en de duur van bezoek (Ismail & Mulley, 2007). Na het zoeken op de websites, is naar voren gekomen dat in Duitsland met zowel het aantal bezoekers dat op bezoek mag komen en de duur van bezoek ruim wordt omgegaan. Er gelden geen beperkingen. In Nederlandse ziekenhuizen is het

aantal bezoekers per patiënt echter begrensd tot maximaal twee personen. Wel wordt in Nederland met zowel de bezoekduur, als het aantal bezoekers, in overleg flexibel omgegaan. In Nederland wordt een beperktere omgang met bezoeksregelingen gehanteerd, maar wanneer de situatie van de patiënt hier om vraagt zal flexibiliteit geboden worden.

4.4 Conclusie

Uit voorgaande kan geconcludeerd worden dat er systematische verschillen zijn in de bezoeksregelingen van Nederlandse en Duitse ziekenhuizen. Waar Nederlandse ziekenhuizen voornamelijk gebruik maken van beperkte bezoektijden, worden in Duitsland ruimere bezoektijden gehanteerd. Opvallend is dat dit niet voor alle Nederlandse en Duitse ziekenhuizen geldt. Wel hanteren beiden landen een flexibelere omgang met bezoekers wanneer de situatie van de patiënt daar om vraagt.

Door middel van interviews zal worden geprobeerd om de achterliggende redenen voor deze verschillen te achterhalen. In het volgende hoofdstuk zal onderzocht worden wat deze achterliggende redenen zijn en of er mogelijk nog meer verschillen te vinden zijn.

5. Opvattingen ten aanzien van bezoeksregelingen en zorgsystemen

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 is een algemeen beeld geschetst over de verschillen betreffende bezoeksregelingen die in de literatuur worden beschreven. Uit hoofdstuk 4 blijkt dat, wanneer wordt gekeken naar de bezoeksregelingen in Nederland en Duitsland, er systematische verschillen in bezoeksregelingen bestaan. Waar Duitse ziekenhuizen voornamelijk ruime bezoeksregelingen hanteren, wordt in Nederland in de meeste ziekenhuizen gebruik gemaakt van beperkte bezoeksregelingen. Dit levert een interessant vraagstuk op, want waar is dit verschil in bezoeksregelingen op gebaseerd?

De literatuur heeft informatie gegeven over verschillende typen bezoeksregelingen en de voor- en nadelen voor die bezoeksregelingen. Om meer informatie te verkrijgen over de achterliggende redenen die bij besluitvorming rondom bezoeksregelingen een rol spelen, zijn interviews afgenomen. Op basis van deze interviews wordt in dit hoofdstuk achterhaald in hoeverre verschillende opvattingen een rol spelen bij het vaststellen van de bezoeksregelingen. Volgens *grounded theory* is het afnemen van interviews een methode om belangrijke informatie over een bepaald verschijnsel te verkrijgen. Om de respondenten de ruimte te geven om de eigen waarnemingen en ervaringen naar voren te brengen, zijn de interviews open van aard, maar wel gestructureerd door middel van de bevindingen uit de literatuur.

Daarnaast komt in dit hoofdstuk de vraag, in hoeverre deze verschillende opvattingen samenhangen met de manier waarop zorg wordt verleend, aan bod. Zijn dit vooral historische, culturele, institutionele, organisatorische of logistieke motieven?

5.2 Resultaten

5.2.1 Duitsland

Wanneer de bezoeksregelingen van Nederlandse en Duitse ziekenhuizen met elkaar vergeleken worden, worden in Duitsland veel ruimere bezoeksregelingen aangetroffen dan in Nederland. De bezoeksregelingen zijn in Duitsland niet altijd zo ruim geweest. Meer dan twintig jaar geleden werd de bezoeker in Duitsland eveneens geconfronteerd met duidelijke, beperkende regels ten aanzien van bezoek. Deze regels waren in grote lijnen vergelijkbaar met de situatie zoals deze tegenwoordig in Nederland is. Vanaf de jaren '80-'90 heeft een

beweging plaatsgevonden in de richting van meer open bezoekenregelingen. Sterker nog, deze ruime bezoekenregelingen lijken tegenwoordig in Duitse ziekenhuizen de standaard te vormen.

De ingrijpende verandering, op de van oudsher beperkte regels, naar het verruimen van bezoekenregelingen, heeft zich niet binnen enkele dagen gemanifesteerd. Dit is een proces van jaren geweest. Hierin hebben bepaalde motieven, zoals patiëntgerichtheid een belangrijke rol gespeeld. Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat er twee belangrijke veranderingen hebben plaatsgevonden.

Ten eerste blijkt dat de relatie tussen het ziekenhuis en de patiënt op een nieuwe manier is ingericht. Waar het ziekenhuis in het verleden een institutie was die duidelijke regels voorschreef, hebben maatschappelijke veranderingen in de jaren '80/'90 tot een verandering in de relatie tussen ziekenhuis en patiënt geleid. De patiënt wordt tegenwoordig steeds meer gezien als de klant, die gebruik maakt van het aanbod van de zorg en de diensten van het ziekenhuis en daar voor betaalt. De patiënt neemt als gevolg van de betaling meer de rol van consument aan en heeft meer te vertellen over de inrichting van de zorg. Patiënt en ziekenhuis zijn zich meer in een relatie van onderlinge afhankelijkheid gaan bevinden. Het ziekenhuis verleent zorg aan de patiënt en de patiënt betaalt. Dit gebeurt niet rechtstreeks, maar via de inkomensafhankelijke bijdrage aan de zorgverzekeraar.

Ten tweede levert de verhouding tussen ziekenhuis en patiënt een uitgangspunt voor het onderwerp patiëntgerichtheid. Patiëntgerichtheid is een aspect dat tegenwoordig hoog op de agenda staat en door bijna alle respondenten is benadrukt. De situatie die tegenwoordig in het ziekenhuis wordt aangetroffen, wordt gekenmerkt door een actieve samenwerking tussen medisch personeel en patiënt. Beslissingen worden niet meer uitsluitend door de arts alleen genomen, maar de moderne patiënt neemt de beslissing en de arts adviseert. Een respondent beschrijft hierbij treffend: *“men hoefde vroeger niet echt rekening te houden met de behoeften en wensen van de patiënt, maar tegenwoordig zijn dokters niet meer die “Götter in weiß” (de god in de witte jas). Er wordt eerder gevraagd, wat wil de patiënt?”*. Deze verandering heeft zich niet beperkt tot ziekenhuizen. Ook in andere sectoren, zoals het onderwijs en de juridische sector is te zien dat oude machtstructuren langzaam hun aanzien verliezen. Deze maatschappelijke verandering heeft met betrekking tot de positie van de patiënt in het Duitse zorgsysteem tot een fundamentele verschuiving geleid. Hoewel de mening van de arts nog steeds erg belangrijk is, krijgt de patiënt steeds meer zeggenschap.

De algemene maatschappelijke veranderingen ten aanzien van de houding tegenover de patiënt lijken doorslaggevend voor de wijziging van de bezoekenregelingen. Ruime bezoekenregelingen blijken de norm te zijn voor het creëren van een klantvriendelijke omgeving. Toch blijkt de verandering in bezoekenregelingen voor ziekenhuizen een enorme

uitdaging te zijn. Bestaande processen, zoals wassen, douchen, schoonmaken, artsenvisites, medicatie- en eetrondes, vergen een nieuwe manier van inrichting. Waar vroeger in de ochtend geen bezoek was toegestaan, kunnen patiënten tegenwoordig ook in de ochtenduren bezoek ontvangen. In de ochtenduren vonden oorspronkelijk de bovengenoemde processen plaats. Bij het verrichten van dergelijke routine taken, kunnen bezoekers als hinderlijk worden ervaren. Dit leidt mogelijk tot een spanningsveld tussen de wensen van de patiënt en bezoeker, en uiteindelijk een goede zorgverlening.

De veranderingen in bezoeksregelingen worden ook bepaald door de veranderende inrichting van ziekenhuizen. Het is goed in te denken dat doorlopend bezoek op een acht persoonskamer voor meer overlast zorgt dan op een drie persoonskamer. De huidige ziekenhuizen hebben dan ook maximaal vier bedden per kamer. Het komt zelfs steeds vaker voor dat nieuwe ziekenhuizen uitgaan van eenpersoonskamers. Het merendeel van de kamers in Duitse ziekenhuizen is ingericht voor meerdere patiënten. In de dagelijkse praktijk zijn er situaties waarin medische handelingen en zorgverlening privacy eisen. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die niet in staat is om zichzelf te wassen. Deze situatie, waarin de patiënt afhankelijk is van het verplegend personeel vraagt om privacy. In een dergelijke situatie is het in Duitsland gebruikelijk dat het verplegend personeel de bezoekers vraagt de kamer te verlaten. Alle respondenten beschrijven dat het verplegend personeel hierbij geen problemen ondervindt. Bezoekers hebben hier doorgaans begrip voor en vertonen geen weerstand.

Een aanvullend uitgangspunt voor de manier waarop bezoeksregelingen zijn ingericht, is het genezingsproces van de patiënt. Dit onderwerp biedt veel ruimte voor discussie. Sommige respondenten geven aan dat rust belangrijk is voor de genezing van de patiënt en zien dit door de ruime bezoeksregelingen in het gedrang komen. Andere respondenten benadrukken juist de positieve impact van sociale contacten op de gezondheidstoestand van de patiënt. Één van de respondenten stelt, *“in het verleden waren ingrepen vaak invasiever en brachten hogere risico’s met zich mee, patiënten hadden veel meer tijd en rust nodig om te genezen”*. *“Een patiënt waarbij de blindedarm wordt weggehaald lag destijds veertien dagen in het ziekenhuis, tegenwoordig zijn dat nog maar vier tot vijf dagen”*. Tegenwoordig zijn ingrepen minder invasief en zijn de patiënten sneller weer in staat om bezoek te ontvangen. De patiënt wordt tegenwoordig niet meer gezien als een lichaam met een bepaalde pathologie of als een omhulsel van een orgaan. De patiënt is een mens die behoefte heeft aan sociale contacten, ook tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Deze opvatting is in alle interviews duidelijk naar voren gekomen. Mocht bezoek toch een negatieve invloed hebben op de genezing van de patiënt, dan is het in Duitse ziekenhuizen

gebruikelijk om ter bescherming van de patiënt te handelen en de bezoeker te verzoeken het ziekenhuis te verlaten. Over het algemeen verloopt dit zonder problemen.

Duitse ziekenhuizen zien de patiënt tegenwoordig meer als klant, een consument die gebruikt maakt van de diensten die in het ziekenhuis aanbiedt. Ziekenhuizen willen dan ook zo patiëntgericht mogelijk werken. Er kan verondersteld worden dat marktwerking en concurrentie twee belangrijke uitgangspunten zijn op basis van patiëntgerichtheid en ruime bezoekerregelingen. Marktwerking duidt op een institutionele verandering. De voorheen gesloten wereld van het ziekenhuis met weinig transparantie is veranderd tot een meer open systeem met meer inzicht voor de klant. Concurrentie tussen ziekenhuizen, het aantrekken van patiënten is iets dat resulteert uit marktwerking. Patiënten kiezen dan op grond van bepaalde indicatoren voor een bepaald ziekenhuis. Ziekenhuizen streven er daardoor naar om het best mogelijke voor de patiënt te bieden. Marktwerking is echter geen thema in Duitse ziekenhuizen. In de interviews is deze opvatting slechts een enkele keer expliciet naar voren gekomen. Deze respondent is al meer dan veertig jaar in verschillende ziekenhuizen werkzaam en heeft de ontwikkeling van beperkte naar ruime bezoekerregelingen persoonlijk meegemaakt. De meeste ziekenhuizen in Duitsland maken zich niet veel zorgen om onderlinge concurrentie. Ze liggen relatief dicht bij elkaar, er zijn vele potentiële concurrenten op de markt, maar elk ziekenhuis heeft een eigen verzorgingsgebied. Bezoekerregelingen zijn voor het merendeel van de respondenten dan ook geen belangrijk onderdeel voor de strijd om de patiënt. De veranderde bezoekerregelingen lijken daardoor niet gemotiveerd te zijn vanuit concurrentieoverwegingen.

Opvallend is dat bezoekerregelingen in Duitsland niet hoog op de agenda staan, zoals in Nederland wel het geval is. Dit valt te verklaren omdat de beslissingen ten aanzien van bezoekerregelingen in Duitse ziekenhuizen twintig jaar geleden al zijn genomen. De situatie die tegenwoordig wordt aangetroffen levert blijkbaar geen meer debat op. Dit blijkt ook uit de interviews. Opvallend is hier dat de Duitse respondenten zich in zeer algemene termen uitdrukken, er worden geen gedetailleerde of specifieke zorginhoudelijke redenen gegeven die tot de wijziging van bezoekerregelingen hebben geleid. Algemene ontwikkelingen van de samenleving, zoals maatschappelijke veranderingen, patiëntgerichtheid en de herstructurering van de houding tussen ziekenhuis en patiënt, zijn volgens de respondenten de sleutel tot de ruime bezoekerregelingen.

5.2.2 Nederland

Waar in de Duitse interviews vrij algemene motieven ten aanzien van bezoekerregelingen worden beschreven, lijken Nederlandse ziekenhuizen zich meer bewust te zijn van de

redenen die aan de keuze voor een bepaalde bezoeksregeling ten grondslag liggen. In het verhaal over bezoeksregelingen in Nederlandse ziekenhuizen komen duidelijk andere, meer expliciete, opvattingen naar voren. Zo komt uit de interviews naar voren dat de bezoeksregelingen in de afgelopen jaren wel meer zijn opengesteld, maar er nog duidelijke beperkingen zijn. In enkele ziekenhuizen zijn na verruiming de bezoeksregelingen zelfs weer teruggedraaid naar duidelijk beperkte regelingen. Het systeem van beperkte bezoeksregelingen lijkt in Nederland nog steeds de standaard te zijn.

Het lijkt er op dat deze keuze voor beperkte bezoeksregelingen twee achterliggende hoofdmotieven kent. Ten eerste vinden er dagelijks medische en zorginhoudelijke processen plaats die om een begrensde bezoeksregeling vragen. In het merendeel van de interviews is naar voren gekomen dat bezoek in de ochtend niet is toegestaan. De ochtend wordt gezien als het domein van medische handelingen en zorg, waarbij bezoek niet gewenst is. Belangrijker nog, bezoek zou storend kunnen werken op dergelijke routine handelingen. Een van de respondenten beschrijft passend, *“bezoek heeft een storende invloed op het zorgproces”*. De bezoektijden in Nederlandse ziekenhuizen beperken zich daardoor over het algemeen tot de middag en de avond. Ook zijn er beperkingen wat betreft het aantal bezoekers. Over het algemeen mogen maximaal twee bezoekers tegelijk bij de patiënt.

Beperkte bezoeksregelingen blijken een norm te zijn om verstoringen in het uitvoeren van werkprocessen systematisch te voorkomen. Medisch handelen en zorgverlening vragen vaak om privacy. Vooral als het gaat om situaties waarin intimiteit en vertrouwen zijn gevraagd. Dit zou tot een spanningsveld kunnen leiden tussen de wensen van patiënten en bezoek enerzijds en de wensen van zorgverleners anderzijds. Patiënten in Nederland liggen doorgaans op een meer-persoonskamer en het lijkt verplegend personeel extra tijd te kosten om bezoek te verzoeken de kamer te verlaten. Het wegsturen van bezoek wordt door het merendeel van de respondenten als knelpunt ervaren. Wanneer verpleegkundigen bezoekers beleefd vragen de zaal te verlaten worden zij regelmatig geconfronteerd met boze reacties. Een respondent geeft hierbij aan, *“bezoekers worden steeds mondiger en brutaler, ze laten zich niet zomaar wegsturen”*.

Het tweede hoofdmotief is het onderwerp rust voor de patiënt. De patiënt die in het ziekenhuis ligt voelt zich niet fit, bevindt zich in een herstelproces en heeft duidelijk behoefte aan rust. Lange bezoeksperiodes lijken in deze fase vaak niet bevorderlijk. Een van de respondenten drukt de twee hoofdmotieven als volgt uit, *“patiënten komen niet tot rust en wij komen niet aan ons werk toe rondom de patiënt”*.

De uren waarop geen bezoek wordt toegestaan is bedoeld om de patiënt voldoende te laten rusten. Rust voor de patiënt komt ten goede aan het genezingsproces. Dit lijkt het

best te worden gewaarborgd, wanneer er beperkte bezoeken gelden. In een enkel ziekenhuis wordt hiervoor gebruik gemaakt van een rustuur. Dit is een uur waarop geen bezoek wordt toegestaan, maar er ook – wanneer mogelijk – geen zorgprocessen plaatsvinden. Zo wordt er een keer per dag een volkomen rustgevende omgeving gecreëerd die normaal alleen 's nachts aanwezig is. Niet alle respondenten denken overigens dat beperkte bezoeken leiden tot meer rust voor de patiënten. Zo stelt een respondent dat, *“de onrust voor de patiënt is juist minder wanneer het bezoek verspreid over de dag komt, een grote bezoekersstroom in één keer, dat is pas vermoeiend voor de patiënt”*.

Bij het waarborgen van rust voor de patiënt sluit ook de beperking van maximaal twee bezoekers per patiënt aan. Hoe meer bezoekers, hoe rumoeriger de situatie. Rust en in beperkte mate contact met de buitenwereld lijken, wanneer het gaat om een zo voorspoedig mogelijke genezing van de patiënt, belangrijk gevonden te worden. Nederlandse ziekenhuizen streven naar een zo snel mogelijk herstel. Dit wordt onder andere gestimuleerd door de overheid die hamert op ligduurverkorting. Een maximum aantal bezoekers per patiënt lijkt ook een antwoord op logistieke vraagstukken te zijn. Twee mensen aan het bed van een patiënt is mogelijk, maar worden het er meer, dan is daar vaak te weinig ruimte voor.

Beperkte bezoektijden kunnen ook leiden tot drukte. Er is namelijk sprake van een grote bezoekersstroom in één keer en ziekenhuizen hebben vaak slechts een beperkt aantal parkeerplaatsen ter beschikking. Beperkte bezoektijden met een onbeperkt aantal bezoekers per patiënt leiden tot grote bezoekersstromen en die moeten ergens kunnen parkeren. Het hebben van problemen met voldoende parkeerruimte, is door enkele respondenten genoemd als motief om de bezoekenregeling verder open te stellen. Om het maximum aantal bezoekers per patiënt in goede banen te leiden en om andere logistieke problemen te voorkomen, maken een aantal ziekenhuizen gebruik van de ziekenhuisplanner (*tekstbox 1*).

Ziekenhuisplanner.nl

Ziekenhuisplanner.nl is een online programma, waarbij een ziekenhuisopname van een familielid, vriend of kennis te volgen is. De patiënt kan via ziekenhuisplanner.nl het bezoek plannen, een dagboek bijhouden en anderen informeren over de gezondheidsstatus. Er zitten een aantal voordelen aan ziekenhuisplanner.nl

- Het bezoek is door de patiënt te plannen op basis van een kalender. De patiënt kan bijvoorbeeld aangeven, wanneer afspraken gepland zijn of wanneer hij uit wil rusten.
- Zowel de patiënt als het bezoek kan aangeven en zien wie wanneer op bezoek komt.
- Bezoekers komen niet voor verrassingen te staan, doordat de patiënt er bijvoorbeeld niet is of doordat er bezoek aanwezig is.
- Het is mogelijk meerdere patiënten tegelijkertijd te volgen
- De patiënt kan zelf bepalen wie inzicht krijgt in de gegevens, waardoor ziekenhuisplanner.nl volledig vertrouwelijk is.

Tekstbox 1: Ziekenhuisplanner (Ziekenhuisplanner-BV, 2011).

Opvallend is dat bezoekenregelingen in Nederlandse ziekenhuizen een proces van verandering lijken door te maken. Het onderwerp bezoekenregelingen staat in Nederlandse ziekenhuizen hoog op de agenda en beperkingen lijken de laatste jaren af te nemen. Een belangrijk aanknopingspunt voor de beweging naar ruimere bezoekenregelingen, zou het ontstaan van gereguleerde marktwerking in de zorg kunnen zijn. Door de toenemende marktwerking hebben de overheid, de zorgverzekeraars en ook de patiënt meer inzicht in het voorheen gesloten systeem van het ziekenhuis. Met de aanpassingen van de zorgverzekeringswet in 2006 hebben zorgverzekeraars en artsen aan de ene kant meer vrijheid gekregen, aan de andere hebben moeten zij ook meer verantwoordelijkheid afleggen. Deze ontwikkeling motiveert ziekenhuizen om productiever te werken, om zo prijsverlaging en kwaliteitverhoging van de zorg teweeg te brengen. Concurrentie tussen ziekenhuizen, het wedijveren om de patiënt, is een resultaat van marktwerking in de zorg. In deze context kan worden gesteld dat ziekenhuizen kiezen voor een ruimere bezoekenregeling om aan de wensen en behoeften van de patiënt tegemoet te komen en zich van andere ziekenhuizen te onderscheiden. Marktwerking en concurrentie worden echter door geen van de respondenten expliciet als motief voor het wijzigen van bezoekenregelingen genoemd.

Toch lijkt marktwerking op indirecte wijze wel degelijk een rol te spelen in het huidige veranderingsproces van bezoekenregelingen in Nederlandse ziekenhuizen. Ziekenhuizen

richten zich volgens de respondenten niet alleen op de kwaliteit van zorg, maar ook gastvrijheid en patiëntgerichtheid zijn belangrijk. De respondenten zien dit als belangrijke elementen en deze worden dan ook gebruikt om “*zich te onderscheiden van anderen*”. Één van de respondenten vat dit pakkend samen, “*Wanneer een ziekenhuis gastvrij wil zijn, moeten bezoekers zich welkom voelen en daar horen meer open bezoektijden bij*”.

Om patiëntgerichtheid vorm te geven, maken ziekenhuizen gebruik van verschillende principes. Zo zijn het “*Healing Environment*” en het “*Plantree concept*” twee voorbeelden die door de respondenten zijn genoemd. Hoewel de concepten onderling sterk van elkaar verschillen, hebben ze als algemeen doel: de patiënttevredenheid en gastvrijheid verbeteren. Naast verschillende principes, wordt door middel van patiënttevredenheidsonderzoeken aandacht besteed aan de mening van patiënten.

Bij het *Healing Environment concept* staat de omgeving waarin de patiënt verblijft centraal. Door het gebruik van bepaalde kleuren, materialen, inrichting en faciliteiten moet de patiënt, maar ook het bezoek, zich welkom voelen. Ziekenhuizen proberen op deze manier het stress niveau van patiënten omlaag te brengen, waardoor verwacht wordt dat het genezingsproces voorspoediger zal verlopen.

Zoals ook al is genoemd in hoofdstuk 3, staan bij de *Plantree methode* de individuele behoeftes van de patiënt centraal. Één van de geïnterviewde ziekenhuizen heeft dit concept geïmplementeerd. Het wordt gebruikt als een specifiek hulpmiddel voor het verlenen van patiëntengerichte zorg. De patiënt en arts stellen gezamenlijk het behandelplan op en indien gewenst, kan ook de familie bij de besluitvorming betrokken worden.

Nederlandse ziekenhuizen besteden veel aandacht aan de mening van patiënten. De patiënten worden vertegenwoordigd door de cliëntenraad, die door middel van patiënttevredenheidsonderzoeken de wensen van patiënten achterhaald. Wat er met de informatie uit de patiënttevredenheidsonderzoeken gebeurt, is aan de ziekenhuizen zelf. De respondenten geven aan dat uit deze onderzoeken steeds vaker naar voren komt dat er vanuit de patiënt een groeiende vraag is naar het langer kunnen ontvangen van bezoek. Daarnaast geven patiënten aan dat het voor bezoekers prettiger is als er meer flexibiliteit is in het bezoeken van het ziekenhuis en dat bezoek niet gebonden is aan vastgestelde bezoekenregelingen. Dit zijn bevindingen die de Nederlandse ziekenhuizen mogelijk kunnen gebruiken in het wijzigen van het systeem van de beperkte bezoekenregelingen. De aanpassingen in bezoektijden zijn relatief kleine aanpassingen die in het zorgsysteem gedaan moeten worden. De aanpassingen gaan een stap verder, wanneer er een bepaald principe of methode geïmplementeerd moet worden zoals het *Healing Environment* principe. De grootste aanpassing is nodig wanneer van het *Plantree concept* wordt ingevoerd.

Ziekenhuizen moeten voor dit concept een strenge accreditatieprocedure doorstaan die twaalf punten van het zorgconcept toetst.

Een ander aanknopingspunt voor het openstellen van bezoeksregelingen in Nederlandse ziekenhuizen kan de verandering van de rol die familie en vrienden in het zorgproces spelen zijn. Door de jaren heen is hier een verschuiving in te zien. In Nederlandse ziekenhuizen wordt steeds meer gebruik gemaakt van mantelzorgers⁹. Mantelzorgers kunnen in ziekenhuizen ondersteunende taken van verpleegkundigen overnemen, zoals het helpen met eten, het opschudden van een kussen of het halen van water voor het slikken van medicijnen. *“Bij patiënten die onrustig of delirant zijn, kan de aanwezigheid van familie rustgevend werken. Hier zal door het ziekenhuispersoneel dan expliciet om worden gevraagd”*. Ook wanneer de patiënt niet meer goed kan spreken, kan familie ondersteuning bieden, omdat zij beter weten wat met bepaalde bewegingen of gezichtuitdrukkingen wordt bedoeld. Het ondersteunende en rustgevende effect dat bezoek van familie of de mantelzorger heeft, lijkt door ziekenhuizen die gebruik maken van de ondersteunende rol van mantelzorgers te worden erkend. Deze ziekenhuizen hanteren over het algemeen dan ook een ruimere bezoeksregeling.

Opvallend is dat in door het merendeel van de geïnterviewde respondenten actief wordt nagedacht over bezoeksregelingen. De ziekenhuizen lijken hierbij in een soort tweestrijd te zitten. Aan de ene kant zijn er motieven die duidelijk pleiten voor beperkte bezoeksregelingen. Dit zijn met name de kwaliteit van medische en zorginhoudelijke processen, de snelle genezing van de patiënt en de logistieke vraagstukken die in het geding komen door een meer open systeem van bezoeksregelingen. Aan de andere kant lijken maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de invoering van marktwerking in de zorg en de inzet van mantelzorgers aanknopingspunten te bieden voor de Nederlandse ziekenhuizen om na te denken over een ruimer systeem van bezoeksregelingen. Het lijkt er op dat Nederlandse ziekenhuizen tegenwoordig eenzelfde soort proces van verandering doormaken, zoals dit in de jaren '80/'90 in Duitse ziekenhuizen heeft plaatsgevonden.

5.3 Verschillende contexten

De resultaten van de interviews geven slechts enkele aanknopingspunten, die een mogelijke verklaring geven voor de verschillen in bezoeksregelingen tussen beide landen. Deze

⁹ Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dit kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht (Rijksoverheid, 2013).

aanknopingspunten worden sterk gekleurd door het denken vanuit eigen praktijkervaring, maar ook door de culturele context van het land. Het wordt duidelijk dat er mogelijk redenen zijn die veel dieper liggen dan gedacht. Tussen Duitsland en Nederland blijken namelijk grote verschillen te zijn in benadering en motieven van zorg, maar ook in de manier waarop zorgprocessen worden ingericht. Om deze verschillen te kunnen verklaren, zal op basis van de concepten van *grounded theory*, verdere, aanvullende informatie moeten worden gezocht. Dit is een onderdeel van het proces dat bij *grounded theory* hoort. Er zal aanvullend op de interviews, naar een bredere maatschappelijke context gekeken worden. Want hoe gaan beide landen met zorg om en hoe is het zorgsysteem nou eigenlijk vormgegeven? Mogelijk liggen in de antwoorden op deze vragen elementen die kunnen helpen om de verschillen te kunnen verklaren.

5.3.1 Culturele context

Elke samenleving kent een bepaalde culturele context met verschillende tradities, normen en waarden. Wat mag, wat hoort en wat kan, wordt daardoor door elke samenleving op een andere manier ervaren en wordt er op een andere manier betekenis aan gegeven. Mensen met verschillende culturele achtergronden zullen anders omgaan met, en andere denkbeelden hebben over, bijvoorbeeld ziekte en gezondheid. Hoe gaat een samenleving om met ziekte? Waar in delen van Afrika in Schamanen wordt geloofd, die met allerlei rituelen iemand kan genezen, zou dit in Westerse landen, zoals Nederland en Duitsland, een ritueel zijn dat voor de genezing van ziekte niet acceptabel is. Tussen de aangrenzende landen Nederland en Duitsland, maar ook binnen een samenleving kunnen verschillen ontstaan die door bijvoorbeeld achtergrond, ervaringen en geloof worden gevormd. Want hoe gaat iemand om met bijvoorbeeld een verkoudheid? Waar sommigen gewoon wachten tot het over is, gaan anderen naar de dokter of de apotheek voor antibiotica en pijnstillers.

Hoe een land of samenleving met ziekte en gezondheid omgaat, zal van invloed zijn op hoe een zorgsysteem wordt ingericht. Want wanneer de drempel om naar de arts te gaan laag is, zal de vraag naar zorg hoger zijn. Mensen zullen sneller naar de arts gaan. Ook het systeem van vergoedingen en eigen bijdragen zal van invloed zijn op het zorggebruik. De manier waarop naar ziekte wordt gekeken en hoe hier vervolgens mee wordt omgegaan, zal bepalend kunnen zijn voor de manier waarop het zorgsysteem is ingericht.

Het lijkt dat de ruime bezoekenregelingen in Duitsland heel vanzelfsprekend zijn geworden. De Duitse respondenten kunnen zich moeilijk beperkte bezoekenregelingen voorstellen, “*zo doen we dat nu eenmaal, zo gaat het bij ons*”. De respondenten verwachten dan ook grote problemen wanneer beperkte bezoekenregelingen zouden worden ingevoerd. Het is dan ook niet te verwachten dat een beperking in bezoekenregelingen, zoals in Nederlandse

ziekenhuizen, wordt geaccepteerd. Andersom geldt eenzelfde voorbeeld, de ruime bezoekenregelingen zoals in Duitsland kunnen niet zonder problemen in de Nederlandse ziekenhuizen worden geïmplementeerd.

5.3.2 Het Nederlandse en Duitse zorgsysteem

De wijze waarop naar zorg wordt gekeken en hoe hier mee om wordt gegaan, lijkt te zijn neergedaald in de inrichting van het zorgsysteem. Waar in Nederlandse ziekenhuizen de zorgprocessen voorop lijken te staan, staan in Duitsland de patiënten voorop. Hoewel in Nederland en Duitsland de zorgverlening is gebaseerd op het evidence-based medicine¹⁰ principe blijkt in deze twee landen een groot verschil te zijn wat betreft de uitvoering van deze principes. In beide landen geven de respondenten aan dat de patiënt centraal staat in het zorgproces, de invulling hiervan blijkt verschillend te zijn. Maar waar komen deze verschillen vandaan?

Een eerste inventarisatie laat zien dat er in het aantal ziekenhuislocaties een duidelijk verschil te zien is. In Nederland zijn in totaal 229 ziekenhuislocaties en buitenpoliklinieken te vinden (Deuning, 2012), terwijl Duitsland een veel groter aantal kent, namelijk 2064 ziekenhuislocaties (Statistisches-Bundesamt, 2012a). Dit is vanwege zowel de veel grotere oppervlakte als het grotere aantal inwoners van Duitsland in vergelijking tot Nederland niet verwonderlijk. Wanneer aanvullend op het aantal ziekenhuislocaties wordt gekeken naar het aantal bedden in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen, lijkt het er op dat ziekenhuizen in Nederland steeds groter worden, maar dat het totale aantal ziekenhuizen afneemt. Dit is te zien in het gemiddeld aantal bedden per 1000 inwoners. Waar Nederland over 4,7 bedden per 1000 inwoners beschikt, heeft Duitsland 8,3 bedden per 1000 inwoners (OECD, 2012c). Het lijkt er hierdoor op, dat Nederland over relatief grote ziekenhuizen beschikt met veel bedden, terwijl Duitsland relatief veel ziekenhuizen heeft met minder bedden.

Aanvullend op de beddenscapaciteit is gekeken naar de bezetting van deze bedden. In deze context is gekeken naar de gemiddelde ligduur van patiënten. Duitse ziekenhuizen hebben een hogere beddenscapaciteit per 1000 inwoners, daarbij komt dat de Duitse patiënt gemiddeld langer in het ziekenhuis ligt. In Nederland was in 2010 het gemiddeld aantal ligdagen 5,8 dagen, in Duitsland was in 2010 het gemiddeld aantal ligdagen 9,5. Wat wel in beide landen een actueel onderwerp is, is het beperken van de gemiddelde ligduur van de patiënt. Deze beweging is in Nederland duidelijk sneller gegaan dan in Duitsland. Een

¹⁰ Evidence-based medicine is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige, beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van Evidence-based medicine impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is (Offringa, Assendelft, & Scholten, 2003).

Nederlandse patiënt lag in 2000 gemiddeld circa 9 dagen in het ziekenhuis. In Duitsland waren dit in datzelfde jaar gemiddeld 11 dagen (OECD, 2012a). Onnodige ligdagen worden geprobeerd om steeds verder terug te dringen door middel van het efficiënter inrichten van medische en zorginhoudelijke taken. Zo kunnen kosten bespaard worden.

Het aantal bedden dat een ziekenhuis heeft, wordt bepaald door het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, maar ook de toegang tot zorg kan hier bepalend zijn. Het eerste dat opvalt wanneer naar het Nederlandse en Duitse zorgsysteem wordt gekeken is het verschil in toegang tot de zorg.

De huisarts heeft in Nederland een duidelijke *poortwachterfunctie* en verwijst de patiënt, wanneer nodig, door naar de specialist. Een bezoek aan de specialist kan in de meeste gevallen namelijk alleen wanneer er een verwijzing van de huisarts is. De patiënt zal daardoor altijd eerst een bezoek moeten brengen aan de huisarts. De huisarts remt hierdoor het gebruik van de dure, specialistische zorg. Door deze duidelijke *poortwachtersfunctie* vindt in totaal 97% van alle arts- patiënt contacten tussen huisarts en patiënt plaats (van der Burgdt, van Mechelen-Gevers, & te Lintel-Hekkert, 2005).

In Duitsland is dit anders. Een verwijzing van de huisarts is in Duitsland niet nodig. De patiënt kan vaak rechtstreeks naar de specialist. Het verschil in toegang tot specialistische zorg lijkt ook te kunnen verklaren waarom Duitsland een andere opbouw van het artsenbestand kent dan Nederland. Nederland heeft namelijk meer huisartsen, 24,9% ten opzichte van 18% in Duitsland, maar wel minder specialisten, 45,9% ten opzichte van 56,9% in Duitsland (OECD, 2012b). Dat Duitsland meer specialisten heeft blijkt een gevolg te zijn van de beduidend lager liggende drempel naar specialistische zorg. Het gebruik van deze zorg zal daardoor hoger liggen en om aan deze hogere vraag te kunnen voldoen, zullen er meer specialisten moeten zijn.

Dat in Duitsland de patiënt vrijere toegang tot specialistische zorg kent, wordt niet alleen zichtbaar in het artsenbestand, het verschil wordt ook zichtbaar in het aantal consulten per hoofd van de bevolking. Waar in Nederland 6.6 consulten per jaar, per hoofd van de bevolking plaatsvinden, zijn dit er in Duitsland 8.9 (OECD, 2012b). Deze gegevens suggereren dat er in Duitsland, in het algemeen meer gebruik wordt gemaakt van de artsenzorg. Dit leidt tot een interessant vraagstuk, want waarom gebruiken Duitse patiënten gemiddeld meer zorg dan een Nederlandse patiënt?

Een verklaring voor deze vraag zou, naast het verschil in cultuur, mogelijk gezocht kunnen worden in het financieringssysteem dat in beide landen wordt gebruikt. Verzekeren voor gezondheidszorg is in beide landen verplicht en biedt toegang tot medische goederen

en diensten. Daarnaast levert een zorgverzekering financiële zekerheid tegen ziektekosten (OECD, 2012b). Beide landen kennen hoge publieke uitgaven aan zorg, maar waar het tussen landen verschilt, zijn de uitgaven die privé voor zorg worden gemaakt. De private kosten, of ook wel de *out of the pocket* kosten, voor zorg zijn in Nederland 6%, voor Duitsland liggen deze uitgaven een stuk hoger, hier wordt 13% zelf betaald (OECD, 2012b).

Omdat een Duitse patiënt in beginsel al meer aan zorg betaald zal hij ook sneller geneigd zijn om er gebruik van te maken. Daarnaast kan gesteld worden dat wanneer er zelf betaald wordt voor een specifieke behandeling, dat deze patiënt meer recht heeft om eisen te stellen. Door de relatief hogere eigen bijdrage aan zorgkosten, is in Duitsland een veel verder ontwikkeld consumentengedrag zichtbaar. Dit is een element dat ook in de interviews naar voren is gekomen, hier werd namelijk gesteld dat “*de patiënt steeds meer wordt gezien als klant*”. Bijzonder in het Duitse gezondheidssysteem zijn de “*Individuellen Gesundheitsleistungen*”¹¹ (IGel). IGel zijn diensten, bovenop de gewone, verzekerde zorg, waarvan patiënten gebruik kunnen maken. Deze diagnoses en behandelingen worden door de patiënt zelf betaald (Meier, 2013). Zo wordt bijvoorbeeld een 24-uurs ECG-controle¹² door de verzekering vergoed. Een langere ECG controle wordt niet vergoed, maar de arts kan in dat geval een IGel-dienst aanbieden. De patiënt zal de kosten dan wel zelf moeten betalen. In het geval van hartritmestoornissen wordt de IGel-dienst als aanvullende methode ter diagnose aangeboden. Van deze IGel-diensten bestaan er in Duitsland talrijke. Andere voorbeelden zijn bepaalde bloed- en echo-onderzoeken. Deze diensten vallen buiten de noodzakelijke behandelingen, zoals door de wetgever als noodzakelijk, doelmatig en economisch heeft vastgelegd. Op deze wijze wordt het consumentengedrag van de patiënt bevorderd. Er wordt meer moeite gedaan om aan de wensen en eisen van de patiënt, of klant, tegemoet te komen.

5.4 Conclusie

Het vijfde hoofdstuk laat zien dat er ook in de praktijk verschillen zijn ten aanzien van bezoekenregelingen. In de Duitse ziekenhuizen worden er duidelijk ruimere bezoekenregelingen gehanteerd dan in Nederlandse ziekenhuizen. Het proces van verandering blijkt in Duitsland meer dan twintig jaar terug te liggen, bezoekenregelingen zijn hier geen actueel onderwerp meer. In Nederlandse ziekenhuizen is de situatie duidelijk anders. Het veranderingsproces

¹¹ Individuele gezondheidszorg

¹² ECG: Elektrocardiogram: Een machine die in staat is om de activiteit van het hart op te nemen, waarbij elektrodes op het lichaam aangebracht worden. De hartactiviteit wordt in vorm van lijnen op een monitor weergegeven (Wedro, 2013).

blijkt nog volop bezig te zijn. De achterliggende motieven die aan de keuze voor een bepaald bezoeksregeling ten grondslag liggen blijken in Duitsland vooral de afnemende dominantie van zorgverlener en ziekenhuis te zijn. Ook het onderwerp patiëntgerichtheid blijkt in Duitsland een motief te zijn voor de praktijk van ruime bezoeksregelingen. In Nederlandse ziekenhuizen worden de accenten heel anders gelegd. Hier gaat de voorkeur uit naar beperkte bezoeksregelingen en blijken logistieke, medische – en zorginhoudelijke processen centraal te staan.

Patiëntgerichtheid blijkt in beide landen een belangrijk onderwerp te zijn. Patiëntgerichtheid, is in beide landen eenzelfde begrip, maar de invulling om het te bereiken blijkt heel verschillend te zijn. In beide landen wordt er op een andere manier betekenis aan gegeven. Waar in Nederland vooral aandacht wordt besteed aan de omgeving waarin de patiënt verblijft, wordt in Duitsland de aandacht vooral op de patiënt zelf en zijn sociale omgeving gericht.

Deze verschillen zijn mogelijk te verklaren door de culturele context dat de maatschappij bij de inrichting en beleving van gezondheidszorg hanteert. Binnen deze context wordt gehandeld, gedacht en worden verwachtingen gesteld aan de zorg. In Nederland is een context te zien, dat het accent legt op medische en logistieke processen, waardoor het mogelijk is dat de patiënt zo snel mogelijk geneest en dat alle processen binnen het ziekenhuis zo gemakkelijk mogelijk verlopen. In Duitsland, waar de consumptie van zorg duidelijk hoger is, wordt de context meer gekenmerkt door het verlenen van zorg waarbij de patiënt centraal wordt gesteld. De vrije toegang tot specialistische zorg, het hogere aantal consultaties bij de arts en het hogere aantal ligdagen zijn kenmerken hiervan.

Binnen deze culturele contexten worden ook de bezoeksregelingen binnen ziekenhuizen vastgelegd. Om de logistieke processen binnen het ziekenhuis goed te laten verlopen, zijn beperkte bezoeken de oplossing. Daarentegen kan in een ziekenhuis patiëntgerichtheid het best gerealiseerd worden door middel van meer open beleid.

6. Besluitvorming en betrokken actoren rond het vaststellen van bezoeksregelingen

6.1 Inleiding

Dat er verschillen in de bezoeksregelingen van Duitse en Nederlandse ziekenhuizen zijn is nu duidelijk, ook de achterliggende redenen zijn inmiddels voor een groot deel bekend. Deze verschillen zijn in de voorafgaande hoofdstukken geanalyseerd. In dit hoofdstuk staat deelvraag 3 centraal, er wordt gekeken hoe de besluitvorming rond bezoeksregelingen in Nederland en Duitsland tot stand komt en welke actoren hier bij betrokken zijn. Dit wordt gedaan door middel van de resultaten uit de interviews, maar ook door het verzamelen van aanvullende informatie. Een kenmerk van de Grounded theory is dat er van overal data kan worden verzameld om een bepaald fenomeen te verklaren. De verklaring voor de verschillen in bezoeksregelingen lijkt door voorgaande hoofdstukken nog onvoldoende te kunnen worden vastgesteld.

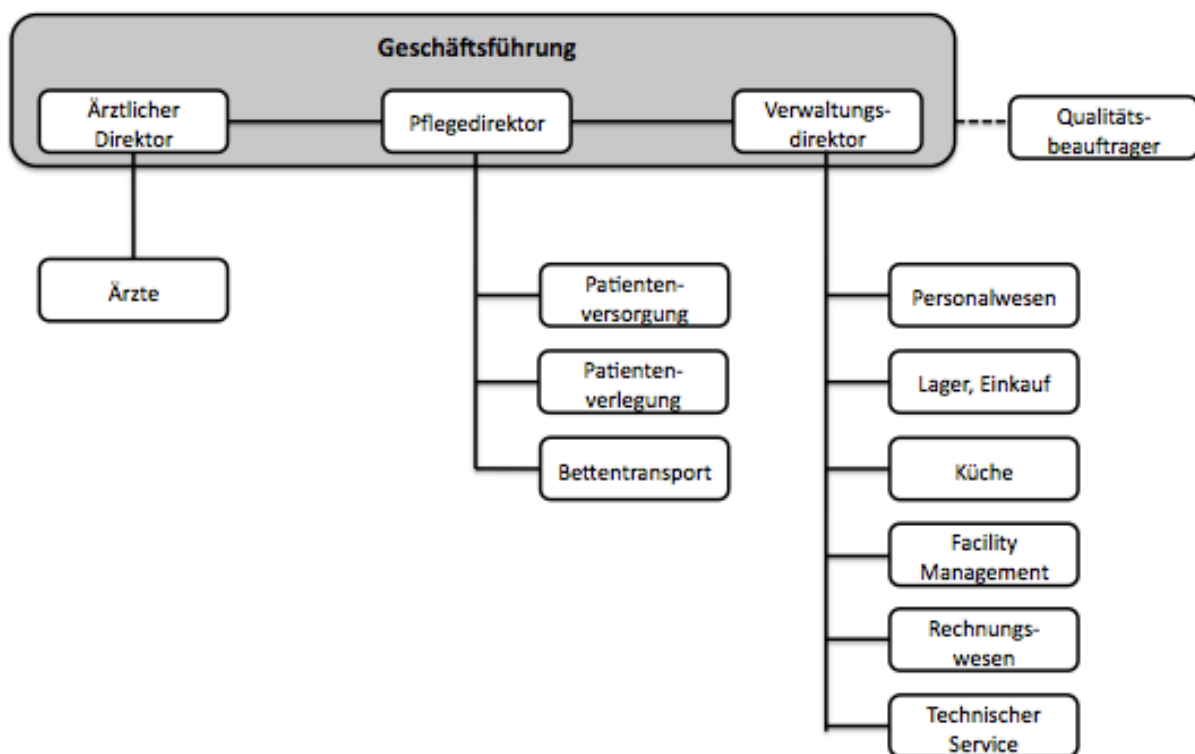
Het lijkt er op dat er duidelijke verschillen zijn in de besluitvorming ten aanzien van bezoeksregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen. Of deze verschillen ook van invloed zijn op de verschillen in bezoeksregelingen tussen de twee landen zal in de volgende paragraaf worden onderzocht. Mogelijkerwijs kan hier een aanvullend aanknopingspunt worden gevonden om het verschijnsel verschillen in bezoeksregelingen te verklaren.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. Ten eerste, zal worden vastgesteld hoe de organisatiestructuur in Duitse en Nederlandse ziekenhuizen is opgebouwd en welke actoren betrokken zijn. Ten tweede, zal worden gekeken hoe het besluitvormingsproces rondom bezoeksregelingen in Duitse en Nederlandse ziekenhuizen verloopt.

6.2 Organisatiestructuur en betrokken actoren

Binnen een organisatie, en dan gaat het met name over de top van de organisatie, kunnen verschillende organisatiestructuren worden gebruikt. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt in een horizontale en verticale structuur. In Duitse ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van een horizontale structuur. Dit houdt in dat besluitvorming in overleg plaatsvindt (Alblas & Wijsman, 1993). Hiërarchie is in deze structuur in mindere mate aanwezig. Voor het nemen van beslissingen binnen Duitse ziekenhuizen is de “*Geschäftsführung*” (management) verantwoordelijk. Deze bestaat uit de *Leiter der Verwaltung*, *Ärztlicher Leiter* en *Pflegedienstleitung*. De *Leiter der Verwaltung* is verantwoordelijk voor alle bestuurlijke

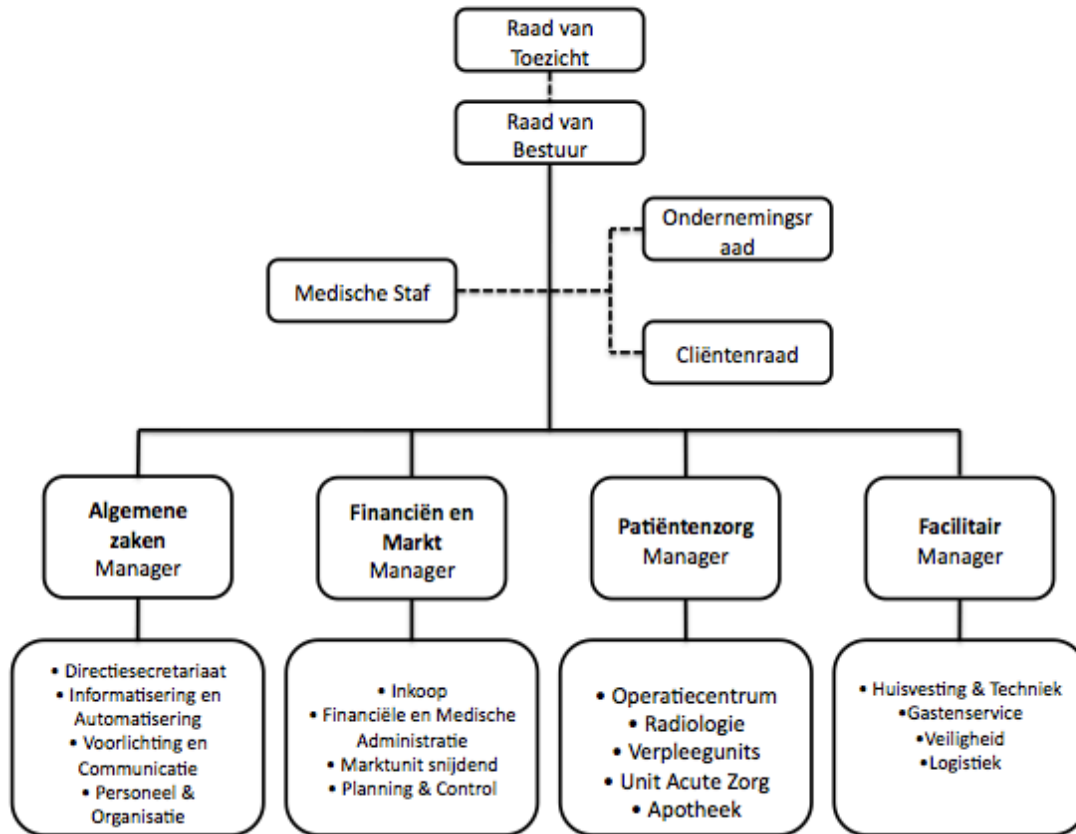
beslissingen die binnen het ziekenhuis genomen worden, de *Ärztlicher Leiter* is de vertegenwoordiger van alle artsen die binnen het ziekenhuis werkzaam zijn en de *Pflegedienstleitung* is de vertegenwoordiger van het verplegend personeel. Gezamenlijk, in collegiaal overleg, nemen deze personen beslissingen met betrekking tot organisatorische processen binnen het ziekenhuis (*figuur 6*). Daarnaast kennen Duitse ziekenhuizen de *Qualitätsbeauftragter*. De *Qualitätsbeauftragter* kan de Geschäftsführung met betrekking tot kwaliteit van advies voorzien, maar heeft geen bepalende rol in de besluitvorming (Stoll, 2013).



Figuur 6: Organisatiestructuur Duitse ziekenhuizen

In Nederland is de organisatiestructuur meer verticaal vormgegeven (*figuur 7*). Hier wordt onderscheid gemaakt in besluitvormende en controlerende taken (Alblas & Wijsman, 1993). Het ziekenhuismanagement bestaat uit de raad van bestuur, de ondernemingsraad, de medische staf en de cliëntenraad en vormen het besluitvormende deel. De raad van bestuur neemt alle belangrijke beslissingen, staat boven de andere drie posities en is eindverantwoordelijke. De raad van toezicht controleert uiteindelijk de raad van bestuur. De ondernemingsraad, medische staf en cliëntenraad hebben een adviesfunctie en vertegenwoordigen de artsen, overige ziekenhuismedewerkers en de patiënten. De

cliëntenraad behartigt de belangen van de patiënten. Het is voor elke zorginstelling wettelijk verplicht een cliëntenraad te hebben. Dit is geregeld in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) (Sorgdrager, 1996).



Figuur 7: Organisatiestructuur Nederlandse ziekenhuizen

De cliëntenraad is een vast onderdeel van de organisatiestructuur van Nederlandse ziekenhuizen. In Duitsland bestaat deze duidelijke patiëntenvertegenwoordiger niet. Sinds 2013 is daarentegen wel wettelijk geregeld dat Duitse ziekenhuizen een patiëntgericht klachtenmanagement moeten oprichten binnen de kwaliteitsafdeling van het ziekenhuis (Wasmud, 2013). Dit is echter nog niet in alle ziekenhuizen geïmplementeerd.

Als men de Nederlandse en de Duitse organisatiestructuur van het ziekenhuis vergelijkt, dan valt duidelijk op dat alle bij beslissingen, die in Duitse ziekenhuizen worden genomen, alleen leden van binnen het ziekenhuis betrokken zijn. Er vindt geen communicatie plaats met leden die buiten het ziekenhuis werken, externe leden zoals patiëntenorganisaties of cliëntenraden zijn niet betrokken. In Nederland daartegen zijn ook externe leden betrokken. De mening van patiënten en cliënten vormt een vast onderdeel van het besluitvormingsproces. Verder valt op, dat er in Nederlandse ziekenhuizen andere posities in ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn dan in Duitse ziekenhuizen. Een reden

hiervoor kan zijn, dat Duitse ziekenhuizen vaak veel kleiner, en daardoor minder specialistisch zijn dan de Nederlandse ziekenhuizen. Hierdoor kan het zijn dat de mogelijkheid om te werken met gespecialiseerde functies, zoals een cliëntenraad of ondernemingsraad ontbreekt.

6.3 Besluitvormingproces

De besluitvorming rondom bezoekenregelingen in Duitse en Nederlandse ziekenhuizen wordt heel verschillend vormgegeven. Duitse ziekenhuizen hanteren open bezoekenregelingen die in de afgelopen jaren nauwelijks veranderd zijn. Een open bezoekenbeleid blijkt sinds de jaren 90 de norm te zijn. Volgens de respondenten zijn bezoekenregelingen sindsdien niet meer verandert. Het onderwerp bezoekenregelingen staat in bijna alle Nederlandse ziekenhuizen tegenwoordig hoog op de agenda.

In de meeste Duitse ziekenhuizen lijkt onduidelijk te zijn welke actoren betrokken zijn bij het vaststellen van de bezoekenregelingen. De beslissingen die in het ziekenhuis genomen worden, lijken in Duitsland een gezamenlijk besluit te zijn van alle drie leden van de *Geschäftsführung*.

In Nederlandse ziekenhuizen is, net zoals in Duitsland, sprake van een gezamenlijke besluitvorming. Afdelingsmanagers, artsen, verpleegkundigen, communicatiemedewerkers en de cliëntenraad streven naar een goede afstemming omtrent bezoekenregelingen, zodat zowel zorgverleners, patiënten en bezoekers tevreden zijn. Toch is het in de praktijk vaak moeilijk gebleken om tot overeenstemming te komen. Om het zorgproces niet in het gedrang te laten komen, houden zorgverleners sterk vast aan beperkte bezoekenregelingen. De cliëntenraad pleit daarentegen in de meeste gevallen voor open bezoekenregelingen, omdat patiënten aangeven dit belangrijk te vinden. Dit komt onder andere naar voren in patiënttevredenheidsonderzoeken, die door het ziekenhuis worden afgenomen. Het blijkt dat er ten aanzien van bezoekenregelingen binnen een ziekenhuis verschillende opvattingen zijn. De raad van bestuur van het ziekenhuis neemt uiteindelijk de doorslaggevende beslissing omtrent de bezoekenregeling en is hier ook eindverantwoordelijk voor.

6.4 Conclusie

Wanneer het gaat om de besluitvorming rondom bezoekenregelingen zijn, tussen beiden landen verschillen te zien. In Nederlandse ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van een verticale structuur en is duidelijk vastgelegd welke actoren bij het vaststellen van

bezoekregelingen betrokken zijn. In Duitsland is dit niet het geval. Hier worden alle beslissingen rondom bezoekregelingen gezamenlijk, op horizontaal niveau, genomen door de *Geschäftsführung*, waardoor het onduidelijk is wie uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid draagt.

Waar Nederlandse ziekenhuizen een aantal adviesfuncties hebben, is de *Qualitätsbeauftragter* de enige adviesfunctie in Duitse ziekenhuizen. De cliëntenraad is in Nederland een belangrijke adviesfunctie. Er wordt gesteld dat de mening van patiënten en cliënten een vast onderdeel van het besluitvormingsproces vormt. Dit komt in de interviews eveneens naar voren, hier wordt het belang van de patiënttevredenheidsonderzoeken benadrukt. Uit deze patiënttevredenheidsonderzoeken komt duidelijk naar voren dat patiënten aangeven dat zij het prettig vinden om meer en langer bezoek te kunnen ontvangen. Dit is opmerkelijk, want dit komt lijnrecht tegenover de huidige praktijk te staan. In Nederland is het namelijk in veel ziekenhuizen niet mogelijk om daadwerkelijk langer en meer bezoek te kunnen ontvangen. Dit is een belangrijk aanknopingspunt wat vraagt om aanvullend onderzoek, zodat de kloof tussen theorie en praktijk, met betrekking tot de wensen van patiënten en de uitvoering door het management, gedicht kan worden.

7. Conclusie

Zoals in het begin van het onderzoek aangegeven, is het doel van dit onderzoek om, op basis van de hoofd- en deelvragen, een theoretische verklaring te formuleren voor de verschillen met betrekking tot bezoeksregelingen zoals deze in de Nederlandse en Duitse ziekenhuizen tot uiting komen. In de voorgaande hoofdstukken is een uitgebreide beschrijving gegeven van de situatie in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen en zijn de verschillende motieven voor het hanteren van een bepaalde bezoeksregeling naar voren gebracht.

In dit laatste hoofdstuk wordt een poging gedaan om aan de hand van de gevonden data een antwoord te geven op de hoofdvraag *‘Wat ligt ten grondslag aan de verschillende bezoeksregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen?’*.

Door middel van het antwoord op deze hoofdvraag en de verzamelde informatie zal geprobeerd worden om een theoretische verklaring te formuleren voor de verschillen in bezoeksregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen.

Bevindingen

Allereerst is in de literatuur gezocht naar bevindingen die in eerder onderzoek over bezoeksregelingen naar voren zijn gekomen. Duidelijk is geworden dat er verschillende opvattingen zijn ten aanzien van bezoeksregelingen. De potentiële rol van familie en vrienden in het zorgproces is in de literatuur een veel genoemd onderwerp. Zo wordt in een aantal onderzoeken het stress verlagende effect, de actieve bijdrage aan een fysieke en geestelijke gezondheid van de patiënt en het herkennen van belangrijke signalen benadrukt. Ook kan een vriend of een familielid de rol van een *patient support person* innemen en de patiënt begeleiden tijdens het zorgproces. In andere onderzoeken wordt daar tegenin gebracht dat bezoekers een inbreuk zijn op het zorgproces en als een storende factor worden gezien. Er wordt een spanningsveld beschreven tussen het bezoek en de logistieke processen die in een ziekenhuis plaatsvinden.

De rol van familie en vrienden wordt in bijna alle literatuur genoemd, maar daarnaast worden in enkele onderzoeken ook andere factoren genoemd die mogelijk een invloedrijke rol kunnen spelen, zoals infectiegevaar, patiënttevredenheid, rust voor de patiënt en het regelen van bezoekersstromen. Hier lijkt echter geen eenduidige mening over te zijn.

Op basis van de literatuur zou verwacht kunnen worden dat de respondenten van de interviews, ten aanzien van de bezoeksregelingen in Nederlandse en Duitse ziekenhuizen,

eenzelfde soort overwegingen naar voren brengen. Toch zijn uit de interviews heel andere overwegingen naar voren gekomen. Opvallend hierbij is dat Nederlandse en Duitse ziekenhuizen ten aanzien van bezoeksregelingen sterk uiteenlopende visies hebben. Belangrijk om bij deze factoren in de gaten te houden is, wat is nou eigenlijk het perspectief? Van uit welke praktijk wordt naar bezoeksregelingen gekeken? Zo zal bijvoorbeeld in een praktijk waar gepleit wordt voor een beperkte bezoeksregeling eerder de nadruk op rust voor de patiënt en infectiegevaar worden gelegd dan in een praktijk waar de voorkeur uitgaat naar meer open bezoeksregelingen.

In Duitse ziekenhuizen wordt gekeken vanuit een praktijk met zeer open bezoeksregelingen. Deze praktijk is nu al jaren te zien en bezoeksregelingen zijn dan ook geen actueel thema. De patiënt staat in het zorgproces centraal en er wordt voornamelijk gehandeld vanuit de behoeften van de patiënt. Duitse ziekenhuizen zijn sterk gericht op patiënttevredenheid, de patiënt wordt gezien als klant die voor de zorg betaald en vanwege de relatief grote eigen bijdrage aan zorg heeft de patiënt meer 'recht' om eisen te stellen.

In Nederland wordt daarentegen gekeken vanuit een praktijk met beperkte bezoeksregelingen. Deze bezoeksregelingen staan de laatste jaren ter discussie. In Nederland is er eveneens aandacht voor patiëntgerichtheid, maar de invulling blijkt in de praktijk heel anders dan in Duitsland. Duitse ziekenhuizen hebben bij het centraal stellen van de patiënt de bezoeksregelingen verder opengesteld, Nederlandse ziekenhuizen kiezen eerder voor het creëren van een patiëntvriendelijke omgeving. Bij de keuze van bezoeksregelingen lijken in Nederland met name de medische en zorginhoudelijke processen centraal te staan. Bezoeksregelingen moeten over het algemeen zo ingericht zijn, dat deze processen zonder problemen uitgevoerd kunnen worden. Verder moet de patiënt de mogelijkheid hebben om voldoende rust te krijgen. Dit is volgens de meeste Nederlandse respondenten met een open bezoekenbeleid niet te waarborgen.

Omdat de interviewresultaten slechts enkele aanknopingspunten bieden om de verschillen te verklaren is op basis van de concepten van grounded theory naar aanvullende informatie gezocht om de gevonden verschillen tussen beide landen te kunnen verklaren.

Zo maken beide landen gebruik van de concepten van *evidence based medicine*. Er zou daardoor verwacht kunnen worden dat er in beide landen eenzelfde soort praktijk waar te nemen is. Ook dit lijkt in werkelijkheid toch heel anders te zijn. Naast de sterk uiteenlopende visies die beide landen hanteren ten aanzien van bezoeksregelingen, is uit de aanvullende informatie duidelijk geworden, dat er grote verschillen zijn in de gezondheidszorg: de inrichting van het zorgproces lijkt duidelijk anders te zijn. Op verschillende punten blijken de landen van elkaar te verschillen. Zo ligt de drempel naar

specialistische zorg in Duitsland beduidend lager dan in Nederland, in Nederland heeft de huisarts een duidelijke poortwachterfunctie waardoor de toegang tot specialistische zorg wordt beperkt. Dit heeft zijn weerslag in het artsenbestand, Duitsland kent meer specialisten per hoofd van de bevolking, waar Nederland meer huisartsen per hoofd van de bevolking kent. Duitsland heeft daarnaast meer consulten per hoofd van de bevolking, wat mogelijk gekoppeld kan worden aan de hogere 'out of pocket' betalingen van de Duitse patiënt. Ook de langere ligduur van patiënten in Duitse ziekenhuizen kan hier een mogelijk gevolg van zijn.

Al deze verschillen laten zien, dat in Duitsland en Nederland ten aanzien van eenzelfde fenomeen, bijvoorbeeld dezelfde ziekte, een andere benadering en daardoor een andere behandeling voor de patiënt gekozen wordt. Als men het aantal ligdagen als uitgangspunt kiest valt op, dat de Duitse patiënt met dezelfde aandoening langer in het ziekenhuis ligt, dan de Nederlandse patiënt.

Naast deze overige verschillen is gekeken naar de besluitvorming binnen ziekenhuizen en de betrokken actoren. Hier zijn wel duidelijke verschillen naar voren gekomen, deze blijken echter weinig invloed te hebben op de achterliggende motieven voor het hanteren van een bepaalde bezoekenregeling.

Slotconclusie

Op basis van de gevonden gegevens kan worden gesteld, dat er verschillend wordt gedacht over hoe met ziekte en gezondheid moet worden omgegaan. Hoewel in de laatste jaren de rol van evidence-based medicine in sterke mate van invloed is geweest op de uitvoering van de medische praktijk, wordt in beide landen een verschillende aanpak voor hetzelfde probleem gehanteerd. De redenen voor deze verschillen lijken niet van medische of rationele aard te zijn, maar lijken in de cultuur te zijn ingebed. Cultuur is een zeer breed begrip, maar wanneer gekeken wordt naar bezoekenregelingen lijken de culturele opvattingen die een samenleving hanteert, ten aanzien van ziekte en gezondheid, bepalend te zijn voor het handelen. Elke samenleving heeft eigen opvattingen over de omgang met problemen en hanteert daarvoor een eigen manier om deze op te lossen. Dit geldt ook voor ziekte. Wanneer iemand ziek is, zal op een verschillende manier gehandeld worden om deze patiënt beter te maken. In Duitsland lijkt dit probleemoplossende mechanisme gedomineerd te zijn vanuit patiëntgericht denken. In Nederland lijkt dit mechanisme meer logistiek georiënteerd te zijn.

Duidelijk wordt dat een Duitse situatie niet zomaar overgeheveld kan worden naar de Nederlandse situatie en andersom. Beide landen hebben immers een ander beeld

over ziekte en gezondheid, wat terug te zien is in het zorgsysteem. Daarnaast geven beide landen op een andere manier betekenis aan hetzelfde fenomeen, zoals te zien is in de invulling van het begrip patiëntgerichtheid. *“Meaning setting is a process in which, interactively, we name the things to which we will attend and frame the context in which we will attend to them”* (Schön, 1983). Elke samenleving heeft zo zijn eigen manier van handelen. Dit uit zich ook in de bezoekenregelingen. Het besluit om voor een bepaalde bezoekenregeling te kiezen, blijkt niet alleen gebaseerd te zijn op rationele afwegingen, maar de keuze wordt sterk cultureel ingekleurd.

Het begrip cultuur is immers heel breed en weinig specifiek. Er zijn vele indicatoren die kleuring geven aan een samenleving. Hierbij kan worden gedacht aan factoren zoals tradities, normen, waarden, ethiek of godsdienst. Dit biedt aanknopingspunten voor verder onderzoek. Zo kan onderzocht worden welke factoren van cultuur ten grondslag liggen aan de verschillen in bezoekenregelingen tussen Nederlandse en Duitse ziekenhuizen.

8. Discussie

In dit onderzoek is geprobeerd om, volgens de principes van grounded theory, een theorie te vormen op basis van waarnemingen uit de praktijk en de gevonden informatie. Hoewel de principes van grounded theory leidraad zijn, is waar nodig afgeweken. Daarnaast zijn bij de methode van grounded theory wat kanttekeningen te plaatsen.

Doordat de principes van grounded theory als leidraad zijn gebruikt en niet als vaststaand gegeven zal de reproduceerbaarheid van het onderzoek beperkt zijn. Met de principes van grounded theory is flexibel omgegaan en zijn verschillende aanpassingen gedaan. Er is een zeer open methode gebruikt. Daarnaast is het, volgens de concepten van grounded theory, noodzakelijk dat voor het formuleren van een theorie, net zo lang nieuwe informatie wordt verzameld totdat er geen nieuwe informatie wordt gevonden (Strauss & Corbin, 1998). Door de beperkte tijd van het onderzoek is hier van afgeweken. Er is geprobeerd zoveel mogelijk relevante informatie te verzamelen, maar omdat dit proces vervroeg gestopt is, is er mogelijk nog aanvullende informatie te vinden.

Een kanttekening die bij het gebruik van grounded theory geplaatst kan worden is dat de gegevens van het onderzoek door de onderzoeker gemanipuleerd kunnen worden om de gegevens op dusdanige manier te verklaren zodat de beste weerspiegeling van de werkelijkheid wordt gegeven (Hallberg, 2006). Er worden eigen interpretaties gegeven aan de resultaten van het onderzoek. Het onderzoek is daardoor een continu leerproces. Het perspectief, de persoonlijke en professionele ervaringen en de methodologische kennis van de onderzoekers zijn, wanneer de principes van *grounded theory* worden gevolgd, van invloed op de analyse en de resultaten (Hallberg, 2006). Dit betekent dat de onderzoekers mogelijk en bepaald uitgangspunt kiezen om zo een theorie te vormen, die naar eigen mening van toepassing is om een bepaald verschijnsel te verklaren. Daardoor is er bij de theorievorming met behulp van Grounded theory principes sprake van een subjectieve theorievorming die sterk beïnvloedt is door de eigen aannames en visies van de onderzoekers.

Hoewel het bij de dataverzameling van grounded theory niet uit maakt waar de informatie vandaan komt zolang maar inzicht in het onderwerp verkregen wordt, zijn er op dat gebied toch enkele factoren die bediscussieerd kunnen worden.

De interviews zijn afgenomen bij communicatieadviseurs, kwaliteitsmanagers, bestuursmedewerkers of andere ziekenhuismedewerkers die binnen het ziekenhuis mede verantwoordelijk zijn, of betrokken zijn geweest bij, de besluitvorming rondom bezoeksregelingen. Het zou kunnen zijn dat de positie van de respondent mede bepalend is

voor de mening over, en de visie op het onderwerp. Verder kan het zijn dat de resultaten niet goed met elkaar vergelijkbaar zijn op basis van de kennis van de respondent en de mate van betrokkenheid bij de bezoeksregelingen in de ziekenhuizen.

Een ander aspect dat in het onderzoek niet mee wordt genomen is de mening van patiënten, artsen en verpleegkundigen. Mening van deze actoren zijn wel via derden – de geïnterviewde personen – verkregen, maar hierdoor kan het zijn dat meningen of uitspraken verdraaid zijn, of door de geïnterviewde anders geïnterpreteerd dan daadwerkelijk bedoeld. De patiënten, artsen en verpleegkundigen zijn direct betrokken in de processen die iedere dag in het ziekenhuis gebeuren en zouden mogelijk een goede inschatting kunnen maken van het effect dat bezoek kan hebben op zowel de patiënt zelf, als op de medische en logistieke processen die door bezoek mogelijkerwijs verstoord kunnen worden. Om meer zicht te krijgen in deze effecten is aanvullend onderzoek nodig. De resultaten van dit aanvullende onderzoek zouden mogelijk een nog duidelijker beeld kunnen vormen over de overwegingen ten aanzien van bezoeksregelingen.

Als laatst kan de onderzoekspopulatie bediscussieerd worden. Hoewel er duidelijke inclusie en exclusie criteria zijn opgesteld voor het bepalen van de onderzoekspopulatie, kunnen er vraagtekens gezet worden bij de vergelijkbaarheid van de ziekenhuizen die in het onderzoek zijn meegenomen. Zoals al in hoofdstuk 4 naar voren is gekomen, bestaan er in Nederland weinig, maar grote ziekenhuizen. In Duitsland (Niedersachsen) is deze situatie anders. Hier bestaan vele, kleine ziekenhuizen. Dit betekent dat de medewerkers die in de ziekenhuizen werkzaam zijn in eenzelfde positie, toch heel sterk van elkaar kunnen verschillen. Dit kan mogelijk invloed hebben op de besluitvorming rondom bezoeken. Verder bestaat de mogelijkheid dat grote ziekenhuizen de invloed van bezoek op een andere wijze ervaren dan kleine ziekenhuizen doordat de omstandigheden heel verschillend zijn. Denk hierbij aan faciliteiten, parkeerplaatsen en wachtruimtes. Ook hier zou aanvullend onderzoek een uitkomst kunnen bieden.

Referentielijst

- Abraham, M., Celenza, J., Chatman, M., Connor, M., Crocker, L., Engels, N., & Griffin, T. (2010). Changing Hospital "Visiting" Policies and Practices: Supporting Family Presence and Participation. *Institute for Patient- and Family-Centered Care*, 10.
- Alblas, G., & Wijsman, E. (1993). *Gedrag in organisaties*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Alderman, B. (1988). Hospital visiting hours. *British Medical Journal*, 296, 1798-1799.
- Barry, A., & Yuill, C. (2012). *Understanding the sociology of health* (Third ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Bellou, P., & Gerogianni, K. G. (2011). The Contribution of Family in the Care of Patient in the Hospital. *Health Science Journal*(3), 1 - 6.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Elsevier*, 39(1), 17-25. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00087-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00087-7)
- Berwick, D. M., & Kotagal, M. (2004). Restricted visiting hours in ICU's : Time to change. *Journal American Medical Association.*, 292(6), 736-737.
- Boudreaux, E. D., Fancis, J. I., & Loyacono, T. (2002). Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: A critical review and suggestions for future research. *Annals of Emergency Medicine*(40), 193-205.
- Cacioppo, J., & Hawkley, L. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms *Perspectives in Biology in Medicine*, 46(3), 39-52.
- Carter, R., Kinsey, S., Charmel, P., & Lepore, M. (2013). *Coaching, experience, education*: Planetree.
- CBS. (2013). Bevolking; kerncijfers Retrieved 30-06-2013, from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,%28I-1%29.I&HD=130605-0924&HDR=G1&STB=T>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.
- Cook, D. (2006). *Open visiting: does this benefit adult patients in intensive care units?* Master of Nursing, Otago Polytechnic, Dunedin, New Zealand.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1).
- Deuning, C. M. (2012). RIVM: Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2012 Retrieved 14-05-2013, from [http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/](http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische-ziekenhuizen/aanbod/locaties-algemene-en-academische-ziekenhuizen/)
- Deutsche-Krankenhaus-TrustCenter-und-Informationsverarbeitung. (2013). Deutsches Krankenhaus Verzeichnis Retrieved 14-05-2013, from <http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/de/19/proxy/dkv/Bundesland/Niedersachsen.jsf>
- Deutschland-Navigator-Städteportal. (2005). Niedersachsen Retrieved 02-07-2013, from <http://www.deutschland-navigator.de/NDS/>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(5), 532-550.
- Frampton, S. B., & Guastello, S. (2010). Patient-Centered Care: More than the Sum of Its Parts. *The American Journal of Nursing*, 9(110), 49-53.
- Fumagalli, S., Boncinelli, L., Io Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., di Bari, M., . . . Masotti, G. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit: Results from a pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Heart Association*, 113, 946-952. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537
- Grounded-Theory-Institute. (2008). What is Grounded Theory? Retrieved 01-07-2013, from <http://www.groundedtheory.com/what-is-gt.aspx>

- Hallberg, L. R.-M. (2006). The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(3), 141-148. doi: 10.1080/17482620600858399
- Halm, M., & Titler, M. (1990). Appropriateness of critical care visitation: Perceptions of patients, families, nurses, and physicians. *Journal of Nursing Care Quality Improvement*, 5(1), 25-37.
- Hoekstra, J. (2008). Wat is ziekehuiszorg en medisch-specialistische zorg Retrieved 12.07.2013, from <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/wat-is-ziekenhuiszorg-en-medisch-specialistische-zorg/>
- Hunter, J. D., Goddard, C., Rothwell, M., Ketharaju, S., & Cooper, H. (2010). A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. *Journal of the association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, 1101 – 1105. doi: 10.1111/j.1365-2044.2010.06506.x
- Institute-Picker--Planetree. (2008). Family Involvement – Patient centred care improvement guide. *Patient-Centered Care Improvement Guide*.
- Ismail, S., & Mulley, G. (2007). Visiting times. *BMJ*, 335(7633), 1316–1317. doi: 10.1136/bmj.39420.392373.BE
- Kerkhoff, A. H. M. (2006). *Interactief ontwerpen van beleid in de openbare gezondheidszorg*: Uitgeverij DAMON budel.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., . . . Isaac, T. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and Safety*, 18, 424–428. doi: 10.1136/qshc.2009.036954
- Livesay, S., Mokracek, M., Sebastian, S., & Hickey, J. V. (2005). Nurses' Perceptions of Open Visiting Hours in Neuroscience Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2), 182-189.
- LUMC. (2011). Diabetes mellitus type 2 Retrieved 02-07-2013, from <https://www.lumc.nl/home/0001/12556/19997/80325044639441>
- Mattey, S., Haven, R., & Horner, K. (2012). Sick, Scared en Separated from loved ones – a report on NYS Hospital Visiting Policies an how patient – centered approaches can promote wellness and safer healthcare. *New Yorkers for Patient & Family Empowerment New York Public Interest Research Group*.
- McCutcheon-Adams, K. (2011). Restricted Hospital Visiting Hours: A Mother's Story Retrieved 03-05-2013, from <http://www.ih.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/RestrictedHospitalVisitingHoursAMothersStory.aspx>
- Meier, F. (2013). IGel Verzeichnis Retrieved 20-06-2013, from <http://www.igel-verzeichnis.de/index.php>
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, F., Familie, Gesundheit und Integration. (2012). Übersicht über die Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken in Niedersachsen. Hannover.
- OECD. (2012a). 'Average length of stay in hospitals' in Health at a glance Europe 2012.
- OECD. (2012b). 'Coverage for Health Care' in Health at a Glance: Europe 2012.
- OECD. (2012c). 'Hospital beds' in Health at a glance - Europe 2012.
- Offringa, M., Assendelft, J. W. W., & Scholten, R. J. P. M. (2003). Inleiding in evidence-based medicine. *Stimulus*, 22, 177-182.
- Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B. S. (2009). The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 190-198. doi: 10.1016/j.iccn.2009.04.004,
- Planetree-Nederland. (2013a). Netwerk Zorginstellingen Retrieved 26-06-2013, from <http://www.planetree.nl/netwerk-deelnemende-zorginstellingen/>
- Planetree-Nederland. (2013b). Visie en de 12 componenten Retrieved 12-06-2013, from <http://www.planetree.nl/over-planetree/de-12-componenten/>
- Plochg, T., Juttmann, R. E., Klazinga, N. S., & Mackenbach, J. P. (2007). *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Plowright, C. I. (1998). Intensive therapy unit nurses' beliefs about and attitudes towards visiting in three district general hospitals. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 262-270.
- Poortvliet, M. C., Schrijvers, C. T. M., & Baan, C. A. (2007). Diabetes in Nederland - Omvang, risicofactoren en gevolgen, nu en in toekomst. Bilthoven: Ministerie VWS.
- Rijksoverheid. (2013). Mantelzorg, from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg>
- RIVM. (2012). Ziekenhuizen september 2012. Bilthoven.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. Basic Books.
- Sorgdrager, W. (1996). Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen Retrieved 26-06-2013
- Spreen, A. E., & Schuurmans, M. J. (2011). Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 27-30. doi: 10.1016/j.iccn.2010.10.002
- Statistisches-Bundesamt. (2012a). 20 Jahre Krankenhausstatistik Retrieved 29-05-2013, from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches-Bundesamt. (2012b). Statistical yearbook Germany I. Willand (Ed.) *Population, families, living arrangements* Retrieved from https://www.destatis.de/EN/Publications/Specialized/Population/StatYearbook_Chapter2_5011001129004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches-Bundesamt. (2013). Population based on the 2011 Census Retrieved 30-06-2013, from https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Population/CurrentPopulation/Tables/Census_SexAndCitizenship.html
- Stimulansz. (2013). Thesaurus zorg en welzijn. *Academische ziekenhuizen* Retrieved 12.07.2013, from <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/academischeziekenhuizen.htm>
- Stoll, M. (2013). Krankenhaus Logistics. In Organisationstruktur (Ed.). Karlsruhe: LOGO-TEAM.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research*. Sage: Thousand Oaks.
- Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633-642.
- Tutty, L. M., Rothery, M., & Grinnel, R. M. (1996). *Qualitative research for social workers: Phases, steps and tasks*. Needham Heights.
- van der Burgdt, M., van Mechelen-Gevers, E., & te Lintel-Hekkert, M. (2005). De huisarts als Poortwachter *Introductie in de Gezondheidszorg* (pp. 20-26): Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(501-509).
- Walker, D., & Myrick, F. (2006). Grounded Theory: An Exploration of Process and Procedure. *Qualitative Health Research*, 16(4), 547-559 doi: 10.1177/1049732305285972
- Wasmud, S. (2013). § 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung Retrieved 19-06-2013, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/135a.html>
- Wedro, B. (2013). Electrocardiogram (ECG) Retrieved 02-07-2013, from http://www.emedicinehealth.com/electrocardiogram_ecg/article_em.htm#what_is_an_electrocardiogram_ecg_ekg
- Zborowsky, T., & Kreitzer, M. (2008). Creating Optimal Healing Environments in a Health Care Setting, from <http://www.minnesotamedicine.com/CurrentIssue/ClinicalZborowskyMarch2008/tabid/2489/Default.aspx>
- Ziekenhuisplanner-BV. (2011). Plan uw bezoek - ziekenhuisplanner.nl Retrieved 26-06-2013, from <https://www.ziekenhuisplanner.nl/>

Bijlage

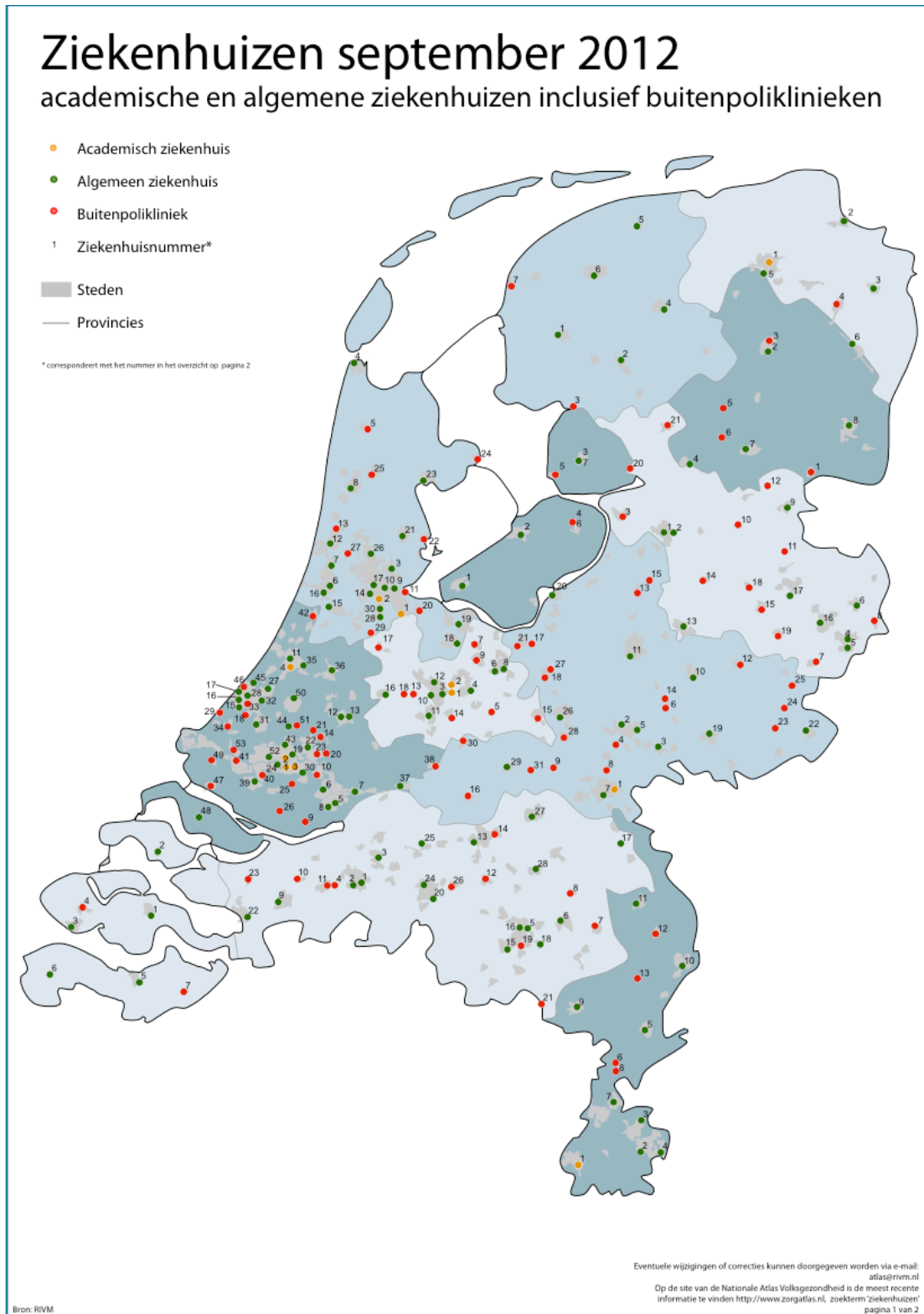
Bijlage 1: Itemlijst

De itemlijst is opgesteld aan de hand van de bevindingen uit de literatuur. Gedurende het afnemen van de interviews zijn eveneens andere belangrijke items naar voren gekomen. Deze zijn later aan de itemlijst toegevoegd.

- Actualiteit bezoeken
- Dynamiek - veranderingen
- Marktwerking
- Flexibiliteit
- Patiëntgerichtheid
- Rol patiënt
- Rol bezoekers
- Genezingsproces
- Machtsafstand
- Logistieke processen
- Faciliteiten
- Enquêtes – Patiënttevredenheidonderzoeken
- Overige regelingen
- Ervaring bezoek door verpleegkundige

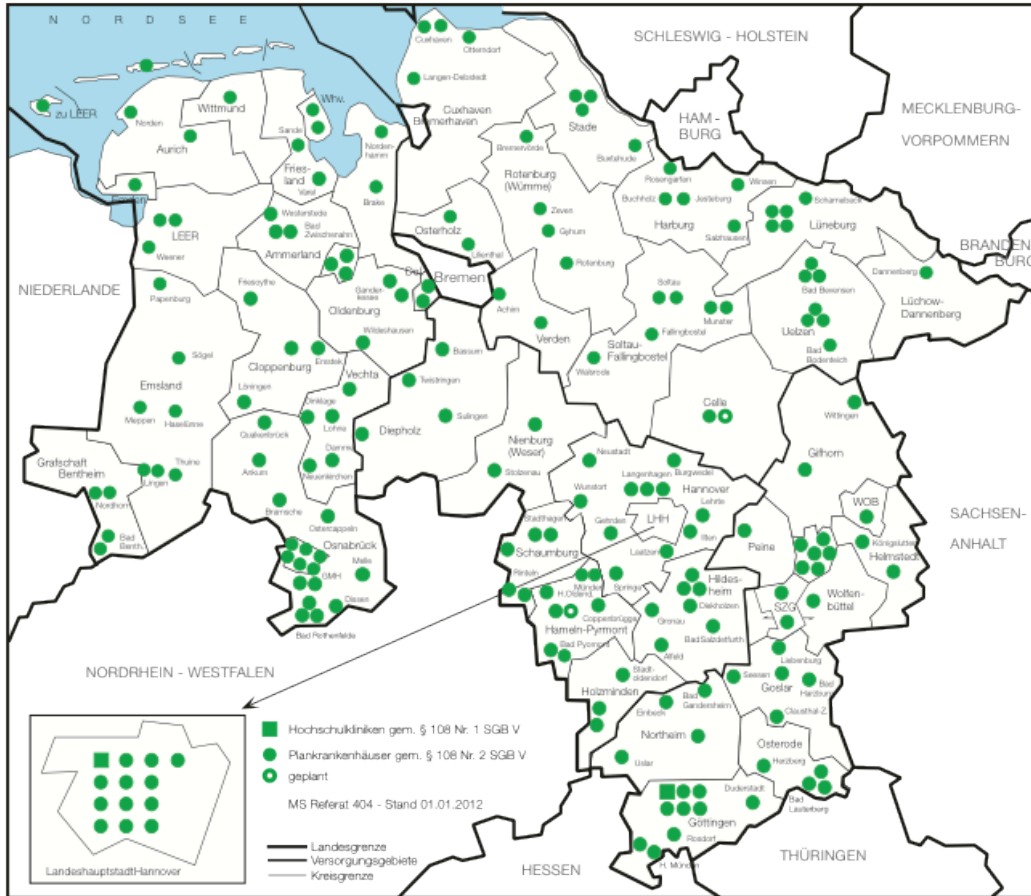
Bijlage 2: Ziekenhuislocaties Nederland

Nederland (RIVM, 2012)



Bijlage 3: Ziekenhuislocaties Duitsland, Niedersachsen

Duitsland, Niedersachsen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, 2012)



Übersicht über die Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken in Niedersachsen

(Quelle: Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration)